

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 13 · Vol. 13 · Abril 2024

ISSN: 2254 - 4410

19° CONGRESO Andaluz de Médicos de Atención Primaria 2024 25, 26 y 27 de abril



SEMERGEN Andalucía



Islantilla

(Huelva)
Puerto Antilla Grand Hotel

www.congresosemergenandalucia.com info@congresosemergenandalucia.com



SEMERGEN

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

Consejo Editorial

Editora Jefe

Dra. María Rosa Sánchez Pérez

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

Consejo asesor

Dr. Francisco Atienza Martín

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

Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

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

Dra. María José Castillo Moraga

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

Dra. Juan Sergio Fernández Ruiz

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

Dr. Enrique José Gamero de Luna

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

Dr. Juan Gabriel García Ballesteros

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

Dr. Eladio Jiménez Mejías

Universidad de Granada. Granada.

Dr. Esperanza Romero Rodríguez

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

Comité Organizador

Presidente

Dr. Tomás Remesal Barrachina

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

Vocales

Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de Lecrín. Granada.
Miembro de los GGTT de Dolor y Cuidados Paliativos y de Dermatología de SEMERGEN.

Dra. María José Castillo Moraga

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

Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz

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

Dr. Manuel Jiménez de la Cruz

Medicina Familiar y Comunitaria. Granada. Responsable del Desarrollo Profesional Continuo de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Área de Congresos. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Comité Científico

Presidenta

Dra. Mercedes Ramblado Minero

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

Vocales

Dra. Raquel Alfaro Greciano

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

Dr. Pablo Arjona González

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Colmenar. Málaga.

Dr. Francisco Javier Atienza Martín

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

Dr. José Manuel Carvajal Jaén

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

Dra. Alexia Cruz Pérez

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Adoratrices. Huelva.

Dr. Juan Fernando Pérez Díaz

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

Dr. Ignacio Fernández Granell

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

Dra. Luz Inmaculada Galera de Ulierte

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

Dr. Enrique José Gamero de Luna

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

Dra. Mercedes García García

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

Dr. Leovigildo Ginel Mendoza

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

Dr. Eladio Jiménez Mejías

Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Miembro del GT de Medicina Basada en la Evidencia de SEMERGEN. Vocal del área Universidad de SEMERGEN Andalucía.

Dr. Teodoro Macías Delgado

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

Dr. José Luis Martíncano Gómez

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Cortegana. Huelva. Miembro del GT de Atención al Inmigrante de SEMERGEN.

Dra. María Oliva Márquez

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Moguer. Huelva.

Dra. Tania Ortiz Puertas

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

Dra. María Pardo Morán

Huelva.

Dra. Candelaria Pérez Ponce

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Cartaya. Huelva.

Dra. Esperanza Romero Rodríguez

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

Dra. María José Romero Tirado

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Los Rosales. Huelva.

JUNTA DIRECTIVA

Presidenta

Dra. M^a Rosa Sánchez Pérez

Vicepresidenta

Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

Secretario y Responsable del Área de Competencias Profesionales

Dr. Francisco Javier Atienza Martín

Tesorero

Dr. Manuel Jiménez de la Cruz

Vocal del Área de Coordinación de Actividades Provinciales

y Congresos

Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz

Vocal del Área de Universidad

Dr. Eladio Jiménez Mejías

Vocales del Área de Residentes y Jóvenes Médicos de Familia.

Dra. María José Cruz Rodríguez

Dr. Pablo Arjona González

Dra. Dolores Ruíz Granada

Dra. Aurora Medina Cobos

Vocal del Área de Urgencias

Dra. Manuela Sánchez González

Vocal de Almería

Dra. Luz Inmaculada Galera de Ulierte

Vocal de Cádiz

Dra. María José Castillo Moraga

Vocal de Córdoba

Dra. Esperanza Romero Rodríguez

Vocal de Granada

Dra. Julia Vargas Díez

Vocal de Huelva

Dr. Tomás Remesal Barrachina

Vocal de Jaén

Dr. Juan Gabriel García Ballesteros

Vocal de Málaga

Dr. Leovigildo Ginel Mendoza

Vocal de Sevilla

Dr. Enrique José Gamero de Luna



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

Editor: SEMERGEN Andalucía

Formato: Digital

ISSN: 2254 – 4410 Año 13 Vol. 13 Mayo 2024

©Copyright 2024 SEMERGEN Andalucía

Reservados todos los derechos.

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

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

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

Editorial

Estimados compañeros/as

Un año más publicamos la revista electrónica de SEMERGEN Andalucía dedicada al 19º Congreso de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN Andalucía, que se celebró en Islantilla (Huelva) del 25 al 27 de abril de 2024. En este número se publican los resúmenes de las actividades científicas y las comunicaciones presentadas y admitidas por el Comité Científico.

El congreso ha demostrado el compromiso de SEMERGEN Andalucía con la formación y ha supuesto el desarrollo de un espacio de aprendizaje y actualización en las últimas novedades científicas, clínicas y tecnológicas de la especialidad. Por otro lado, ha representado una excelente oportunidad para reconocer y poner en valor el trabajo, el esfuerzo y la dedicación de los Médicos de Familia para mantener la calidad asistencial a nuestros pacientes, en condiciones de seguridad y excelencia.

Nuestro congreso se ha consolidado como el lugar de encuentro anual de los Médicos de Familia y Residentes andaluces. De nuevo este año ha sido un éxito de asistencia con más de 700 inscritos, de los cuales un 34% son residentes.

Se han realizado un total de 40 actividades: 26 talleres de los cuales 24 han sido de Uso racional del Medicamento, 2 seminarios, 3 aulas habilidades, 4 simposios y 5 mesas de discusión. En el resumen de las actividades científicas de la revista se puede apreciar la gran diversidad y relevancia de los temas tratados.

Se han aceptado 371 trabajos científicos que fueron presentados en 25 sesiones de defensa.


Nos sentimos muy satisfechos con la gran asistencia que han tenido todas las actividades y que son el reflejo del buen trabajo realizado.

En la inauguración contamos con la presencia de la Sra. Consejera de Salud D^a Catalina García Carrasco. La conferencia inaugural fue realizada por el Dr. Eladio Jiménez Mejías, vocal del Área Universidad de SEMERGEN Andalucía que realizó un análisis del estado y los retos de la investigación en Atención Primaria.

Este año, el premio a la Atención Primaria se entregó a D^a Aurora Valenzuela, Decana de la Facultad de Medicina de Granada, en reconocimiento a los méritos contraídos a lo largo de su trayectoria profesional en la promoción de la Medicina de Familia como disciplina académica, y de su impulso para la participación de los Médicos de Familia en la docencia universitaria.

El reconocimiento a los socios destacados de SEMERGEN se entregó al Dr. Alfredo Ortiz Arjona y al Dr. José Ángel Blanco, por sus múltiples aportaciones a nuestra sociedad y a la Atención Primaria.

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



M^a Rosa Sánchez Pérez
Presidenta SEMERGEN Andalucía

Programa Científico

Jueves 25 de abril

16:30-19:30h. Defensa de Comunicaciones Pósters.

| Aula Virtual e-Póster

16:30-18:00h. Taller URM. Dermatoscopia. Sesión 1.

| Salón Betanzos

Ponentes:

- > **Dr. Rubén Noguera Fernández**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zafarraya. Granada.
- > **Dra. Aurora Medina Cobos**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN.

16:30-18:00h. Taller URM. Deprescripción en pacientes con demencia. Sesión 1.

| Salón Beturia

Ponentes:

- > **Dr. Pablo Panero Hidalgo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valle de Lecrín. Granada. Coordinador del GT de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad de SEMERGEN.
- > **D^a. M^a Carmen González López**
Farmacia Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Almería.

16:30-18:00h. Taller URM. Ejercicio terapéutico, educación y aspectos biopsicosociales en la gonartrosis.

| Salón Miodelo

Ponentes:

- > **Dr. Sergio Capilla Díaz**
Medicina Familiar y Comunitaria. Fisioterapeuta. Centro de Salud Huétor Tajar. Granada. Miembro del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.
- > **D^a. Carmen Fernández Gómez**
Fisioterapeuta. Centro Salud Ntra Sra de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

16:30-18:00h. Taller URM. Aula Salud Mental. Abordaje no farmacológico de los trastornos afectivos. Sesión A.

| Sala Islantilla

Ponente:

- > **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro de los GGTT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y de Salud Mental de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

16:30-18:00h. Taller URM. Deprescripción de opioides. Sesión 1.

| Salón Doñana

Ponentes:

- > **Dra. Julia Rosario Vargas Díez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Centro de Salud Gran Capitán. Granada. Miembro del GT de Comunicación de SEMERGEN.
- > **D^a. Francisca María Burgos Sierra**
Farmacia Familiar y Comunitaria. Distrito Málaga Guadalhorce. Málaga.

16:30-18:00h. Taller URM. Aula Salud Mental. Urgencias Psiquiátricas. Sesión A.

| Salón Leptis

Ponente:

- > **Dra. Verónica Olmo Dorado**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla. Coordinadora del GT de Salud Mental de SEMERGEN.

18:00-19:30h. Seminario. Tecnología y diabetes: interpretación flash.

| Salón Betanzos

Ponente:

- > **Dra. Tania Ortiz Puertas**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN.

18:00-19:30h. Taller URM. Urgencias Cuidados Paliativos. Sesión 1.

| Salón Miodelo

Ponentes:

- > **Dra. Lina Eugenia Fernández Isla**
Medicina Familiar y Comunitaria. SAMU 061. Ibiza. Islas Baleares. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.
- > **Dra. Elena Uceda Torres**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Soporte de Cuidados Paliativos. Área Hospitalaria de Huelva.

18:00-19:30h. Taller URM. Deprescripción en pacientes con demencia. Sesión 2.

Salón Beturia

Ponentes:

- > **Dr. Pablo Panero Hidalgo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valle de Lecrín. Granada. Coordinador del GT de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad de SEMERGEN.
- > **D^a. M^a Carmen González López**
Farmacia Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Almería.

18:00-19:30h. Taller URM. El dolor crónico no es para siempre.

Salón Doñana

Ponentes:

- > **Dr. Manuel José Mejías Estévez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Director del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.
- > **D. Javier de la Nava de Arriba**
Fisioterapeuta. Unidad de Estrategias de Afrontamiento Activo para el Dolor en Atención Primaria (SACYL). Valladolid.

18:00-19:30h. Taller URM. Aula Salud Mental. Abordaje no farmacológico de los trastornos afectivos. Sesión 2.

Sala Islantilla

Ponente:

- > **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro de los GGTT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y de Salud Mental de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

18:00-19:30h. Taller URM. Aula Salud Mental. Urgencias Psiquiátricas. Sesión 2.

Salón Leptis

Ponente:

- > **Dra. Verónica Olmo Dorado**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla. Coordinadora del GT de Salud Mental de SEMERGEN.

19:45-20:45h. Conferencia Inaugural.

Ponente:

- > **Dr. Eladio Jiménez Mejías**
Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Vocal del Área Universidad de SEMERGEN Andalucía.

Tú me dirás cómo investigar en Primaria ahora: ¿Cuándo, sobre qué, con quién?

Salón Lubre

20:45-21:15h. Acto Inaugural.

Salón Lubre

21:15h. Cóctel de Bienvenida.

Viernes 26 de abril

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

09:00-19:00h. Defensa de Comunicaciones Pósters.

09:00-10:30h. Taller URM. Dermatoscopia. Sesión 2.

Salón Betanzos

Ponentes:

- > **Dr. Rubén Noguera Fernández**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zafarroya. Granada.
- > **Dra. Aurora Medina Cobos**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN.

09:00-10:30h. Taller URM. Deprescripción de opioides. Sesión 2.

Salón Beturia

Ponentes:

- > **Dra. Julia Rosario Vargas Díez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Centro de Salud Gran Capitán. Granada. Miembro del GT de Comunicación de SEMERGEN.

- > **D^a. Francisca Maria Burgos Sierra**
Farmacia Familiar y Comunitaria. Distrito Málaga Guadalhorce. Málaga.

09:00-10:30h. Taller URM. Herramientas Diraya.

Salón Miodelo

Ponentes:

- > **Dr. Alfredo Ortiz Arjona**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. Miembro del GT de Innovación Digital en Salud de SEMERGEN.
- > **Dr. Juan Alexander Ávila Rivera**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alozaina. Málaga. Miembro del GT de Innovación Digital en Salud de SEMERGEN.
- > **D. José Luis Castro Campos**
Farmacia Familiar y Comunitaria. AGS Sur Sevilla.

09:00-10:30h. Taller URM. Motivos de consulta frecuente en urgencias pediátricas.

Sala Islantilla

Ponentes:

- > **Dr. Pedro Serrano Rodríguez**
Pediatría. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.
- > **Dr. Manuel Sosa Barba**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cartaya. Huelva.

09:00-10:30h. Taller URM. Manejo del insomnio. Sesión 1.

Salón Doñana

Ponentes:

- > **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro de los GGTT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y de Salud Mental de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.
- > **Dr. José Antonio Medina Gámez**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del GT de Neurología de SEMERGEN.

09:00-10:30h. Taller URM. Urgencias Cuidados Paliativos. Sesión 2.

Salón Leptis

Ponentes:

- > **Dra. Lina Eugenia Fernández Isla**
Medicina Familiar y Comunitaria. SAMU 061. Ibiza. Islas Baleares. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

- > **Dra. Elena Uceda Torres**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Soporte de Cuidados Paliativos. Área Hospitalaria de Huelva.

10:45-12:15h. Taller URM. Abordaje de la dismenorrea primaria con fisioterapia invasiva desde la evidencia científica.

Salón Miodelo

Ponentes:

- > **Dr. Miguel Ángel Lérída Ortega**
Fisioterapeuta. Hospital San Agustín de Linares. Profesor de la Universidad de Jaén.
- > **Dra. María Dolores Gallego Parrilla**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga. Miembro del GT de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

10:45-12:15h. Simposio. Abordaje farmacoterapéutico del paciente recién diagnosticado y frágil-vulnerable con DM2. Taller de lectura e interpretación de retinografías.

Salón Lubre

Moderador:

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

Ponentes:

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

10:45-12:15h. Taller. Todo lo que hay que desaprender del riñón y no te atreves a olvidar.

Sala Islantilla

Ponentes:

- > **Dra. Mónica Martín Velázquez**
Nefrología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
- > **Dra. María José Castillo Moraga**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los GGTT de Hipertensión Arterial y Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Endocrinología y Metabolismo y de Nefrourología de SEMERGEN.

10:45-12:15h. Mesa. Prevención de las Infecciones Respiratorias. Novedades en el Calendario de Vacunaciones de Andalucía 2024.

Salón Doñana

Ponentes:

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

12:30-14:00h. Mesa. Buenas Noticias en ERC.

Salón Doñana

Moderador:

- > **Dr. Manuel Jiménez Villodre**
Ponentes:
- > **Dr. Lisardo García Matarín**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Agua-dulce Sur. Almería. Miembro de los GGTT de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.
- > **Dr. Tomás Remesal Barrachina**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Cristina. Huelva. Miembro del GT de Gestión Sanitaria y Calidad Asistencial de SEMERGEN.

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

Sala Lubre

Moderadora:

- > **Dra. Mercedes García García**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.
- Ponentes:**
- > **Dra. María José Castillo Moraga**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los GGTT de Hipertensión Arterial y Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Endocrinología y Metabolismo y de Nefrourología de SEMERGEN.
- > **Dr. Carlos Ramos Ortiz**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Maracena. Granada.

12:30-14:00h. Simposio. Nuevas Fronteras en Dispepsia Funcional: Desde el

Diagnóstico hasta la Innovación Terapéutica.

Salón Betanzos

Moderadora:

- > **Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. Miembro de los GGTT de Dolor y Cuidados Paliativos y de Dermatología de SEMERGEN.
- Ponentes:**
- > **Dr. David Martín Enguix**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny. Granada. Miembro de los GGTT de Oftalmología y Otorrinolaringología y de Ecografía de SEMERGEN.
- > **Dra. Blanca Serrano Falcón**
Gastroenterología y Aparato Digestivo. Unidad de Pruebas Funcionales Digestivas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

12:30-14:00h. Taller. Top 10 de actualizaciones en dermatología. Derma-zapping.

Salón Leptis

Ponentes:

- > **Dra. Isabel María Sánchez Martínez**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN.
- > **Dr. David Díaz Sesé**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN.

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

**Debido a la capacidad limitada del espacio de almuerzo, el mismo se llevará a cabo en dos turnos de una hora cada uno de 14:00 a 15:00 h. y de 15:00 a 16:00 h. Agradecemos su colaboración.

16:00-19:30h. Aula. Ecografía.

Salón Miodelo

Ponentes:

- > **Dr. David Martín Enguix**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny. Granada. Miembro de los GGTT de Oftalmología y Otorrinolaringología y de Ecografía de SEMERGEN.
- > **Dra. Macarena Valenzuela de Damas**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Médico Valenzuela. Granada.
- > **Dr. Eissa Jaloud Saavedra**
Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva.

16:00-17:30h. Taller URM. Disfunciones de suelo pélvico. Incontinencia urinaria y fisioterapia.

Salón Betanzos

Ponentes:

- > **Dra. María del Rosario Blasco Martínez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería. Coordinadora del GT de Atención a la Mujer de SEMERGEN.
- > **D^a. Carmen Suárez Serrano**
Fisioterapeuta. Universidad de Sevilla.

16:00-17:30h. Taller URM. Aula ITS: Aspectos de Prevención y Tratamiento. Sesión A.

Sala Islantilla

Ponente:

- > **Dr. Rubén Noguera Fernández**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zafarraya. Granada.

16:00-17:30h. Taller URM. Aula ITS: Aspectos Diagnósticos. Sesión A.

Salón Leptis

Ponentes:

- > **Dr. David Díaz Sesé**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN.
- > **Dr. Rafael Damián García**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN.

17:30-19:00h. Simposio. Proyecto FARO. Prevención secundaria en la enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) en Andalucía.

Salón Betanzos

Ponentes:

- > **Dra. María José Castillo Moraga**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los GGTT de Hipertensión Arterial y Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Endocrinología y Metabolismo y de Nefrourología de SEMERGEN.
- > **Dr. Rafael Vázquez García**
Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

17:30-19:00h. Taller URM. Aula ITS: Aspectos de Prevención y Tratamiento. Sesión B.

Sala Islantilla

Ponente:

- > **Dr. Rubén Noguera Fernández**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zafarraya. Granada.

17:30-19:00h. Taller URM. Aula ITS: Aspectos Diagnósticos. Sesión B.

Salón Leptis

Ponentes:

- > **Dr. David Díaz Sesé**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN.
- > **Dr. Rafael Damián García**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN.

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

Salón Lubre

Sábado 27 de abril

09:00-13:30h. Aula. Urgencias.

- **Atención al paciente con trauma grave basada en la sistemática XABCDE.**

Salón Islantilla

Ponentes:

- > **Dr. David Linares Toro**
Medicina Familiar y Comunitaria. DCCU Móvil Distrito Condado Campiña. Huelva.
- > **Dra. Ana Cristina Rodríguez Rodríguez**
Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP. Huelva.

- **Restricción de movimientos espinales.**

Salón Doñana

Ponentes:

- > **Dr. Francisco Manuel Giraldo Abadín**
Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP Jerez Costa Noroeste. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.
- > **Dr. José Cuevas Paz**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Emergencias Terrestres. Aracena. Huelva.

- **Manejo de la vía aérea en el paciente con trauma grave.**

Salón Leptis

Ponentes:

- > **Dr. Francisco Romero Morales**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Emergencias Sanitarias Jaén. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.
- > **Dr. Fernando María Pérez Pérez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Salud. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.

● **Control de hemorragias exanguinantes-shock hipovolémico-acceso intraóseo de emergencia.**

Salón Beturia

Ponentes:

> **Dra. Manuela Sánchez González**

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

> **Dr. Alejo Gallego Montiel**

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

10:00-11:30h. Taller URM. Manejo del insomnio. Sesión 2.

Salón Betanzos

Ponentes:

> **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**

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

> **Dr. José Antonio Medina Gámez**

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

10:30-13:00h. Aula. Cirugía menor.

Salón Golf

Ponentes:

> **Dr. José Manuel Pavón Mata**

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

> **Dr. Abraham Hidalgo Rodríguez**

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

11:30-12:30h. Mesa. Píldoras genómicas en Familia.

Salón Betanzos

Moderadora:

> **Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal**

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

Ponentes:

> **Dr. Enrique José Gamero de Luna**

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

> **Dr. Sergio Capilla Díaz**

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

Nota

La genómica ha pasado de ser una anécdota en los libros de texto o un tema de conversación para expertos a una cuestión de debate público y un motivo de consulta cada vez más frecuente. Además, su aplicación supone un cambio en el paradigma de la ciencia médica donde orbita la medicina personalizada y de precisión. El médico de familia no debe ser excluido y mucho menos autoexcluirse de esta revolución. En la mesa, pretendemos, con un formato dinámico, usando una metodología "Rocket pitch" crear un dialogo con el auditorio y repasar algunas casuísticas frecuentes en la consulta, como son la intolerancia a la lactosa o la obesidad, qué riesgos tiene el uso de test genéticos de compra directa, cómo nos condiciona el conocimiento farmacogenético, como sospechar una enfermedad poco frecuente, donde buscar información, como interpretar un test genético o como manejar el cáncer hereditario, qué son las terapias avanzadas y... todo aquello que sugiera el auditorio

12:30-13:30h. Mesa. Rompiendo con la barrera idiomática en consulta.

Salón Betanzos

Ponentes:

> **Dra. María Oliva Márquez**

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

> **Dra. Candelaria Pérez Ponce**

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Cartaya. Huelva.

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

Salón Betanzos

14:00h. Almuerzo de Clausura.

Nota

(*) El almuerzo comenzará a la finalización del acto de clausura. (**) Para asistir al Almuerzo DEBE obligatoriamente canjear la pre-invitación que encontrará en su tarjeta de acreditación en los mostradores dispuestos para ello, situados en Secretaría Técnica, antes de las 12:00 horas del viernes 26 de abril, en el acto de formalizar su reserva de mesa. Si dicho canje no es realizado no podremos garantizarle plaza en el almuerzo. (***) La pre-invitación no será aceptada en los accesos del almuerzo.

TALLERES

Taller URM. Deprescripción en pacientes con demencia.

- > Dr. Panero Hidalgo, P.
- > Dra. González López, M.

INTRODUCCIÓN

La demencia es un grave problema de salud pública y un reto para los sistemas sanitarios y sociales debido al aumento que va experimentando.

Actualmente no se dispone de un tratamiento que logre la prevención o curación del proceso neurodegenerativo asociado a la enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias primarias. Sin embargo hay tratamientos sintomáticos modestamente efectivos, con evidencia científica en mejoría temporal de la cognición, funcionalidad y alteraciones psicológicas y conductuales ocasionadas por dichos procesos, favoreciendo la independencia del paciente y su funcionalidad el mayor tiempo posible. Son los fármacos antidemencia y comprenden dos grupos: los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) o anticolinesterásicos (donepezilo, rivastigmina y galantamina) y la memantina.

La demencia unida a la creciente longevidad de la población, el aumento de la morbilidad y del consumo de medicamentos provoca en estos pacientes, que la polimedicación sea un problema de salud prioritario por sus consecuencias en el incremento de efectos adversos, interacciones farmacológicas y favorecer el deterioro funcional del paciente

Según diversos estudios y por los datos de consumo actual, se ha producido un aumento en el consumo de APS en pacientes con demencia, en indicaciones como la agitación en el contexto del síndrome confusional y la demencia, originando una utilización fuera de las indicaciones establecidas y por periodos de tiempo más allá de los recomendados; esto unido a que casi todos los pacientes con demencia moderada-grave tienen prescrito conjuntamente un fármaco antidemencia, llama la atención sobre la carga anticolinérgica (que antagonizan la acción de estos fármacos) que soporta el paciente y puede agravar sus síntomas.

El objetivo de este taller es promover el uso adecuado de los fármacos en pacientes con demencia (parti-

cularmente de los antipsicóticos), estableciendo unas pautas de deprescripción en caso de que su uso no esté adecuado a las indicaciones avaladas por la evidencia científica, a la situación clínica del paciente y/o el balance beneficio/riesgo sea inadecuado ya que los efectos adversos descritos son graves como un aumento del riesgo de eventos cerebrovasculares y de muerte.

METODOLOGÍA DOCENTE

Formato presencial de 2,5 h de duración, con una metodología participativa entre docente y discentes, consta de 40 minutos donde se exponen conceptos básicos y resumen de la evidencia sobre el tema con apoyo visual y otros 40 minutos donde se presentan casos clínicos para su resolución conjunta, abriendo un foro de debate entre los asistentes y respondiendo a las preguntas o dudas que surjan.

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD

- Consideraciones generales: Tratamiento de la demencia. Resumen de la evidencia científica sobre el uso de antipsicóticos en pacientes con demencia.
- Deprescripción de fármacos en pacientes con demencia: casos clínicos

Taller URM. Ejercicio terapéutico, educación y aspectos biopsicosociales en la gonartrosis.

- > Dr. Capilla Díaz, S.
- > D^a. Fernández Gómez, C.

Introducción:

La rodilla es la articulación donde más frecuentemente se localiza la artrosis, patología degenerativa con gran impacto en nuestra sociedad y que determina una disminución importante en la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Además se relaciona de forma frecuente con elevado consumo de fármacos y sus potenciales efectos adversos.

Con este taller pretendemos, en primer lugar, obtener una visión global de la situación epidemiológica de la gonartrosis, incidiendo en el impacto biopsicosocial que tiene en la sociedad y las perspectivas de aumento en el futuro dada su relación con la edad.

A continuación abordaremos los factores patogénicos relacionados con la misma, para posteriormente ofrecer una actualización de las propuestas terapéuticas actuales desde el punto de vista del Médico de Familia

El otro gran bloque del taller consistirá en explicar y ofrecer herramientas basadas en la terapia física, un pilar muy importante a la hora de abordar a estos pacientes, de la mano de otros profesionales de la salud como son los fisioterapeutas, donde en esta patología tienen tanto que aportar.

Objetivos:

- 1.-Ofrecer una visión global de la situación epidemiológica de la gonartrosis.
- 2.-Tomar conciencia del importante problema de salud pública que existe con la patología degenerativa.
- 3.-Aportar herramientas no farmacológicas para el abordaje de la gonartrosis

Metodología docente

Presentación PPT de introducción

- Videos explicativos
- Taller de realización de ejercicios

Taller URM. Aula Salud Mental. Abordaje no farmacológico de los trastornos afectivos.

> **Dr. Atienza Martín, F.**

Los problemas de salud mental son muy prevalentes en las consultas del médico de familia (27,4%). Entre ellos destacan los trastornos de ansiedad (6,7%), los trastornos depresivos (4,1%) y los trastornos del sueño (5,4%).

El tratamiento de todos estos trastornos es, básicamente, mediante psicoterapia de corte cognitivo conductual, especialmente en el caso de la ansiedad y los trastornos del sueño. Sin embargo la mayoría de estos pacientes están tratados con benzodiazepinas de forma crónica, aunque su indicación es por tiempo limitado, generalmente no superior a 4 semanas. En 2017 se dispensó algún psicofármaco al 34,3% de las mujeres y al 17,7% de los hombres, fundamentalmente ansiolíticos y antidepresivos.

Desde las consultas de atención primaria es posible realizar bastantes intervenciones psicoterapéuticas entre las que destacan:

- La autoayuda individual guiada o no guiada. En este aspecto existen diferentes guías de autoayuda para trastornos de salud mental validadas y que pueden ser recomendadas a los pacientes.
- Los grupos psicoeducativos que pueden desarrollarse en el ámbito de la atención primaria.

- Los ejercicios de respiración profunda.
- Las técnicas de relajación entre las que sobresalen la relajación autógena de Schultz y la relajación muscular progresiva de Jakobson. Además de su enseñanza en consulta se pueden utilizar podcast alojados en diversos repositorios.
- El manejo de pensamientos irracionales y las distorsiones cognitivas que los originan mediante el debate de creencias típico de la terapia cognitiva de Beck.
- La terapia de aceptación y compromiso p psicoterapia basada en valores.
- El mindfulness o conciencia plena.

Taller URM. Deprescripción de opioides.

> **Dra. Vargas Díez, J.**

> **D^a. Burgos Sierra, F.**

Introducción

Puesta en contexto de la actividad, ¿por qué es importante? :

El uso inadecuado de opiáceos se ha ido incrementando progresivamente hasta llegar a ser un problema de salud pública. Proponemos un abordaje sencillo e intuitivo para que Médicos en la consulta de Atención Primaria puedan detectar, analizar y adecuar el uso indeseable de estos analgésicos, que sirva para resolver problemas de adicción del paciente (con consecuencias adversas para su salud) y conflictos en el día a día derivados de la solicitud, gestión, etc de fármacos que esta adicción acarrea.

Objetivos :

- 1.Comprender el mecanismo de acción de los analgésicos opioides y su potencial adictivo
- 2.Conocer el uso adecuado de los opioides en cuanto a indicación, dosis, titulación, etc.
- 3.Identificar situaciones de uso/consumo inadecuado de ellos y saber cómo adecuar la dosis
- 4.Manejar un esquema básico de deprescripción de opioides y su reevaluación y seguimiento

Metodología docente :

Exposición en programa de Power Point. Resolución de casos clínicos con preguntas a los asistentes. Entrega de material en papel de infografía de apoyo.

Contenido de la actividad:

Repaso general: concepto y tipo de dolor; anatomía ;neurobiología; evaluación (Julia Vargas)

- Analgésicos opioides: indicaciones y mecanismos de acción (Francisca Burgos y Julia Vargas)
- Dependencia y deshabituación de opioides (Francisca Burgos)
- Casos clínicos (Julia Vargas y Francisca Burgos)

Bibliografía

- *Protocolo de retirada de opioides, elaborado por el Centro Andaluz de Información de*
- *Medicamentos (CADIME). https://www.cadime.es/images/CADIME/DOCUMENTOS/Retirada_opioides_01.pdf*
- *Wakeman SE. Opioid use disorder diagnosis and management. NEJM Evidence, 2022; 1(4). <https://evidence.nejm.org/doi/full/10.1056/EVIDra2200038>*
- *3.Langford AV et al. Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Opioid Analgesics. Sydney: The University of Sydney; 2022. <https://www.opioiddeprescribingguideline.com/guideline>*
- *Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain – United States, 2022. MMWR Recomm Rep <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>*
- *If not opioids, then what?. Medicinewise News. January 2020. NPS-MedicineWise.*
- *Tauben D, Stacey BR. Pharmacologic management of chronic non-cancer pain in adults. In: UpToDate@ Crowley M, ed. UpToDate 2021*
- *Dolor crónico no oncológico: opioides? INFAC_Vol_30_1_2022*
- *BitN 2019...Claves para un uso adecuado de opioides en dolor crónico no oncológico*
- *Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad;2015*
- *Guía farmacoterapéutica de medicamentos en Atención primaria. URM. SAS. 2022*
- *Procedimiento de actuación conjunta en pacientes con adicciones a opioides de prescripción. Consejería de Salud y consumo*

Taller URM. Aula Salud Mental. Urgencias Psiquiátricas.

> **Dra. Olmo Dorado, V.**

El médico de atención primaria juega un papel crucial en la atención de urgencias psiquiátricas extrahospitalarias. Es importante que estos profesionales estén

capacitados para identificar y manejar crisis de salud mental, ya que muchas veces son el primer punto de contacto para las personas que necesitan ayuda. El médico de atención primaria puede realizar una evaluación inicial, brindar contención emocional, iniciar tratamientos farmacológicos si es necesario, y derivar al paciente a servicios especializados como psiquiatría o psicología. Además, el médico de atención primaria puede coordinar el seguimiento y la continuidad del cuidado del paciente después de la crisis.

Taller URM. Urgencias Cuidados Paliativos.

> **Dra. Fernández Isla, L.**

> **Dra. Uceda Torres, E.**

Los Cuidados Paliativos proponen un modelo de atención basado fundamentalmente en el control de síntomas y en la atención a la familia, con el objetivo básico de mantener la mejor calidad de vida posible al paciente, adaptando los tratamientos a las diferentes fases de la enfermedad.

En el taller desarrollamos a través de casos clínicos el abordaje de las consultas urgentes más frecuentes en paliativos:

Disnea, presenta en el 70% de los pacientes paliativos, su prevalencia e intensidad se incrementan en situación de últimos días. Su tratamiento tiene que contemplar el tratamiento etiológico, el tratamiento sintomático así como las medidas no farmacológicas. Elegiremos el mejor tratamiento teniendo en cuenta el carácter multifactorial de la disnea, la ubicación del enfermo, los recursos disponibles y el pronóstico de cada paciente. No es lo mismo tratar la disnea de las últimas horas de vida que la de un paciente con semanas por vivir. En situaciones de disnea refractaria al tratamiento la alternativa para aliviar el sufrimiento es la sedación paliativa.

Hemoptisis leve, retirar los AINEs y/o AAS, tratar la tos mediante antitusígenos, ácido tranexámico, adrenalina nebulizada. En caso de hemoptisis masiva (más de 200ml/día o 100ml/h) considerar la sedación paliativa, constituye una urgencia en cuidados paliativos ya que conduce a la muerte del paciente por asfixia en un corto periodo de tiempo.

La compresión medular es una emergencia médica definida como la compresión de la médula espinal por crecimiento tumoral primario o metastásico, que puede conducir en su progresión a lesiones neurológicas irreversibles. Se debe considerar una emergen-

cia médica en cualquier fase de la enfermedad y debe tratarse inmediatamente, pues su evolución puede ser muy rápida y llevar a una paraparesia o incluso a una paraplejía en horas.

El dolor, es el síntoma más temido, 80% de los motivos de consulta. Los analgésicos siempre son pautados en función de la intensidad del dolor (ascensor analgésico). La analgesia basal siempre va acompañada de la prescripción de rescates, fármacos del mismo escalón y su dosis es el 10% de la analgesia total diaria. La analgesia basal se ajustará con la dosis habitual de rescates requeridos.

La hipercalcemia es la complicación metabólica más frecuente y potencialmente más grave que pueden presentar los pacientes con cáncer avanzado con metástasis óseas o sin ellas. Se habla de hipercalcemia con cifras de calcio total superiores a 10,5 mg/dl. La clínica se manifiesta mediante debilidad progresiva, obnubilación y alteraciones de la conducta. También suele tener anorexia y náuseas y un progresivo empeoramiento hasta el coma. La clínica depende tanto de los niveles plasmáticos como de la velocidad de instauración. Muchos de estos síntomas son comunes en cualquier enfermedad oncológica avanzada, por eso, antes de achacar el cuadro a la progresión de la enfermedad se hará una analítica. Siempre hay que pensar en la hipercalcemia, como una de las posibles causas de delirium en el paciente terminal.

La obstrucción intestinal es una complicación grave y frecuente en los pacientes con cáncer avanzado, sobre todo de origen digestivo o ginecológico. Puede presentarse de forma brusca, pero frecuentemente tiene un inicio insidioso, con clínica de náuseas (más intensas en la oclusión alta), vómitos (inicialmente, mucosos, con restos alimentarios y bilis, y posteriormente, con la contaminación bacteriana, tiene aspecto fecaloideo), ausencia de deposiciones o gases, dolor abdominal constante por la distensión abdominal y de tipo cólico intenso coincidiendo con borborigmos audibles. Los objetivos del tratamiento paliativo farmacológico son: controlar los síntomas (**analgésicos, antieméticos, antisecretores, corticoides**), evitar la aspiración nasogástrica, la sueroterapia, reducir la hospitalización y favorecer el control domiciliario.

La situación de últimos días, representa la fase agónica, donde son evidentes los síntomas y signos del proceso de morir (deterioro completo de las funciones vitales). Nuestro objetivo es el control sintomático, la VIA SUBCUTÁNEA es la vía de elección.

En definitiva nuestro fin es conseguir la ausencia del malestar físico y/o psicológico, que repercute positivamente en la situación espiritual de la persona y de su familia.

Taller URM. Herramientas Diraya.

- > **Dr. Ortiz Arjona, A.**
- > **Dr. Ávila Rivera, J.**
- > **D. Castro Campos, J.**

En el reciente taller presentado durante el 19º Congreso Andaluz de SEMERGEN Andalucía, se exploraron las herramientas fundamentales del programa informático Diraya, ampliamente utilizado en la práctica médica diaria. El taller, dirigido por los Dres. Arjona, Ávila y el farmacéutico de atención primaria Ldo. Castro, se dividió en tres bloques didácticos:

- ****Recursos Externos a Diraya:**** Se discutieron las utilidades externas que complementan el sistema Diraya, proporcionando a los médicos y profesionales de la salud acceso a recursos adicionales para mejorar la atención al paciente.
- ****Recursos Intra-Diraya:**** Se examinaron las funcionalidades internas del programa, destacando cómo acceder y aprovechar al máximo las herramientas disponibles dentro del sistema.
- ****Módulo de Prescripciones:**** Se detallaron las capacidades del módulo de prescripciones, incluida la interacción entre diferentes profesionales de la salud, la personalización de tratamientos y la optimización de horarios y posologías.

Durante el taller, los instructores demostraron en tiempo real cada uno de estos bloques, interactuando con la audiencia para resolver dudas y ofrecer consejos prácticos sobre el uso efectivo de Diraya en la rutina clínica. Se resaltaron las diversas funciones que el programa ofrece para agilizar el trabajo médico diario, incluyendo la recopilación y gestión de información del paciente, así como la facilidad para completar formularios y diagnósticos.

Además, se profundizó en la importancia y funcionalidad de los iconos, herramientas y comunicación entre profesionales de diferentes áreas para garantizar una atención integral y coordinada del paciente. Específicamente, se discutió cómo optimizar el módulo de prescripciones, enfatizando la colaboración entre equipos médicos y profesionales sanitarios y la personalización de tratamientos para mejorar la adherencia del paciente.

Este taller ofreció una visión detallada y práctica de las capacidades de Diraya, subrayando su papel crucial en la mejora de la eficiencia y calidad de la atención médica en el día a día.

****Información Adicional:****

Diraya es un sistema informático integrado desarrollado para mejorar la gestión sanitaria en Andalucía, España. Su implementación ha facilitado la coordinación entre profesionales de la salud y ha optimizado el acceso a la información médica esencial para la toma de decisiones clínicas. Algunas de las características adicionales que podrían haberse abordado en el taller incluyen:

****Integración de Datos:**** La capacidad de integrar datos de diferentes fuentes y servicios de salud para ofrecer una visión holística del historial del paciente.

****Herramientas de Análisis:**** Funcionalidades avanzadas para el análisis de datos clínicos que permiten identificar tendencias y mejorar protocolos de tratamiento.

****Seguridad y Confidencialidad:**** Aspectos relacionados con la seguridad de la información y el cumplimiento de las normativas de protección de datos en el entorno clínico.

****Desarrollo Futuro:**** Perspectivas sobre cómo Diraya podría evolucionar para adaptarse a las necesidades emergentes en el campo de la atención médica, como la telemedicina y la atención remota.

Taller URM. Motivos de consulta frecuente en urgencias pediátricas.

> Dr. Serrano Rodríguez, P.
> Dr. Sosa Barba, M.

Introducción:

Las consultas pediátricas en urgencias de Atención Primaria suponen un porcentaje considerable en el día a día del trabajo de médicos de familia poco familiarizados con el manejo de este tipo de pacientes.

Objetivos

El Objetivo del taller "Motivos de consulta frecuente en urgencias pediátricas", es realizar un recordatorio de las patologías más frecuentes que se pueden presentar en un servicio de urgencias. Proponemos un rápido repaso teórico-práctico que nos facilite una mejor atención a estos pacientes, con resúmenes de lo más importante a tener en cuenta a la hora de manejar

estas patologías y proporcionar pinceladas prácticas para afianzar la mejor atención a estos pacientes.

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

Metodología docente:

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

Contenido

Se abordarán temas como triángulo de evaluación pediátrica, fiebre, infecciones respiratorias, dolor abdominal, traumatismos, uso racional de antibióticos, etc.

Bibliografía

- Del Castillo F. Infecciones respiratorias de vías altas. En: *Enfermedades Infecciosas en Pediatría*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. 2009, pp 603-610.
- Malo S, Bjerrum L, Feja C, Lallana MJ, Poncel A, Rabaneque MJ. Prescripción antibiótica en infecciones respiratorias agudas en atención primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2015; 82(6):412-416
- Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico J.C, Pérez Cánovas C, Calvo Rey C, Cilleruelo Ortega M.J. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75(5):342.e1-342.e13
- Cubero Santos A, García Vera C. Muñoz Fernández JR, Lupiani Castellanos P. Faringoamigdalitis. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. AEPap 2015 (en línea) consultado el 15 de diciembre de 2015, disponible en: <http://algoritmos.aepap.org/>
- Moreno-Pérez D, Andrés Martín A, Tagarro García A, et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento ambulatorio y prevención. *An Pediatr (Barc)*. 2015;83:439.e1-
- A. Fernández-Jaéna, B. Calleja-Pérez, JA. García-Asensio Traumatismo Craneoencefálico en la infancia. *Medicina integral*. Vol. 37. Num. 8
- *Urgencias en Pediatría (Formación continuada en Pediatría Vol. 10)*. A. Muñoz Hoyos
- *Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría Hospital la Paz 9ª edición 2023*
- *Manual de urgencias en pediatría. Hospital universitaria Virgen del Rocío*

- *Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria*
- *Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.*
- *guía rápido de Dosificación en pediatría g-pediatría*
- *APP. Dosispedia*

Taller URM. Manejo del insomnio.

- > **Dr. Atienza Martín, F.**
- > **Dr. Medina Gámez, J.**

Introducción:

El insomnio es un trastorno del sueño frecuente, pero ocasionalmente provoca problemas en su identificación diagnóstica en el diagnóstico diferencial, así como en su manejo (riesgo de abuso de benzodiazepinas o manejo en conjunto con comorbilidades del paciente, fundamentalmente). Una formación en estos aspectos es de utilidad para los médicos de familia, al tener más herramientas para enfrentar el problema. Objetivos: El objetivo del taller es mejorar el conocimiento sobre insomnio del asistente, dando herramientas para plantearse un diagnóstico diferencial (no toda dificultad para quedarse dormido es insomnio), así como su manejo (tanto insomnio aislado como en comorbilidad) y las medidas ahorradoras de benzodiazepinas que se pueden emplear. Metodología docente: los ponentes inician con introducción teórica y posteriormente se exponen casos clínicos anónimos y reales atendidos desde Medicina de Familia, de cara a participación interactiva con los asistentes y reflexión del manejo desde Atención Primaria de esta patología. Contenido de la actividad: La actividad consta de cuatro bloques:

Conceptos: se expone la arquitectura del sueño y su reflejo en el hipnograma, como representación gráfica de las diferentes fases del sueño en base a criterios neurofisiológicos (distinguiendo fase REM y no REM, dividiéndose ésta última en N1, N2 y N3). Adicionalmente, se habla de la diferencia entre calidad y cantidad de sueño así como patrones normales de sueño (tipo alondra, tipo mochuelo, dormidor corto y dormidor largo), así como de la influencia de factores endógenos y exógenos en el sueño. Se trata la definición del insomnio y su diagnóstico diferencial con otros trastornos del sueño. Por último, se exponen dos tipos de insomnio (de conciliación y de mantenimiento).

Abordaje del insomnio: la herramienta fundamental para un correcto abordaje es la evaluación clínica, destacando la importancia de la historia clínica y la anamnesis. Posteriormente se habla de tratamiento, destacando el tratamiento no farmacológico como la terapéutica más

importante (fundamentalmente, las medidas de una buena higiene del sueño y tratamiento cognitivo conductual). Finalmente, se exponen opciones de fitoterapia y farmacología disponible de cara al manejo del insomnio.

Comorbilidades: se muestran diferentes comorbilidades que habitualmente se asocian al insomnio, destacando trastornos afectivos como ansiedad y depresión, uso de sustancias que alteran el sueño o enfermedades neurológicas como el deterioro cognitivo, dolor neuropático y el síndrome de piernas inquietas. El enfoque general es intentar realizar mayor número de medidas no farmacológicas y menor empleo de fármacos; y, en caso de emplearlos, emplear aquellos que puedan ayudar en el trastorno de sueño y comorbilidad, minimizando el número de medicamentos a emplear (y, por tanto, de efectos secundarios).

Casos clínicos: se exponen diferentes casos clínicos atendidos en la consulta del centro de salud, con vistas a que los asistentes interaccionen, reflexionen y pongan en práctica lo aprendido previamente, mediante casos reales que hacen que comentar el manejo sea enriquecedor

Taller. Top 10 de actualizaciones en dermatología. Derma-zapping.

- > **Dra. Sánchez Martínez, I.**
- > **Dr. Díez Sése, D.**

Este taller está diseñado para proporcionar a los médicos de atención primaria una experiencia práctica en el reconocimiento y diagnóstico de las principales lesiones dermatológicas. A través de la revisión de fotografías de lesiones cutáneas, los participantes tendrán la oportunidad de desarrollar habilidades en la identificación y manejo de estas condiciones en un entorno colaborativo.

Objetivos:

- Reconocer y diferenciar las lesiones cutáneas más comunes encontradas en la práctica clínica diaria.
- Mejorar la capacidad de diagnosticar lesiones dermatológicas mediante la observación y discusión de casos prácticos.
- Familiarizarse con los signos y síntomas característicos de enfermedades dermatológicas frecuentes.
- Desarrollar estrategias de manejo inicial y derivación adecuada para pacientes con afecciones cutáneas.

Metodología:

- Los participantes trabajarán en grupos para revisar una serie de fotografías de lesiones cutáneas seleccionadas.
- Se facilitará una discusión guiada por un dermatólogo experimentado, quien proporcionará información clave sobre cada caso.
- Los asistentes tendrán la oportunidad de hacer preguntas, compartir conocimientos y colaborar en la identificación de las lesiones.
- Se enfatizará en la importancia del examen físico completo y la historia clínica detallada en el diagnóstico de enfermedades dermatológicas.

Principales Lesiones Dermatológicas Abordadas:

- Dermatitis seborreica
- Eccema/atopía
- Psoriasis
- Acné vulgar
- Infecciones cutáneas bacterianas y fúngicas
- Dermatitis de contacto
- Urticaria y angioedema
- Lesiones de la piel asociadas con enfermedades sistémicas
- Lesiones precancerosas y cáncer de piel
- Dermatitis por fotosensibilidad
- Reacciones alérgicas cutáneas

Beneficios:

- Mejora de la confianza y competencia en el manejo de afecciones dermatológicas comunes.
- Promoción de la colaboración interprofesional entre médicos de atención primaria y dermatólogos.
- Reducción de derivaciones innecesarias a especialistas mediante un diagnóstico más preciso en la atención primaria.
- Mejora en la calidad de la atención brindada a pacientes con enfermedades cutáneas.

Este taller proporcionará a los participantes una base sólida en el reconocimiento y manejo de las lesiones dermatológicas más frecuentes, lo que les permitirá ofrecer una atención integral y de calidad a sus pacientes en el ámbito de la atención primaria.

Taller URM. Disfunciones de suelo pélvico. Incontinencia urinaria y fisioterapia.

> Dra. Blasco Martínez, M.

> D^a. Suárez Serrano, C.

Introducción.

El incremento del nivel de vida que se está produciendo en los países desarrollados hace que la demanda de servicios encaminados a mejorar la calidad de vida esté aumentando considerablemente. Este suceso, unido al aumento de la esperanza de vida de la población, lleva implícita la aparición de enfermedades crónicas con la consecuente demanda de atención sanitaria en busca de soluciones terapéuticas.

En esta línea se encuentran las disfunciones del suelo pélvico, problemas de salud como la incontinencia urinaria y fecal, los prolapsos orgánicos pélvicos o las disfunciones sexuales, que presentan una elevada prevalencia y tienen un elevado impacto en la calidad de vida de quienes las padecen. Si bien se tratan de disfunciones que afectan mayoritariamente a la población femenina, son padecidas por ambos sexos, y está aumentando la demanda de tratamiento de forma considerable.

El abordaje de estas disfunciones del suelo pélvico debe realizarse por un equipo multi e interdisciplinar, en el que debemos incluir al fisioterapeuta especialista por su papel relevante, dado que la fisioterapia se considera la primera línea de tratamiento para muchos de estos problemas de salud por su efectividad, bajo coste y ausencia de efectos adversos.

Objetivos.

El objetivo principal del taller es exponer la fisiopatología de las disfunciones del suelo pélvico, y su abordaje en Atención Primaria.

Además, daremos a conocer el papel y la evidencia de la fisioterapia en el abordaje de las disfunciones del suelo pélvico, particularmente la incontinencia urinaria.

Metodología docente.

Seguirá una metodología participativa por parte de los asistentes, incluyendo tanto exposición teórica como trabajo práctico por parte de los participantes.

Para ello se utilizarán tanto soporte visual (presentación de contenidos) como ejercicios propioceptivos. Usaremos también modelos anatómicos y gráficos que muestren el contenido de la actividad.

Contenido de la actividad.

PARTE TEÓRICA.

- Fisiología de la micción.

- Anatomía del suelo pélvico.
- Incontinencia urinaria, prolapsos orgánicos, disfunciones sexuales.

PARTE PRÁCTICA.

- Visualización de modelos anatómicos y gráficos.
- Mostrar el papel de la fisioterapia basada en la evidencia en la prevención y tratamiento de estas disfunciones.
- Concienciación de la musculatura del suelo pélvico e iniciación a los ejercicios de esta musculatura por parte de los asistentes.

Bibliografía

- Ballesta Serrano MA, Bernal Hernandez J, Suarez Serrano C. Marco competencial y normativo del libro Blanco de la Fisioterapia Pelvipérea. En: Libro Blanco de la Fisioterapia Pelvipérea. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. 2022
- Medrano-Sánchez, EM; Suárez-Serrano, C. Reeducación de las disfunciones del suelo pélvico. En: Seco-Calvo, J. Afecciones medicoquirúrgicas para fisioterapeutas: sistema musculoesquelético. Vol II. Ed: Panamericana. 2015.
- Suarez-Serrano, C. Fisioterapia en las disfunciones del suelo pélvico en el postparto. Ecografía periparto. pp. 133 - 136. 2015.
- Suárez-Serrano, C; Medrano-Sánchez, EM; Díaz-Mohedo, E. Guía de práctica clínica para fisioterapeutas en la incontinencia urinaria femenina. Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía. 2014.
- Trillo Fernández C, Navarro Martín JA, Alonso Llamazares MJ, et al. Anticoncepción y salud sexual en Atención Primaria. Guía de práctica clínica. 2ª ed. Granada, Fundación SAMFyC. 2021.

Taller URM. Aula ITS: Aspectos de Prevención y Tratamiento.

> Dr. Noguera Fernández, R.

Este taller tiene como objetivo proporcionar a los médicos de atención primaria una experiencia práctica en el reconocimiento, diagnóstico y manejo de las infecciones de transmisión sexual (ITS), a través del análisis de casos clínicos y la discusión colaborativa entre los asistentes.

Objetivos:

- Reconocer y diferenciar las principales infecciones de transmisión sexual.

- Mejorar la capacidad de diagnosticar ITS mediante el análisis de casos clínicos.

- Familiarizarse con los métodos de prevención, tratamiento y manejo de las ITS en el contexto de la atención primaria.

- Desarrollar habilidades para abordar de manera adecuada y compasiva las necesidades de los pacientes con ITS.

Metodología:

- Los participantes trabajarán en grupos pequeños para revisar una serie de casos clínicos relacionados con infecciones de transmisión sexual.

- Cada caso clínico incluirá información sobre la presentación clínica, historia sexual, pruebas diagnósticas y opciones de tratamiento.

- Se facilitará una discusión guiada por un experto en ITS, quien proporcionará orientación sobre el diagnóstico diferencial, las opciones de tratamiento y las consideraciones éticas.

- Los asistentes tendrán la oportunidad de compartir experiencias clínicas, hacer preguntas y aprender de los conocimientos de sus colegas.

Principales Infecciones de Transmisión Sexual Abordadas:

- Clamidia
- Gonorrea
- Sífilis
- VIH/SIDA
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Herpes genital
- Hepatitis B y C
- Tricomoniasis
- Infecciones por hongos (candidiasis)
- Linfogramuloma venéreo (LGV)
- Donovanosis (granuloma inguinal)

Beneficios:

- Mejora de la capacidad de reconocer y diagnosticar infecciones de transmisión sexual en el ámbito de la atención primaria.

- Reducción de la transmisión de ITS a través de una detección y tratamiento oportunos.

- Promoción de la educación y la conciencia sobre la salud sexual entre los profesionales de la salud.

- Mejora en la calidad de la atención brindada a pacientes con ITS, incluyendo la consejería sobre prevención y manejo.

Este taller proporcionará a los participantes las habilidades y conocimientos necesarios para abordar de manera efectiva las infecciones de transmisión sexual en el entorno de la atención primaria, contribuyendo así a la prevención y el control de estas enfermedades en la comunidad.

Taller URM. Aula ITS: Aspectos Diagnósticos.

> **Dr. Díaz Sése, D.**

> **Dr. Damián García, R.**

Este taller tiene como objetivo proporcionar una visión actualizada en lo referente a diagnóstico, síntomas y signos clínicos, así como tratamiento, de las diferentes infecciones de transmisión sexual (ITS) más prevalentes en nuestro medio, agrupadas por cuadros sindrómicos. Se hará especial hincapié en lo referente a procedimientos diagnósticos, sobre todo a toma de muestra en consulta de Atención Primaria (AP), con el objetivo de ahondar en la autosuficiencia del facultativo para el correcto diagnóstico de estas enfermedades. Los cuadros sindrómicos que se abordarán incluyen: síndrome ulceroso, síndrome secretor, síndrome pruriginoso, síndrome verrugoso y vesiculoso, y otros. Estos cuadros sindrómicos serán repartidos en dos sesiones diferentes impartidas simultáneamente, con posterior intercambio de participantes, de modo que un mismo congresista podrá recibir la explicación de todos los cuadros sindrómicos. Se pretenderá una interacción con los asistentes, por lo que el desarrollo del taller estará sustentado en diferentes cuestiones con cuatro opciones posibles, las cuales podrán ser objeto de debate durante el desarrollo del aula.

SIMPOSIO

Simposio. Nuevas Fronteras en Dispepsia Funcional: Desde el Diagnóstico hasta la Innovación Terapéutica.

- > Dra. Cabrerizo Carvajal, A.
- > Dr. Martín Enguix, D.
- > Dra. Serrano Falcón, B.

Este taller ofrece una visión sobre la dispepsia funcional, con un enfoque en su diagnóstico, seguimiento y últimas innovaciones terapéuticas desde la atención primaria hasta el entorno hospitalario. Se cubrirán temas cruciales como la magnitud del problema y los factores de riesgo, así como la fisiopatología subyacente. Profundizaremos en herramientas diagnósticas específicas para la atención primaria, estrategias de tratamiento actualizadas, y criterios de derivación a especialista hospitalarios. También se abordarán diagnósticos diferenciales clave y las opciones terapéuticas más allá del uso de inhibidores de la bomba de protones y agentes procinéticos. El taller cerrará con una discusión sobre el seguimiento a largo plazo, enfatizando que papel ejercen los especialistas hospitalarios y de atención primaria. Esta sesión es esencial para profesionales que buscan ampliar su conocimiento en el manejo de esta prevalente condición, garantizando una información basada en la evidencia científica más reciente.

Simposio. Proyecto FARO. Prevención secundaria en la enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) en Andalucía.

- > Dra. Castillo Moraga, M.
- > Dr. Vázquez García, R.

Introducción:

Tras un Síndrome Coronario Agudo (SCA), hay un riesgo aumentado de eventos cardiovasculares (CV) recurrentes¹, que puede disminuirse mediante un abordaje intensivo precoz de la hipercolesterolemia. En las actuales guías europeas de 2019, el objetivo lipídico se ha reducido a cLDL < 55 mg/dl², sólo alcanzable mediante estrategias de control estricto y estrecho seguimiento de estos pacientes. Una de estas estrategias es la puesta en marcha de consultas monográficas, que pueden desarrollarse vía telefónica/telemática, de forma paralela y complementaria al seguimiento convencional del paciente. Nuestro grupo acaba de publicar una estrategia de este tipo que denominamos

“Consulta Virtual de lípidos post-SCA” y que resumimos a continuación^{3,4}.

Pacientes y Métodos:

La “Consulta Virtual de lípidos post-SCA” comienza en la misma hospitalización del SCA con tratamiento hipolipemiente de alta intensidad y con una solicitud de perfil lipídico al alta del paciente, con seguimientos telefónicos mensuales. Cada mes se valora telemáticamente el perfil lipídico y se escala el tratamiento hipolipemiente hasta alcanzar el objetivo de cLDL < 55 mg/dl^{3,4}.

Población de estudio: 346 pacientes ingresados consecutivamente por SCA en 2020, con 67,3±12,4 años y un 31,9% de mujeres.

Resultados:

El tratamiento definitivo de estos pacientes consistió en: Estatinas de alta intensidad aisladas en 112 pacientes (32,5%) y tratamiento combinado de estatinas y ezetimibe en otros 196 (56,8%). Los 37 pacientes restantes (10,7%), recibieron alguna modalidad de tratamiento que incluía iPCSK9, junto con estatinas y/o ezetimibe. En el momento de salida de la consulta virtual, 326 pacientes (95,3%), presentaban un cLDL < 70 mg/dl y 278 (81,3%) por debajo de 55 mg/dl. Ningún paciente presentó un cLDL > 100 mg/dl. El tiempo promedio requerido para la obtención de estos resultados fue de 3,2±2,1 meses. Tras un año de seguimiento, las tasas de MACE de 3 y 4 puntos fueron 3,5% y 4,0%, respectivamente. Respecto a la mortalidad CV y total, fueron del 1,5% y 3,8%, respectivamente. Estas tasas son muy inferiores a la de las principales series postinfarto publicadas en los últimos 6 años.

Conclusiones:

La intensificación precoz del tratamiento hipolipemiente postSCA, en una consulta monográfica específica, con una mayor utilización del tratamiento combinado de estatinas de alta intensidad y Ezetimibe y una mayor prescripción de iPCSK9, asegura la consecución del objetivo lipídico de cLDL < 55 mg/dl, en la mayoría de los pacientes en los primeros 3 meses postSCA. Todo esto se traduce en una baja tasa de eventos recurrentes y de mortalidad.

Bibliografía

- Abu-Assi E, López-López A, González-Salvado V, et al. *The risk of cardiovascular events after an acute coronary event remains high, especially during the first*

year, despite revascularization. *Rev Esp Cardiol Engl Ed.* 2016; 69:11–8.

- Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2020;41:111–88.
- Vázquez García R, Puche García JE, Mialdea Salmerón D, Bartolomé Mateos D, Delgado Nava W. Consulta virtual de lípidos después de síndrome coronario agudo. *Rev Esp Cardiol.* 2021;73:161-167. DOI: 10.1016/j.recesp.2021.06.007. Disponible online el 7 de Julio de 2021.
- Vázquez García R, Puche García JE, Delgado Nava W, Mialdea Salmerón D, Bartolomé Mateos D. Impact of a virtual lipid clinic on lipid-lowering therapy, LDL cholesterol levels and outcomes in patients with acute coronary syndrome. *J Clin Lipid* 2022 Jul 28;51933-2874(22)00216-1. doi:10.1016/j.jacl.2022.07.009

>

MESAS

Mesa. Prevención de las Infecciones Respiratorias. Novedades en el Calendario de Vacunaciones de Andalucía 2024.

> **Dra. Alfaro Greciano, R.**

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

Introducción

Las infecciones respiratorias son la 4ª causa de muerte en el mundo y, dentro de las enfermedades transmisibles, la neumonía es la causa más frecuente de muerte.

Las infecciones de las vías respiratorias inferiores, como gripe, neumonía o infección por virus respiratorio sincitial, son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo y su incidencia y gravedad aumenta con la edad y con la presencia de patologías crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias o la Diabetes Mellitus.

Cada vez es más conocida la relación de las infecciones respiratorias con los eventos cardiovasculares y el empeoramiento de otras patologías de base.

Las infecciones respiratorias causan múltiples consultas en Atención Primaria y en Urgencias Extrahospitalarias y Hospitalarias, así como hospitalizaciones y fallecimientos.

Es necesario conocer estas infecciones y saber que tenemos a nuestra disposición herramientas preventivas como son las vacunas que debemos recomendar a nuestros pacientes.

Anualmente se publica el Calendario de Vacunaciones a lo largo de la vida, tanto por el Consejo Interterritorial, como por cada Comunidad Autónoma, donde se recomiendan las vacunas que tienen que administrarse embarazadas, lactantes, niños, adolescentes y adultos

Objetivos

Dar a conocer a los asistentes la importancia de la prevención de las infecciones respiratorias por lo que suponen en nuestros pacientes y explicar las novedades del calendario vacunal en Andalucía 2024.

Contenido de la actividad

Se hablará de las infecciones respiratorias más frecuentes en nuestro medio (Gripe, Covid-19, Neumococo, Virus respiratorio Sincitial) y de las vacunas disponibles para su prevención en un formato taller, con

casos clínicos y con la participación de los asistentes de una manera interactiva. Además, se comentarán todas las novedades del Calendario de Vacunación de Andalucía 2024 (Cambios referentes a vacunación antimeningocócica tetravalente, virus del papiloma humano, antineumocócica 20 valente y herpes zóster).

Bibliografía

www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

Shea KM, Edelsberg J, Weycker D et al. Rates of pneumococcal disease in adults with chronic medical conditions. *Open Forum Infect Dis.* 2014;1(1):ofu024. Published 2014 May 27. doi:10.1093/ofid/ofu024

Macias AE, McElhaney JE, Chaves SS, Nealon J, Nunes MC, Samson SI, Seet BT, Weinke T, Yu H. The disease burden of influenza beyond respiratory illness. *Vaccine.* 2021 Mar 15;39 Suppl 1:A6-A14. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.09.048. Epub 2020 Oct 9. PMID: 33041103; PMCID: PMC7545338.

GBD 2016 Lower Respiratory Infections Collaborators. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Infect Dis.* 2018 Nov;18(11):1191-1210.

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 *Lancet.* 2018 Nov 10;392(10159):1789-1858.

Calendario Común de Vacunación a lo largo de la vida 2024. *file:///C:/Users/usuario/Downloads/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf*

Calendario de Vacunaciones Andalucía 2024. <https://www.andavac.es/calendario-vacunaciones/>

Mesa. Buenas Noticias en ERC.

> **Dr. Jiménez Villodre, M.**

> **Dr. García Matarín, L.**

> **Dr. Remesal Barrachina, T.**

El médico de Atención Primaria (AP) desempeña un papel protagonista en la detección de la ERC y en el seguimiento en estos pacientes. Es fundamental realizar un diagnóstico precoz que permita retrasar la progresión

de la enfermedad ya que las consecuencias de la ERC suponen un mayor riesgo de hospitalización, de eventos cardiovasculares todo ello depara un aumento de la mortalidad asociada y disminución de la calidad de vida de nuestros pacientes. La enfermedad renal crónica (ERC) es un proceso patológico caracterizado por la disminución del filtrado glomerular y la aparición de albumina en orina, todo ello, durante al menos 3 meses.

La KDIGO define a la ERC por la presencia de alteraciones de estructura o función renal durante un periodo superior a tres meses definido por:

- El descenso del filtrado glomerular (FG) ($< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$)
- La presencia de lesión o daño renal, detectadas directamente en la biopsia renal o indirectamente, por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario (hematuria y leucocituria) y en pruebas de imagen que muestren, entre otras lesiones, disminución del tamaño renal.

IMPORTANTE RECORDAR: Un solo criterio de los dos (disminución en el FG o daño renal) mantenido por un tiempo mayor de 3 meses, ya es diagnóstico de ERC.

No tomar el FG o el cociente albúmina/creatinina (CAC) como valores de referencia en determinaciones aisladas, tienen que estar presentes en dos determinaciones, al menos durante 3 meses.

La ERC tiene varias características que la hacen única:

- En España la ERC tiene una prevalencia del 15% en mayores de 18 años (o sea 1 de cada 7 personas mayores de 18 años la padecen en nuestro país) según el estudio IBERICAN.
- Es prácticamente asintomática durante la mayor parte de su evolución y sólo produce síntomas muy vagos e inespecíficos en fases avanzadas (prediálisis y diálisis). Esto, condiciona, que el paciente no va a demandar atención para este proceso (no tiene conciencia de enfermedad) y no se diagnostica si el médico de familia, no tiene una actitud proactiva para buscarla y tratarla.
- Los pacientes en los que se debería evaluar la función renal de manera sistemática, serían: personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, diabéticos tipo I (con más de 5 años de evolución), aquellas con enfermedad cardiovascular establecida (infarto agudo de miocardio, ictus, etc.) los que tiene un familiar de 1er grado trasplantado o en diálisis y finalmente en los mayores de 60 años.

- Se deben emplear por parte del médico de familia, las tablas publicadas por la Sociedad científica Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) en 2013, que agrupan a los pacientes según el filtrado glomerular corregido por fórmulas (eGFR), según la creatinina plasmática y el cociente albumina creatinina (CAC) en una muestra aislada de la primera orina de la mañana (no es necesario en orina de 24h.). Nos da una información visual directa y clara del riesgo cardiovascular (RCV) global de la persona con ERC (semáforo de riesgo) y así poder adecuar el tratamiento y la derivación al grado de afectación de la enfermedad.

- La presencia de albuminuria en orina por encima de 30 mg/g, indica que la microcirculación renal ya está alterada, siendo una lesión de órgano diana clave, revelando también la alteración de toda la microcirculación del organismo, lo que incrementa la MORBIMORTALIDAD VASCULAR Y GENERAL.

- Además de las consideraciones sanitarias anteriores, el costo de la atención sanitaria directa en España en el periodo 2011 – 2017 de la ERC es de 10.436€, este coste se va incrementando según va empeorando la ERC y va aumentando según lo hace el estadio de la enfermedad. El coste medio por ingreso fue de 8.660€, incrementándose a 10.213€ cuando se recibe hemodiálisis y a 23.04 € cuando se registró un trasplante renal.

- En estos pacientes debemos monitorizar y controlar de manera estricta y rigurosa los factores de riesgo vascular (FRCV), sobre todo, cuando estos se asocian (cifras de presión arterial, glucemia, perfil lipídico y NO FUMAR), ya sabemos que estos y otros factores de riesgo no adecuadamente controlados, suponen un grave riesgo de progresión y deterioro en la ERC. Es necesario implementar medidas no farmacológicas (abandono del consumo del tabaco, ejercicio físico, nutrición adecuada a estos pacientes, intentar que se mantengan en un índice de masa corporal (IMC) entre 18 y 25, buena higiene del sueño, etc.) y el tratamiento farmacológicas para tratar los FRCV expuestos más arriba.

- Hasta ahora nos teníamos que limitar a tratar los FRCV clásicos reseñados en el punto anterior, pero en los últimos años contamos con tratamientos nuevos, “rompedores”, que han conseguido modificar la evolución de esta enfermedad, frenando la progresión del daño renal, independiente del control o no de la hemoglobina glicosilada: son el grupo farmacológico de los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) (empagliflozina, dapagliflozina y

canagliflozina), cada uno con sus peculiaridades farmacológicas e indicaciones clínicas concretas según el espectro del filtrado y el grado de albuminuria.

CONCLUSIONES:

1- La ERC es frecuente y grave y conlleva elevada morbimortalidad renal y cardiovascular con un significativo empeoramiento en la calidad de vida. Se define como la pérdida gradual de la función renal y el cribado se explora con el filtrado glomerular (FGe) y la excreción de albúmina en orina, que debe estar disminuida al menos durante 3 meses. Los gastos en tratamiento de afección, se disparan cuando la persona tiene que ser sometida a hemodiálisis o trasplante renal.

2- Los principales factores que favorecen la presencia y la progresión de la ERC son: HTA, DM tipo 1 y 2 y la enfermedad cardiovascular establecida. Suele ser casi asintomática en toda su evolución, salvo en estadios avanzados.

3- La Atención Primaria (AP) es un pilar fundamental para la detección precoz, vigilancia y tratamiento de los factores de progresión, para así ralentizar la evolución hacia la ERCT. Para ello, es necesaria la coordinación con nefrología.

4- Tenemos que evitar la iatrogenia renal: No prescribiendo fármacos renales (AINEs) y ajustando la dosis de los fármacos a la función renal.

5- Existen nuevas estrategias terapéuticas como son los iSGLT2 capaces de modificar la evolución de la enfermedad, ralentizando la pérdida de la función renal y modificando su evolución.

6- Objetivos terapéuticos deseables:

- a) Dieta apropiada baja en proteínas animales, y acorde a otras patologías acompañantes
- b) Peso corporal óptimo
- c) Control adecuado de tensión arterial (TA) y hemoglobina glicosilada (HbA1c), objetivo de c-LDL según riesgo cardiovascular del paciente con ERC.
- d) Cifras de CAC inferiores 100 mg/gr . El tratamiento de base: iSGLT2, IECAs o ARaII y estatinas debe ser iniciado desde AP, y según la respuesta obtenida remitir a Nefrología.

7- El abordaje de la ERC compartida entre Atención primaria (AP) y Nefrología debería establecerse según los criterios de comunicación interniveles establecidos según las diferentes áreas o distritos sanitarios (presencial o a través de teleconsulta).

Bibliografía:

- Llisterri JL, Micó-Pérez RM, Vellilla-Zancada S, Rodríguez-Roca GC, Prieto-Díaz MÁ, Martín-Sánchez V, et al. Prevalence of chronic kidney disease and associated factors in the Spanish population attended in primary care: Results of the IBERICAN study. *Med Clin (Barc)*. 2021; 156:157-165. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2020.03.005
- Stevens PE, Levin A; Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2013 Jun 4;158(11):825-30. doi: 10.7326/0003-4819-158-11-201306040-00007.
- Darbá J, Marsá A. Chronic Kidney Disease in Spain, analysis of patients characteristics, incidence and direct medical costs (2011-2017) *J. Med. Econon*. 2020, 23 (12): 1623-1629
- Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. *Lancet* 2017; 389: 1238-1252.
- García-Maset R, Bover J, Segura de la Morena J, Goicoechea Diezhandino M, Cebollada del Hoyo J, Escalada San Martín J, Fácila Rubio L, Gamarra Ortiz J, García-Donaire JA, García-Matarín L, Gràcia García S, Gutiérrez Pérez MI, Hernández Moreno J, Mazón Ramos P, Montañés Bermúdez R, Muñoz Torres M, de Pablos-Velasco P, Pérez-Maraver M, Górriz JL. Information and consensus document for the detection and management of chronic kidney disease. *Nefrología* 2022; 42(3): 233-264. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.07.010>.
- Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2014; 34:243-62.
- KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl*. 2013;3: 51-150.
- NICE Guidelines. Chronic kidney disease in adults: assessment and management [Internet]. 2014 [consultado 26 junio 2023]. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg182>
- Di Iorio BR, Bellasi A, Raphael KL, Santoro D, Aucella F, Garofano L, et al. Treatment of metabolic acidosis with sodium bicarbonate delays progression of chronic kidney disease: the UBI Study. *J Nephrol*. 2019; 32:989-1001.52.

- Hsu RK, Hsu CY, McCulloch CE, Yang J, Anderson AH, Chen J, et al. Research-based versus clinical serum creatinine measurements and the association of acute kidney injury with subsequent kidney function: Findings from the Chronic Renal Insufficiency Cohort study. *Clin Kidney J.* 2019; 13:55–62.53.
- Shigami J, Trevisan M, Lund LH, Jernberg T, Coresh J, Matsushita K, Carrero JJ. Acceleration of kidney function decline after incident hospitalization with cardiovascular disease: the Stockholm CREAAtinine Measurements (SCREAM) project. *Eur J Heart Fail.* 2020; 22(10):1790-1799. doi: 10.1002/ejhf.1968.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2020 Oct;98(4S): S1-S115. doi: 10.1016/j.kint.2020.06.019.
- The EMPA-KIDNEY Collaborative Group; Herrington WG, Staplin N, Wanner C, et al. Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med.* 2023 Jan 12;388(2):117-127. doi: 10.1056/NEJMoa2204233.
- Perkovic V, Jardine MJ, Neal B, et al. CREDENCE Trial Investigators. Canagliflozin and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes and Nephropathy. *N Engl J Med.* 2019 Jun 13;380(24):2295-2306. doi: 10.1056/NEJMoa1811744.
- Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, et al. DAPA-CKD Trial Committees and Investigators. Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med.* 2020 Oct 8;383(15):1436-1446. doi: 10.1056/NEJMoa2024816

Mesa. Píldoras genómicas en Familia.

- > Dra. Cabrerizo Carvajal, A.
- > Dr. Gamero de Luna, E.
- > Dr. Capilla Díaz, S.

¿Por qué me he vuelto intolerante a la lactosa? ¿por qué hay tanta variabilidad en nuestros pacientes?

La intolerancia a la lactosa es un motivo frecuente de consulta, sin embargo, debemos diferenciar la hipolactasia (disminución de la producción de lactosa) que es algo normal en nuestra evolución, de la malabsorción de lactosa, (que se manifiesta por el aplanamiento de la curva de sobrecarga oral de lactosa o por la presencia de sustancia reductoras en el aliento o en las heces), y de la intolerancia a la lactosa (que corresponde al cuadro clínico de mala absorción que aparece después del consumo de lactosa y en el que pueden influir otros factores, además de la hipolactasia).

Podemos distinguir cuatro tipos de hipolactasia:

La hipolactasia congénita (o deficiencia congénita de lactasa), que sucede por mutaciones del gen LPH (Lactasa-Florizina Hidrolasa.) Es un raro trastorno autosómico recesivo que conduce a una actividad reducida o ausente de la enzima LPH desde el nacimiento.

1. Deficiencia secundaria de lactasa, ocasionada por lesiones del ribete epitelial intestinal (infecciones, fármacos, radioterapia, enfermedades inflamatorias, alteraciones microbiota, cirugía, ...), ocasionando una reducción temporal y reversible de la actividad enzimática.
2. Deficiencia de lactasa en el desarrollo, que se observa en bebés prematuros. Es un cuadro transitorio debido a la inmadurez intestinal.
3. Deficiencia primaria de lactasa o no persistencia de lactasa. La deficiencia de lactasa se caracteriza por una disminución gradual de la actividad de la enzima lactasa a medida que las personas envejecen. Normalmente el gen LPH se desactiva en la infancia, tras finalizar el periodo de lactancia. Diferentes variantes en el enhancer MCM6 condicionan una ganancia de función que mantiene la actividad del gen. Estas variantes afectan al 30% de la población mundial, especialmente a la población caucásica y su efecto va a ser de intensidad diferente según la variante y si los individuos son homocigóticos o no.
4. En resumen, la intolerancia a la lactosa a partir de una determinada edad es la situación normal. Su intensidad y aparición va a depender de un gran número condicionantes como, la presencia o no de variantes génicas, de las condiciones ambientales que puedan influir en el apagado del gen, de otras intolerancias a azúcares y polioles fermentables, a variaciones del ribete intestinal, del microbioma, de la cantidad y tipo de lácteo ingerido, ... Por todo ello, un aplanamiento en un determinado momento de la curva de lactosa no supone un diagnóstico de intolerancia a la lactosa ni que la malabsorción de lactosa tenga que ser una situación estable a lo largo de la vida.

Se habla de los estilos de vida como protagonistas en el desarrollo de enfermedades. Por otro lado, se habla de que todas las enfermedades tienen un trasfondo genético, pero ¿Cómo es esto? ¿Cómo influyen los estilos de vida en la genética? ¿Realmente es así, o todo está determinado por los genes?

La denominada epigenética es el mecanismo del que dispone nuestro genoma para relacionarse con el exposoma (que incluye al medio ambiente, estilos de vida,

entorno psicosocial, ...) y adaptarse al mismo. Si consideramos a nuestro genoma como el libro de instrucciones de la vida, la epigenética correspondería a como leemos e interpretamos ese texto, o qué parte del texto leemos, de manera que, con las mismas piezas podremos construir las herramientas que precisemos, en cada momento, para ejercer nuestras funciones.

Los cambios epigenéticos condicionan cambios en la expresión de nuestro genoma sin modificar su estructura (como, por ejemplo, harían las mutaciones) y suceden por modificaciones químicas que afectan al enrollamiento y compactación del ADN (la metilación, por ejemplo, "cierra" al ADN e impide el acceso a los mecanismos de lectura) y por la acción de ARNs no codificantes que regulan la expresión génica y producción proteica.

Por otra parte, los cambios son reversibles y heredables. Esta herencia puede tener una expansión clonal, permitiendo la diferenciación de una célula madre en diferentes estirpes celulares en función de las circunstancias ambientales a la que se exponga (memoria celular), o la amplificación de la respuesta celular ante la exposición repetida a un mismo estímulo (memoria transcripcional). También los cambios pueden trasladarse a otras generaciones (herencia epigenética meiótica), bien de manera intergeneracional (impronta genética), bien de manera transgeneracional, según afecte a las células germinales de la madre (o del padre) o del feto si está gestando. Un ejemplo paradigmático de herencia meiótica lo constituye la epidemia de síndrome metabólico entre los descendientes de 1ª y 2ª generación de poblaciones que han sufrido situaciones de hambruna.

La prescripción de mantener unos hábitos de vida saludable tiene interés tanto para el individuo como para su descendencia.

Son frecuentes las preguntas sobre cáncer hereditario ¿Cuándo lo sospecho y cómo puedo enfocar el caso?

Hagamos algunas consideraciones sobre el cáncer hereditario:

1. El cáncer no se hereda: lo que se hereda es la predisposición para padecerlo. Heredar una mutación no es sinónimo de tener cáncer.
2. Existen más de 200 síndrome de predisposición al cáncer; sin embargo, el 90% de los casos se tratan de cáncer de mama y ovario hereditario y de cáncer de colon (polipósico y no polipósico).

3. Pueden presentar cualquier tipo de herencia, pero la más frecuente es la autosómica dominante con penetrancia (porcentaje de la descendencia que hereda la mutación) y expresividad (intensidad con que se manifiesta la enfermedad entre los que han heredado la mutación) variable.
4. Las recomendaciones se ajustan a la prevalencia de las variantes genéticas en la población y a los recursos disponibles, por lo que las recomendaciones pueden variar de un Área Sanitaria a otra y deben conocerse sus particularidades.
5. Conceptualmente debemos diferenciar el cáncer somático, que afecta a células somáticas y no se hereda, de la agrupación familiar de cáncer (familias donde aparecen diferentes cánceres somáticos, no relacionados y que pueden simular un patrón de herencia), del cáncer hereditario, que afecta a células germinales, por tanto, heredables y donde además de identificar (a veces no) el patrón de herencia identificamos el gen implicado, y del cáncer familiar, donde encontramos un patrón de herencia, con una alta sospecha, pero no llegamos a identificar la mutación implicada.

Debemos sospechar un cáncer hereditario en las siguientes situaciones:

1. Aparición temprana (<40-50 años)
2. Mas casos similares (o de tumores relacionados) en la familia.
3. Órganos pares afectados
4. Multifocalidad.
5. Tumores sincrónicos y/o metacrónicos.
6. Defectos del desarrollo asociados.
7. Tumores raros.

Por parte del médico de familia el manejo se basa en tres pilares:

1. Diagnóstico. Es especialmente útil la construcción del árbol genealógico, que permite además de identificar el patrón de herencia, identificar al mejor probando (individuo que deberíamos remitir para estudio, pues es el que más probablemente presente el trastorno genético en estudio, aunque no siempre sea quien consulta).
2. Seguimiento. Tenemos que diferenciar entre los portadores de la mutación, que deben tener un seguimiento especial tal como hemos mencionado anteriormente, de los no portadores, que tendrán el mismo seguimiento que la población general.

3. Acompañamiento. El médico de familia asesora orienta, acompaña, ... sin embargo, no realiza el Consejo Genético. Esta es una prestación hospitalaria que debe ser realizada por personal experto en el seno de un equipo multidisciplinar que cuente con los medios y recursos necesario para ello. También el médico de familia debe saber el significado de una prueba genética. Sin embargo, la información y toma de decisiones debe realizarse en el seno del Consejo Genético. Especialmente debe inhibirse en la interpretación de test genéticos con fines recreativos. Por último, hay que recordar que la información genética está especialmente protegida y tiene un ámbito ético y regulatorio específico.

Cada vez se habla más de enfermedades raras y muchos MF opinan que son enfermedades de las que no hay que saber grandes cosas pues son pocos pacientes los afectados y generalmente su seguimiento es hospitalario, pero ¿Qué hay de verdad en esto? ¿Cuántos pacientes con EERR tenemos en nuestros cupos? ¿Qué carga de trabajo nos supone? ¿Cómo puedo sospecharlas y donde puedo encontrar información?

Una enfermedad rara no es la que afecta a pacientes raros, ni la que presenta síntomas raros, ni enfermedades de las que se conoce poco. El concepto "raro" hace referencia a lo "poco frecuente". Este concepto va a variar según el quién, el cuándo y el dónde. En la Unión Europea se estima que una enfermedad es rara cuando tiene una incidencia menor de 1:2.000 y ultrarrara cuando es < 1:50.000. Hay que saber también que el 40% de las EERR se encuentra sin diagnóstico.

Aunque su incidencia es baja, su prevalencia es alta y afectan al 6-8% de la población mundial (más de 300 millones). En Europa supone unos 30 millones de afectados, en España, más de 3 millones, en Andalucía en torno a 1 millón y en un cupo de medicina de familia de entre 1.500 – 2.000 tarjetas se espera unos 100-150 pacientes.

Es importante conocer estos pacientes pues suponen el 25% de la cronicidad que se atiende. Muchas son enfermedades degenerativas que ocasionan el 40% del dolor crónico y la tercera parte de la discapacidad. Además, estos pacientes (y sus familias) arrastran unas pesadas cadenas entre cuyos eslabones se encuentran el retardo diagnóstico (una media de 5 años), la cronicidad, la complejidad, la incompreensión y la invisibilidad. Se debe huir de algunos tópicos, como el que son pocos pacientes, que afectan solo a niños, que de cualquier manera no tienen cura por lo que no se

puede hacer nada o no corresponde a nuestro ámbito su atención.

Para poder sospechar una enfermedad rara primero hay que pensar en ellas, pues solo diagnosticaremos aquellas enfermedades en las que pensemos y conozcamos. Después deberemos considerar que, cuando un síntoma que nos cuenta el paciente no nos cuadra o es "ilógico", no es el paciente el que está equivocado.

Se debería huir de los cajones de sastre y de los diagnósticos ad profesos de los que difícilmente sale el paciente a pesar de que consulte repetidamente. Por el contrario, podemos utilizar herramientas a nuestro alcance, como la construcción del árbol genealógico (el 80% son de causa genética) o el diario de síntomas. Hay que mantener la sospecha ante enfermedades fluctuantes pero progresivas, que causan involución o regresión de habilidades adquiridas, que afectan a varios familiares, o a órganos no relacionados entre sí, o que presentan síntomas o signos no clasificables.

Aunque en ocasiones el problema es complejo comentamos con diferentes y valiosos recursos en red como son:

- Orphanet (<https://www.orpha.net/es>).
- HPO (Human Phenotype Ontology) (<https://hpo.jax.org/app/>).
- OMIN (Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders) (<https://www.omim.org>).
- GeneReviews (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1116/>).
- Recursos del NIH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>).
- Recordemos que las enfermedades son raras, pero los pacientes son muchos.

Mesa. Rompiendo con la barrera idiomática en consulta.

- > Dra. Oliva Márquez, M.
- > Dr. Fernández Granell, I.
- > Dra. Montealegre Caro, A.

INTRODUCCION

La atención al paciente inmigrante es una realidad en las consultas de atención primaria. Uno de los mayores limitantes para llevar a cabo una buena atención integrada al paciente, es sin duda, la barrera idiomática.

La inmigración no es una novedad en sí, pero sí un tema de actualidad en España. Andalucía ha registrado a lo

largo de la historia, distintos saldos migratorios, habitualmente positivos, contando en este momento con una gran parte de inmigración por trabajos agrícolas.

La dificultad en el idioma supone una dificultad añadida, junto al choque cultural, el desconocimiento del sistema sanitario, el duelo migratorio al que están expuestos, así como las barreras tecnológicas, económicas, sociales y laborales.

En la actualidad, existe una demanda asistencial importante, en las consultas de atención primaria, por parte de población inmigrante por lo que el profesional sanitario debe conocer recursos y métodos a su alcance para favorecer la asistencia sanitaria a estas personas.

OBJETIVOS

Conocer distintos métodos de afrontar la consulta con el paciente inmigrante que presenta barrera idiomática.

- Uso de recursos como la tele-traducción, pictogramas, mediadores culturales, interpretes expertos, recursos web, aplicaciones, material de apoyo traducido...
- Evitar el uso del “falso traductor” o acompañante traductor debido a frecuentes malinterpretación del mensaje.
- Mejorar la competencia del profesional sanitario con herramientas de formación en recursos lingüísticos y culturales.
- Evitar prejuicios y estereotipos adquiridos hacia diferentes grupos étnicos o culturales.
- Mejorar la calidad asistencial, disminuyendo los errores de comunicación, aumentar la comprensión y satisfacción del paciente, reducir los test, riesgos para la seguridad y tratamientos innecesarios, reducir errores y conseguir una adherencia terapéutica.

METODOLOGIA DOCENTE

Formato mixto expositivo-demostrativo, el taller enfoca la atención en el paciente inmigrante, que demanda asistencia sanitaria en la consulta de atención primaria, siendo la barrera idiomática el tema de interés.

Se exponen en presentaciones los principales puntos de conflicto detectados en consulta como la transmisión del mensaje al paciente, siendo el código (lengua extranjera) el factor más limitante en la comunicación.

Mediante varios ejemplos tipo roll-play se analizan los distintos puntos conflictivos, y en base a las últimas

revisiones y guías de práctica clínica se aportan consejos a los asistentes. Insistiendo en la importancia de informar a los pacientes de los recursos disponibles (consultas de tarde, uso correcto de urgencias, programas de prevención, odontología, salud mental...)

También se recuerda a los profesionales tener en cuenta aquellos elementos que influyen en la comunicación, como el lugar o el momento, para dar malas noticias, así como evitar los “falsos prejuicios”: no asumir que la identidad étnica de una persona determinará cuáles van a ser sus valores o modelos de conducta, para que esto no influya en anamnesis, exploración y tratamiento.

Como novedad, se emplean en el taller segundas ejemplificaciones del conflicto de interés a tratar. Ejemplo: cómo afrontar la consulta con un falso traductor o acompañante, y posteriormente emplear un roll-play donde vemos cómo realizar la consulta correctamente con traductor experto.

Con una actividad participativa, como el juego “el teléfono”, comprobamos como la interpretación y traducción en tiempo real del mensaje puede verse influida, si usamos frases hechas, chistes o refranes, al realizar una traducción literal, obviando información esencial. Por lo que se recomienda siempre, optar por un traductor experto. Así como el uso de frases simples, fáciles de interpretar, importancia del lenguaje no verbal.

Finalmente, se realiza debate donde se exponen dudas, situaciones similares vividas en consulta, y cómo consideran que se debería haber realizado, teniendo en cuenta las herramientas que les hemos proporcionado.

BIBLIOGRAFIA

- Heath M, Hvass AMF, Wejse CM, *Interpreter services and effect on healthcare - a systematic review of the impact of different types of interpreters on patient outcome.* J Migr Health. 2023;7: 100162.
- Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. *Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature.* Health Serv Res. 2007;42(2):727-54.
- Román Lopez P, Palanca Cruz MM, García Vergara A, Román López FJ, Rubio Carrillo S, Algarte López A. *Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población migrante.* Rev esp comun salud. 2015;6(2):204-12.
- Roca Saumell C, Moreno Ferrer S, Loscertales de la Puebla MP, Bilbeny de Fortuny MB, Delás Amat J.

Atención sanitaria a las personas sin hogar. FMC. 2024;31(3):118-23.

- *García Galán R, coordinador. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Sevilla: Consejería de Salud Junta de Andalucía; 2007.*
- *González Mahé I, coordinadora. Estudio sobre las necesidades de la población inmigrante en España: tendencias y retos para la inclusión social. Accem; 2020.*
- *Médicos del Mundo. Guía para la atención de personas migrantes o de origen extranjero dirigida a profesionales sociosanitarios. Gobierno de Aragón; 2012.*
- *Díaz Díaz RM, Alcalde Alonso MM. La comunicación con el paciente migrante: ¿asignatura pendiente? Actas Dermosifiliogr. 2021; 112(9):779-80.*
- *Iglesias Rionda P. II Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas. Medicos del Mundo; 2023.*
- *World Health OrganizaBon, editor. Refugee and migrant health: Global Competency Standards for health workers. Ginebra: Wolrsh Health OrganizaBon; 2021.*

AULAS

Aula. Ecografía.

- > Dr. Martín Enguix, D.
- > Dra. Valenzuela de Damas, M.
- > Dr. Jaloud Saavedra, E.

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

Aula. Urgencias.

- > Dr. Linares Toro, D.
- > Dra. Rodríguez Rodríguez, A.
- > Dr. Giraldo Abadín, F.
- > Dr. Cuevas Paz, J.
- > Dr. Romero Morales, F.
- > Dr. Pérez Pérez, F.
- > Dra. Sánchez González, M.
- > Dr. Gallego Montiel, A.

Introducción:

¿A todo paciente con traumatismo grave hay que inmovilizarlo? El fin es conseguir disminuir el riesgo de empeoramiento de las lesiones que pudiera presentar, tratarlas adecuadamente y activar código que nos lleve a nuestro hospital útil.

Objetivos:

Objetivo General

Abordaje del paciente con traumatismo grave desde el punto de vista de la restricción de movimientos. Conocer las técnicas para llevar a cabo una correcta inmovilización y posterior movilización del paciente.

Objetivos Específicos

- Identificación del paciente con traumatismo grave y la necesidad de restricción de movimientos.
- Conocer técnica para primera intervención.

- Conocer escalas que nos ayuden a una primera evaluación, y por tanto, a la elección de la técnica. Criterios NESUS. Escala E-Spin.
- Conocer el material y correcto uso para llevar a cabo las técnicas de inmovilización y movilización de este tipo de pacientes.
- Técnicas básicas de movilización.
- Uso de material de "fortuna" en caso no disponer del correcto material de inmovilización

Metodología docente:

Taller o estación de destreza en 3 pasos

Paso 1: el instructor explica material y técnica en tiempo real sin explicaciones.

Paso 2: el instructor realiza la técnica explicando y respondiendo posibles preguntas.

Paso 3: los alumnos realizan la técnica.

Aula. Cirugía menor.

- > Dr. Pavón Mata, J.
- > Dr. Hidalgo Rodríguez, A.

Impulsar el uso de la ecografía como herramienta en atención primaria, dada su utilidad diagnóstica, su rapidez y su inocuidad. Daremos unas pinceladas sobre la sistemática de exploración, y animaremos a los médicos y residentes inscritos a familiarizarse con el manejo del ecógrafo.

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

>

RESULTADOS DE TRABAJOS ORIGINALES

MÉDICO DE FAMILIA

778/11. ¿TIENEN NUESTROS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CONTROLADA SU PRESIÓN ARTERIAL?

Autores:

Villalba Alcalá, F.¹, Romero Cañadillas, A.², Gálvez Guerrero, F.¹, Díaz Robledo, J.¹, Navas Jiménez, B.³, Castro Betancour, J.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Osuna. Osuna. Sevilla, (2) Enfermera. Centro de Salud Osuna. Osuna. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Osuna. Osuna. Sevilla, (4) Médico de la Unidad Renal. NephroCare. Unidad Renal de Illapel. Chile

Objetivos

Los pacientes en hemodiálisis (HD) presentan una gran variabilidad en las cifras de presión arterial (PA) favoreciendo diferentes patrones patológicos tras la monitorización ambulatoria presión arterial (MAPA). Nuestro objetivo era conocer mejor el perfil de PA de los pacientes en HD.

Metodología

Estudio retrospectivo de MAPA realizado a 8 pacientes en HD. Se recogieron datos demográficos y clínicos relevantes. Para la MAPA se utilizó el monitor Space-labs 90207 en el periodo entre diálisis a mitad de la semana. Definiéndose periodo diurno de 8 a 23 horas, con toma cada 20 minutos y nocturno cada 30 minutos. Se obtuvo la PA media general, diurna y nocturna así como la carga sistólica y diastólica. Invalidándose registros con lecturas inferiores al 70%. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0.

Resultados

Edad de $48,25 \pm 7$. El IMC fue de $19,98 \pm 2,5$. El 100% de los pacientes tomaba antihipertensivos con una media de $4,06 \pm 2,7$ comprimidos por paciente: 75% calcioantagonistas, 62,5% IECAs, 75% ARA II, 37,5% doble inhibición, 37,5% betabloqueantes y 12,5% alfa-bloqueantes. Se constató que el 12,5% de los pacientes eran fumadores y el 37,5% de ellos había tenido

un ictus previo o insuficiencia cardiaca. El 75% de los pacientes realizaba toma nocturna de hipotensores. El patrón de PA tras MAPA de 24 horas fue de riser en el 62,5% y no dipper en el 37,5%. La PAS media fue de $150,75 \pm 14,3$ mmHg y la PAD media fue de $92,1 \pm 8,7$ mmHg y la FC de $80,75 \pm 14,6$ spm. La carga sistólica fue del $74 \pm 22,1\%$ y la diastólica de $55,45 \pm 25 \%$. Observamos que los pacientes con patrón riser tenían prescrito más hipotensores de forma significativa.

Conclusiones

En pacientes en HD, el 87,5% presentaban mal control de PA. Además el 100% de ellos tuvieron un patrón anómalo, bien riser o no dipper a pesar de que la mayoría recibían una dosis nocturna de hipotensores. Creemos que se debe potenciar la realización de MAPA a los pacientes en HD para mejorar el grado de control de PA, el pronóstico y una mejor cronoterapia.

778/43. IMPACTO DE UN MODELO DE GESTIÓN BASADO EN UNA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) UNIVERSAL EN LOS PACIENTES ANCIANOS.

Autores:

Huamán Munive, E.¹, Mazón Ramos, P.², Cinza Sanjurgo, S.³, Portela Romero, M.⁴, Rey Aldana, D.⁵, González Juanatey, J.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (2) Especialista en Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. La Coruña, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Milladoiro. A Coruña., (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.

Objetivos

Analizar el impacto en ingresos y mortalidad para ancianos de un modelo de consulta electrónica (e-consulta) en la asistencia a los pacientes ambulatorios de un Servicio e Cardiología (SC) a través de un sistema de historia clínica compartida.

Metodología

Se registraron variables clínico-epidemiológicas de los pacientes derivados desde Atención Primaria (AP) al servicio

de cardiología de un área sanitaria de Galicia, entre el 2010 y 2019 de los pacientes mayores de 80 años, que presta asistencia a una media de 450.000 habitantes. A partir de 2013, previamente a una consulta de acto único (implantada en 2008), se realizaba un filtrado a través de una e-consulta, que permitía resolver telemáticamente un parte de la demanda. Se analizó el pronóstico utilizando una regresión de series temporales interrumpidas para los ingresos hospitalarios y la mortalidad por cualquier causa en el primer año tras la valoración en el servicio de cardiología, aportando el riesgo relativo de incidencias (IRR) con los intervalos de confianza al 95% [95%CI].

Resultados

Se analizaron todos los pacientes mayores de 80 años ($n=9.963$) derivados entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2019. El análisis de series temporales interrumpidas mostró que la tasa de ingresos hospitalarios durante el período de consulta presencial fue del 0,9%/mes (1,009 [0,991, 1,027], $p=0,339$). Tras la e-consulta, este aumento se estabilizó con una tendencia constante (1,351 [0,787, 2,317], $p=0,874$). Por otro lado, el análisis temporal para la mortalidad mostró que durante la consulta presencial se mantuvo constante y sin cambios (1,005 [0,980, 1,030], $p=0,721$), manteniéndose similar tras la e-consulta (1,925 [0,889, 4,168], $p=0,096$).

Conclusiones

La implementación de la e-consulta en un modelo de asistencia ambulatoria de un SC en pacientes ancianos no se observaron cambios en la tasa de ingresos ni en la mortalidad.

778/46. LO QUE LA PANDEMIA NOS ENSEÑÓ PARA MANTENER UN ESTILO DE VIDA ACTIVO. RECONOCIENDO ACTIVOS EN SALUD.

Autores:

Rodríguez Martínez, M.¹, Alfaro Greciano, R.¹

Centro de Trabajo:

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

Objetivos

- Aplicar el concepto de activos en salud para mejorar el estilo de vida.

- Describir historias vitales durante la pandemia.
- Identificar activos en salud.
- Desarrollar la técnica de fotovoz como herramienta descriptiva cualitativa.

Metodología

Existen múltiples evidencias del beneficio en la salud, de mantener una vida activa, sin embargo la Pandemia por Covid-19 obligó a cambiar nuestra forma de vivir y actuar, especialmente en la forma de hacer ejercicio y relacionarnos con los demás. Estudio con metodología cualitativa empleando la técnica de Fotovoz, con participación de 6 personas que dieron su consentimiento verbal. Se realizó durante la Pandemia, incluyendo periodo de confinamiento, por lo que la comunicación fue vía wasap o email. Se propuso responder a una pregunta, ¿ha cambiado la pandemia tu forma de mantener una vida activa?; debían mandar un máximo de 5 fotos representativas de esos cambios y testimonio de su historia. Posteriormente se hizo un debate general centrado en dos preguntas, ¿ha cambiado la pandemia tu forma de mantener una vida activa? Y ¿qué activos para la salud te ha facilitado hacer esos cambios?. Las respuestas fueron recogidas y descritas en el estudio.

Resultados

- Se obtuvo 6 historias de vida que respondían a la pregunta inicial
- Se enviaron 24 fotografías representativas
- Se identificaron activos y recursos que se clasificaron en 4 categorías; activos personales, espacios físicos disponibles, sistemas tecnológicos; compañeros del cambio.
- El 100% afirmaban haber cambiado su forma de mantenerse activos tras la Pandemia.

Conclusiones

La Pandemia cambió la percepción de lo que era necesario para mantener una vida activa. El miedo al contagio vació los gimnasios clásicos y esos espacios públicos que fueron habilitados en parques y paseos, dejaron de utilizarse por miedo a la transmisión del virus. Aprendimos a reinventar escenarios y emplear activos que no solíamos valorar y a dar valor a cuidar de nuestra salud.

778/48. GRADO DE ADOPCIÓN DEL CONSENSO NACIONAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DESDE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE ANDALUCÍA Y EL RESTO DE ESPAÑA.

Autores:

Díez García, A.¹, Hormigo Pozo, A.², Castillo Moraga, M.³, Carvajal Jaén, J.⁴, Fernández Rebollo, N.¹, Díez García, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) AstraZeneca, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sanlúcar - Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dos Hermanas D^a. Mercedes. Dos Hermanas. Sevilla

Objetivos

La Enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad con alta prevalencia e infradiagnosticada, asociada a una elevada mortalidad, siendo la Diabetes tipo II (DM2) y la Obesidad, dos de sus principales factores de riesgo y progresión. El objetivo del presente estudio es analizar el grado de adopción de las principales recomendaciones del consenso nacional multisociedad sobre el manejo de la ERC por parte de Atención Primaria.

Metodología

El estudio se basó en la recogida de valoraciones sobre el grado de adopción de las principales recomendaciones del consenso, por parte de 469 médicos de Atención primaria (MAP) a nivel nacional que participaron voluntariamente en reuniones de educación médica, siendo 77 de Andalucía. El análisis del grado de adopción se centró en 4 aspectos: infradiagnóstico, detección de albuminuria, derivación y tratamiento de la ERC. Las valoraciones se analizaron a través de una escala de Likert con 4 grados de adopción, estableciéndose el grado 1-2 como bajo y 3-4 como alto grado de adopción a las recomendaciones del consenso.

Resultados

El 99% de los MAPs consideró que la ERC está infradiagnosticada en Andalucía, similar a la media nacional (95%). Tanto Andalucía (98%) como a nivel nacional (90%) reflejaron que la detección de albuminuria se realiza en más del 50% de los pacientes con DM2 y

sólo un 46% en Andalucía y 34% a nivel nacional consideró que se realiza en pacientes con Obesidad. El 44% de los MAPs en Andalucía y 53% a nivel nacional percibió una buena comunicación AP-Nefrología. El 57% de los MAPs de Andalucía consideró que se deriva acorde a los criterios del consenso. La estrategia terapéutica propuesta en el consenso sería utilizada por el 89% de los MAPs en Andalucía de manera frecuente con respecto a un 79% a nivel nacional.

Conclusiones

Se observa un bajo grado de adopción de las recomendaciones del consenso nacional por parte de AP tanto en Andalucía como a nivel nacional en lo que respecta a la detección de albuminuria principalmente en pacientes con obesidad.

778/233. HOMOGENEIDAD DE LAS SOLICITUDES ANALÍTICAS DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.

Autores:

Ortega Marlasca, M.¹, Novalbos Ruiz, J.², Sánchez García, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jerez Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Objetivos

Determinar si existe una diferencia en el volumen de analíticas que solicitan los 17 Médicos de Familia (MF) de nuestro centro de salud.

Metodología

Estudio descriptivo inicial paralelo realizado en el mes de noviembre de 2023 para determinar la Enfermedad Renal Crónica Oculta. Se contabilizaron el número de analíticas que había pedido cada uno de los MF y que fueron citados de forma programada en el centro.

Resultados

De un total de 2197 pacientes citados, 1715 (78%) pacientes mayores de edad tuvieron peticiones de los profesionales del centro y un 22% provenían de indicaciones de profesionales de nuestro hospital de referencia. De ellos, 1410 (64,1% del total) fueron citados por indicación de su MF y 305 (13,8% del total) provinieron de Enfermeros.

La media de peticiones por cada 1000 pacientes adscritos al cupo asistencial del MF fue de 65.

En 5 de los cupos tuvieron peticiones inferiores a la media. 5 cupos tuvieron un 20% de desviación sobre la media: 2 superaron ese % y 3 estuvieron por debajo de esa cuantía.

Conclusiones

Existen 5 cupos asistenciales con una franca diferencia en la carga de trabajo generada por su volumen de peticiones de analíticas en el mes, y de los que 2 en especial, se diferencian por su alta cuantía. Casi la cuarta parte de las analíticas que se realizaron en el centro eran por indicación del medio hospitalario.

Se deben realizar estudios con mayor tiempo de valoración de los volúmenes de peticiones analíticas para descartar que fueran resultados estacionales y si se pueden evidenciar variables influyentes como pudiera ser el propio profesional, edad media de su cupo asistencial, antigüedad en la vinculación al cupo o carga de enfermedad de este.

778/270. GRADO DE EMPATÍA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO.

Autores:

Parras Rejano, J.¹, Perula Jiménez, C.², Jurado Porcuna, C.³, Fernández Márquez, R.⁴, Linares, J.⁵, Carmona Casado, A.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba, (2) Enfermera. Consultorio Local Pedro Abad. Pedro Abad. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (5) Enfermero. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba, (6) Investigadora. Centro de Salud Carlos Castilla del Pino. Córdoba

Objetivos

Estimar el grado de empatía de los profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) y analizar la relación entre el nivel de empatía y el consumo de alcohol de riesgo.

Metodología

Este estudio, de carácter observacional, descriptivo y multicéntrico, incluyó a 95 profesionales sanitarios de

AP que participaban en un ensayo clínico controlado (estudio ALCO-AP20). Los participantes completaron un cuestionario que abordaba aspectos sociolaborales, el cuestionario AUDIT para evaluar el consumo de riesgo de alcohol y la Escala de Empatía de Jefferson para medir el nivel de empatía.

Análisis estadístico: parámetros descriptivos con IC95% y se analizó la relación estadística entre nivel de empatía y consumo de riesgo de alcohol de los profesionales (prueba de Shapiro-Wilk, U de Mann-Whitney, Chi-cuadrado y correlación Rho de Spearman).

Aspectos éticos: Registrado en Clinicaltrials (NCT04811729). Expediente: AP-0001-2020-C1-F2 Convocatoria FPS 2020 Proyectos I+i AP-HC-CHARES. Autorizado por CEI.

Resultados

De los 95 profesionales que respondieron el cuestionario, el 57,7% eran médicos de familia, el 16,8% eran enfermeras y el 37,9% eran residentes de medicina familiar y comunitaria. En cuanto a la edad, la media fue de 41,5±3,2 -DT- (rango de 25 a 70 años), y el 74,7% eran mujeres.

La puntuación media del nivel de empatía fue de 122,48±11,30 (IC95%: 120,18-124,79; límites: 79-140 puntos).

El 84,7% de los profesionales consume alcohol y el 85,3% de los que lo hacen, ingieren una o dos bebidas alcohólicas al día. El 28,4% de los participantes (IC 95%: 19,3%-39,5%) presentó consumo de riesgo de alcohol. La puntuación media del AUDIT fue 4,46±2.89 (límites: 0-15; IC95%: 3,87-5,0).

No se apreciaron diferencias significativas en el nivel de empatía en relación con el consumo de riesgo, ni tampoco en función del sexo ni de las características sociolaborales.

Conclusiones

El nivel de empatía de los profesionales sanitarios de AP es alto, mientras destaca que casi un tercio de los participantes presenta un patrón de consumo de riesgo de alcohol, superior a datos publicados en otros países europeos.

No existe relación entre el nivel de empatía y el consumo de riesgo de alcohol de los profesionales sanitarios de AP.

778/355. FOTOGRAFÍA DEL PACIENTE CON DIABETES TIPO 2 EN ANDALUCÍA: COMORBILIDADES Y TRATAMIENTO.

Autores:

Generoso Torres, M.¹, Martín Enguix, D.¹, Sánchez Cambronero, M.², González Bravo, A.³, Hidalgo Rodríguez, A.⁴, Aguirre Rodríguez, J.¹

Centro de Trabajo:

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

Objetivos

Describir las comorbilidades más frecuentes de los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) en Andalucía y los fármacos "no antidiabéticos" que consumen

Metodología

Estudio multicéntrico, transversal y descriptivo; 385 pacientes con DM2 de las 8 provincias andaluzas (Tamaño muestral con IC 95%; error: 5%). Describimos diagnósticos registrados y cuantificamos el consumo total de fármacos no relacionados con el control glucémico en cada paciente

Resultados

Edad media: 70,7 ± 12,44 años; 53,6% hombres. Diagnósticos más frecuentes: Hipertensión arterial (70,9%); Dislipemia (59,2%); Dolores osteoarticulares (49,6%); EPOC/Asma (37,9%); Ansiedad/Depresión (31,6%); ERC (30,1%); Insuficiencia cardiaca (27,2%) y Déficit de Vitamina D (28%). Total de fármacos consumidos: 3.907 (776 antidiabéticos y 3.131 no antidiabéticos). 9,20 ± 3,94 por paciente (1,76 ± 0,90 antidiabéticos). Los 10 principios activos más prescritos fueron: AAS (41,04%); Omeprazol (40,26%); Hidroclorotiazida (38,96%); Paracetamol: (31,95%); Enalapril (31,43%); Simvastatina (29,87%); Bisoprolol (27,79%); Calcifediol (20,52%); Metamizol (17,66%) y Furosemida (16,36%)

Conclusiones

1) El paciente con DM2 tiene una alta presencia de hipertensión, dislipemia y patología osteoarticular. 2) Está polimedicado, trata su DM2 con doble terapia y toma otros 7 fármacos más. 3) Uno de cada 3

pacientes o tiene EPOC/Asma o ansiedad/depresión, o ERC o Insuficiencia cardiaca. 4) AAS es el principio activo más prescrito: 2 de cada 5 pacientes lo toman. 5) El alto consumo de IBP puede estar relacionado con el punto anterior y hace plantearnos si estamos abordando adecuadamente los síntomas de la gastroparesia diabética o si por el contrario estamos ayudando a extender el mito de la necesidad de IBP en la polifarmacia. 6) Hidroclorotiazida es el antihipertensivo más prescrito, generalmente asociado a otros. 7) Enalapril es el bloqueador del sistema renina-angiotensina más utilizado. 8) Casi la mitad de nuestros pacientes con DM2 toma analgésicos. 9) Simvastatina es el hipolipemiente más prescrito. 10) Bisoprolol es el betabloqueante más habitual

778/364. OPTIMIZANDO LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS: EL ROL DE LA UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Gil Aguilar, V.¹, Palacios Simón, A.¹, Fernández Gómez, F.², Martín Romero, D.³, Delgado Eslava, C.⁴, Fontalba Navas, A.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Especialista en Farmacología. Hospital de Antequera. Antequera. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (5) Especialista en Psiquiatría. Hospital de Antequera. Antequera. Málaga

Objetivos

Analizar la eficacia de la Unidad de Alta Complejidad (UAC) en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas complejas, subrayando el rol crítico de la atención primaria en la coordinación y continuidad del cuidado

Evaluar cómo la colaboración entre la atención primaria y la UAC contribuye a la prevención de hospitalizaciones innecesarias y mejora la calidad de la atención brindada a esta población de pacientes.

Metodología

Diseño descriptivo longitudinal, basado en datos recolectados del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del

Hospital de Antequera durante el año 2022. La metodología se centró en comparar los indicadores de gestión de pacientes entre la UAC, el Servicio de Medicina Interna y otros servicios hospitalarios, con especial atención en la transición del cuidado hospitalario al cuidado primario. Se evaluó la eficacia de la UAC a través de varios indicadores, incluyendo la estancia media, el número de diagnósticos y procedimientos por paciente, y la reducción de las estancias hospitalarias innecesarias.

Resultados

Los resultados destacaron la capacidad de la UAC para manejar pacientes de mayor complejidad, evidenciado por estancias medias más largas y un mayor número de diagnósticos por paciente. La atención coordinada y el seguimiento post-alta, facilitados por la atención primaria, resultaron en una notable disminución de las readmisiones hospitalarias. Además, se observó una percepción positiva de la calidad de la atención tanto por parte de los pacientes como de sus familiares, reflejando la efectividad del enfoque multidisciplinar y personalizado de la UAC.

Conclusiones

La Unidad de Alta Complejidad, en estrecha colaboración con Atención Primaria, juega un papel fundamental en el manejo efectivo de pacientes con enfermedades crónicas complejas. Esta estrategia integrada no solo mejora la calidad de la atención y la satisfacción del paciente, sino que también promueve un uso más eficiente de los recursos sanitarios, reduciendo las hospitalizaciones innecesarias. Los hallazgos subrayan la importancia de un modelo de cuidado centrado en el paciente, donde la atención primaria desempeña un papel esencial en la coordinación del cuidado, demostrando ser una práctica a replicar en la mejora continua de los sistemas de salud en el manejo de las enfermedades crónicas compl

MÉDICO RESIDENTE

778/9. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD EN MUJERES A LO LARGO DE 11 AÑOS DE RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA.

Autores:

Rodríguez Armesto, A.¹, Mazón Ramos, P.², Cinza Sanjurjo, S.³, Portela Romero, M.⁴, Rey Aldana, D.⁵, González Juanatey, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Milladoiro. Ames. La Coruña, (2) Especialista en Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. La Coruña, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Milladoiro. Ames. La Coruña, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.

Objetivos

Analizar qué variables han condicionado mayor tasa de mortalidad total y de causa cardiovascular (CV) en las mujeres derivadas para atención ambulatoria entre atención primaria (AP) y un servicio de Cardiología.

Metodología

Se analizaron las 30.312 mujeres derivadas al servicio de cardiología de un área sanitaria de Galicia (Santiago de Compostela y Barbanza) entre 2010 y 2021, que presta asistencia a una media de 450.000 habitantes. Las pacientes fueron atendidas en dos modelos asistenciales: consulta de acto único presencial (desde 2010 a 2012), el 30,9% de la muestra, y el resto (69,1%) en un modelo de e-consulta (2013-2021), que intercalaba una consulta telemática previa a la consulta de acto único. Se analizó el pronóstico de la mortalidad total (por cualquier causa) y por causa cardiovascular (CV) mediante modelo multivariante que incluyó variables epidemiológicas (edad), antecedentes personales (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica), número de asistencias en urgencias, tiempo de demora para la asistencia y modelo de consulta ambulatoria, aportando la odds ratio (OR) y el intervalo de confianza al 95% (IC95%). Se consideró que el fallecimiento era por causa CV cuando el diagnóstico principal era infarto de miocardio, ictus, insuficiencia cardíaca o enfermedad arterial periférica.

Resultados

Además de la edad, los antecedentes personales de diabetes mellitus (OR para mortalidad total: 1.27 (1.06-1.52); OR para mortalidad CV: 1.25 (0.97-1.61)) y la insuficiencia cardíaca (OR: 1.87 (1.56-2.24) y OR: (2.55 (1.99-3.26), respectivamente), incrementaron el riesgo de mortalidad total y CV. Finalmente, durante el modelo de acto único, se observó un mayor riesgo

de mortalidad total (OR: 1.33 (1.26-1.41)) y de causa CV (OR: 1.21 (1.16-1.27)).

Conclusiones

Un modelo de consulta telemática entre clínicos (médicos de atención primaria y cardiólogos) implantado en 2013, que utiliza una historia clínica compartida, mostró que el efecto beneficioso para las mujeres en la reducción de mortalidad total y CV, independiente de las comorbilidades o la edad del paciente.

778/15. IMPACTO DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) EN HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA.

Autores:

Mazón Castro, L.¹, Mazón Ramos, P.², Cinza Sanjurjo, S.³, Portela Romero, M.³, Rey Aldana, D.⁴, González Juanatey, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. La Coruña, (2) Especialista en Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. La Coruña, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Milladoiro. Ames. La Coruña, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.

Objetivos

Analizar las características clínicas y el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) derivados a un servicio de cardiología

Metodología

Se analizaron los pacientes con antecedente de IC que fueron derivados al servicio de cardiología (n=4.851), siendo clasificados en tres grupos, según las hospitalizaciones previas por IC: hospitalizaciones recientes (<1 año), hospitalizaciones remotas (>1 año) y nunca hospitalizados. Se analizó el pronóstico teniendo en cuenta los ingresos por IC y la mortalidad por IC durante el año siguiente a la derivación.

Resultados

Comparados con los pacientes que nunca presentaron ingresos, los pacientes con hospitalizaciones recientes presentaron mayor riesgo de ingresos por IC (OR: 19.41 [IC95%: 12.95-29.11]) y de mortalidad por IC

(2.47 [IC95%: 1.43-4.27]). Los pacientes con hospitalizaciones remotas presentaron mayor riesgo de ingresos por IC (OR: 8.44 [IC95%: 5.14-13.87]) pero no de mortalidad por IC (1.25 [IC95%: 0.51-3.06]). La reducción en el tiempo de respuesta en la consulta electrónica mostró menor riesgo de mortalidad por IC (0.94 [IC95%: 0.89-0.99]) pero no de ingresos por IC (1.00 [IC95%: 0.98-1.01]).

Conclusiones

Un modelo de consulta telemática entre clínicos (médicos de atención primaria y cardiólogos) que utiliza una historia clínica compartida, mostró un efecto beneficioso en la mortalidad al reducirse el tiempo de espera, con reducción de la mortalidad por IC.

778/26. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.

Autores:

Machín Hernández, M.¹, Gámez Ibarra, I.², Vargas Vargas, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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

Objetivos

Nuestro objetivo fue describir las características clínico-epidemiológicas de personas con diabetes pertenecientes a una zona urbana.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes con diabetes tipo 2 durante el año 2022 y primer semestre 2023. Datos recogidos de la historia clínica digital. Población de 2768. Se calculó un tamaño muestral (nivel de confianza del 95%, precisión 5%, proporción 0,5, nivel de pérdidas del 15%) de 335 pacientes. Muestreo aleatorio sistemático. Zona básica de salud urbana. Variables: demográficas, patologías y tratamiento con fármacos hipoglucemiantes. Medidas de frecuencia, comparación de medias y de asociación. Se consideró un nivel de significación de $\alpha=0,05$. Los análisis se ejecutaron en el paquete SSPB-20. Estudio aprobado por el CEI provincial.

Resultados

Se obtuvieron datos de 335 pacientes. Varones 195 (58,2%; IC 95%: 52,3-63,5). Media de edad de 68,7±13,6 años. Duración media de 13,44±7,67 años. No diferencias significativas entre sexos. Eran fumadores activos 55 pacientes (16,4% IC95% 12,4-20,3) y exfumadores 56 (16,7%, IC95% 12,7-20,7); siendo más frecuente la presencia de contacto con tabaco en varones que en mujeres (77 vs 34, p=0'002).

Complicaciones macrovasculares un total de 75 personas: cardiopatía isquémica 25 (7,5%, IC95%: 4,6-10,3), ictus 30 (9%, IC95%: 6-12) y enfermedad arterial periférica (EAP) 17 (5,1%, IC95%: 2,7-7,5). Más frecuente cardiopatía isquémica en varones (20 vs 5, p=0'022). Complicaciones microvasculares 68 pacientes: retinopatía diabética 32 (9,6%, IC95%: 2,7-7,5), neuropatía 20 (6%, IC95%: 3,4-8,5) y enfermedad renal diabética 59 (17,6%, IC95%: 13,5-21,7). HTA 224 (66,9%, IC95%: 61,8-72), dislipemia 180 (53,7%, IC95%: 48,3-59) e insuficiencia cardiaca 24 (7,2%, IC95%: 4,4-10). Más frecuente neuropatía en mujeres (13 vs 7, p=0,043). 28 pacientes tenían diagnóstico de EPOC (8,4%, IC95%: 5,4-11,3), hipotiroidismo 37 (11%, IC95%: 7,6-14,3) y alguna patología de esfera de la salud mental, 94 (28,1%, IC95: 23,2-33); con diferencias significativas en salud mental en favor de las mujeres (51 vs 43, p=0,004).

Conclusiones

Presentan enfermedad cardiovascular establecida 1 de cada 4 pacientes. Casi la mitad de los pacientes presentaban otro factor de riesgo cardiovascular asociado (dislipemia, HTA) Elevada presencia de tabaquismo activo o exfumadores.

778/72. REVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE MANEJO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UNA POBLACIÓN.

Autores:

Castro Torres, M.¹, Luezas Rodríguez, J.², Ruiz Granada, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Fuentes de Andalucía. Fuentes de Andalucía. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Greco.

Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla

Objetivos

El objetivo principal es analizar el cumplimiento del protocolo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en Atención Primaria. Los objetivos secundarios: Determinar el ámbito de diagnóstico de ITS. Analizar las pruebas diagnósticas. Analizar el tratamiento prescrito. Comprobar la realización de despistaje de otras ITS. Comprobar la realización de seguimiento

Metodología

Es un estudio descriptivo transversal, en el que se ha analizado el cumplimiento del protocolo de manejo de ITS en una población en 2022: Criterios inclusión: pacientes mayores de 18 años diagnosticados de sífilis, clamidia o gonococo. Criterios exclusión: otros tipos de uretritis. La variable principal del estudio han sido pacientes diagnosticados mediante serología. Las variables secundarias: lugar de diagnóstico, toma de muestras, tratamiento empírico, serología de hepatitis, declaración de casos, visitas de seguimiento y derivación hospitalaria. Para el tamaño muestral hemos tenido en cuenta la prevalencia de ITS en una provincia andaluza en el año 2022. Hemos utilizado el número de pacientes incluidos en los registros de epidemiología del distrito Sevilla durante el año 2022 para las tres ITS a estudio

Resultados

Sífilis: un 22,2% ha sido diagnosticada en atención primaria, un 11,1% en urgencias y un 66,7% en el hospital. Se han obtenido muestras en un 77,8%. En el 88,9% de los casos se ha realizado serología. El tratamiento se ha realizado en el 66,7%. Se han declarado el 83,3% de casos. La visita de seguimiento se ha realizado en el 88,9%, con derivación hospitalaria en el 94,4%. Gonococo: 52,6% diagnóstico hospitalario, 21,1% en urgencias y 15,8% en atención primaria. Se ha realizado toma de muestras en 85,3%. La serología se realizó en un 85,3%. La antibioterapia se administró en 82,4%. Se declararon el 97,1%. La visita de seguimiento se realizó en el 73,5%. Se derivaron 88,2% de los casos al hospital. Clamidia, un 25% se diagnosticó en atención primaria, un 3,1% en urgencias y un 56,3% en el hospital. La toma de muestras, el tratamiento antibiótico correcto, declaración de casos y visita de seguimiento se realizó en 100% de casos. La serología en el 96,3%. Se derivó al hospital el 92,6%.

Conclusiones

Hemos querido analizar el cumplimiento de protocolo de ITS. Nuestro estudio tiene la limitación del pequeño tamaño muestral, además se han estudiado únicamente 3 ITS; esto hace que los resultados sean no extrapolables a otros centros. Hemos encontrado un buen cumplimiento del protocolo, sobre todo en pacientes diagnosticados en atención hospitalaria.

778/120. ANÁLISIS DE ADHERENCIA A TERAPIA INHALADORA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP).

Autores:

García Rodríguez, J.¹, Domingo Rubio, M.², Valverde Entrena, V.³, Zamora Venzal, I.², Cejudo Casas, M.³, Pérez Romera, F.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería

Objetivos

Conocer el grado de adherencia a terapias inhalatorias (TI), el tipo de incumplimiento en la población con patología respiratoria adscrita a un consultorio de salud. Conocer diferencias en cuanto a patología respiratoria de base (asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC-) y capacitación en cuanto a técnica inhalatoria.

Metodología

Diseño: Estudio descriptivo. Ámbito: cupo médico de 1532 habitantes. Instrumentos: Cuestionario validado de Adhesión a Inhaladores (TAI) de 12 ítems. Participantes: pacientes atendidos por cualquier patología en la consulta durante el mes de enero de 2024 que tuvieran prescrita TI (60). Procedimiento: Estudio descriptivo de los ítems recogidos en el TAI, clasificándolos en buena (50 puntos), intermedia (46-49) o mala adhesión (<45) e incumplimiento errático (ítems 1 al 5<25), deliberado (5 al 10<25) o inconsciente (11-12<4) total y diferenciando entre asma y EPOC.

Resultados

: El 7 % de la muestra presentó una adherencia buena a la TI, un 5 % intermedia y un 88 % mala. En cuanto al incumplimiento, fue errático en un 90 %, deliberado 78 % e inconsciente 38% (un mismo paciente puede presentar más de un mismo patrón). En cuanto a técnica, el 70% lo hace sin errores críticos o correcta, y 30 % presenta errores críticos. En asma el grado de adherencia predominante sería malo y el incumplimiento más frecuente el tipo errático. En EPOC los datos respecto a adherencia e incumplimiento son similares al grupo de asmáticos. El 83% de asmáticos presenta una técnica correcta, el 17% con errores críticos y en EPOC el 87% no presenta errores críticos, y 13% sí.

Conclusiones

La adherencia a TI en nuestro entorno es mala (peor en asmáticos). Esto implica la necesidad de puesta en marcha de áreas de mejora frente a esta situación. Respecto a la técnica, los datos apuntan a un uso correcto de los inhaladores (mejor EPOC). El test TAI es un instrumento útil para profundizar en el manejo y la adhesión al tratamiento de pacientes que usan inhaladores. Es un test rápido, sencillo de realizar y que aporta gran información para los médicos de AP en lo que a tratamiento de asma/EPOC se refiere.

778/149. RELACION DEL GÉNERO CON EL PRONÓSTICO EN INGRESOS Y MORTALIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA (E-CONSULTA) COMO MODELO DE COMUNICACIÓN AMBULATORIO EN-TRE ATENCIÓN PRIMARIA Y UN SERVICIO HOSPITALARIO.

Autores:

De Maia Santos Almeida, Á.¹, Mazón Ramos, P.², Cinza Sanjurjo, S.³, Portela Romero, M.⁴, Rey Aldana, D.⁵, González Juanatey, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Noia. Noia. La Coruña, (2) Especialista en Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. La Coruña, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Milladoiro. Ames. La Coruña, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.

Objetivos

Analizar las diferencias de género en cuanto a las características clínicas y el pronóstico (en cuanto a ingresos hospitalarios y mortalidad -intra o extrahospitalaria-) de los pacientes derivados a un servicio de cardiología.

Metodología

Se analizaron los 61,306 pacientes derivados al servicio de cardiología entre 2010 y 2021, de los cuales el 30,9% fueron atendidos en consulta de acto único presencial (desde 2010 a 2012) y el 69,1% restante fueron atendidos por un modelo de e-consulta, tras la cual se resolvía telemáticamente la interconsulta del médico de AP o bien se citaba presencialmente a los pacientes en una consulta de acto único. Se analizaron mediante modelos de regresión de series temporales interrumpidas el impacto de la implantación de la e-consulta en ambos sexos en cuanto a ingresos y mortalidad por cualquier causa. Se estimó como parámetro estadístico el riesgo relativo incidental (iRR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados

La implantación de la e-consulta redujo los tiempos de espera alcanzando los 9,41 (4,02) días en varones y 9,46 (4,18) en mujeres. Se observó una significativa reducción de los ingresos por cualquier causa en mujeres (iRR: 0.70 [0.69-0.71]) y hombre (iRR: 0.72 [0.71-0.73]). Igualmente, la mortalidad por cualquier causa se redujo en ambos sexos: (iRR: 0.88 [0.87-0.89]) y (iRR: 0.87 [0.86-0.87]), respectivamente.

Conclusiones

Un modelo de consulta telemática entre clínicos (médicos de atención primaria y cardiólogos) que utiliza una historia clínica compartida, mostró que el efecto beneficioso en el pronóstico en cuanto a ingresos y mortalidad es similar en ambos sexos, con idéntica reducción en ambos grupos.

778/184. CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE POBLACION ANCIANA CON DIABETES MELLITUS 2.

Autores:

Gámez Ibarra, I.¹, Machin Hernandez, M.², Vargas Vargas, M.¹

Centro de Trabajo:

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

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

Objetivos

Nuestro objetivo fue describir las características de los pacientes mayores de 75 años

con diagnóstico de diabetes mellitus 2 (DM2) pertenecientes a una zona urbana.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes con DM2 durante el año 2022-2023, >75 años. Datos recogidos de la historia clínica digital. Población de 119. Toda la población se incluyó a estudio. Zona básica de salud urbana. Variables: clínica-epidemiológicas, tratamiento con fármacos hipoglucemiantes y analíticas. Medidas de frecuencia, comparación de medias y de asociación. Se consideró un nivel de significación de $\alpha=0,05$. Los análisis se ejecutaron

en el paquete SSPB-20. Estudio aprobado por el CEI provincial.

Resultados

Se obtuvieron datos de 119 pacientes. Varones 63 (52,9%; IC 95%: 44-62). Media de edad de 82,4±5,7 años. Duración media de 16,2±7,5 años. Presentaban historial de tabaquismo 20 pacientes (18,7%, IC95%: 12-26), siendo más prevalente en mujeres ($p=0,005$). Complicaciones macrovasculares en 30 pacientes: cardiopatía isquémica 11 (9,2%, IC95%: 4-14), ictus 19 (16%, IC95%: 9,4-22,6) y enfermedad arterial periférica (EAP) 5 (4,2%, IC95%: 6-7,8). Complicaciones microvasculares en 45 pacientes: retinopatía diabética 10 (8,4%, IC95%: 3,4-13,4), neuropatía 8 (6,7%, IC95%: 2-11,2) y enfermedad renal diabética 37 (31,1%, IC95%: 23-39). HTA 97 (81,5%, IC95%: 74,5-88,4), dislipemia 67 (56,3%, IC95%: 47-65) e insuficiencia cardiaca 17 (14,3%, IC95%: 8-20,6). Presentaban patología de salud mental 32 pacientes (27,1%, IC95%: 19-35). Más de la mitad de los pacientes tomaban metformina, 77 (64,7%, IC95%: 56,1-73,3); seguido de inhibidores DPP-IV 37 (31,1%, IC95%: 23-39); inhibidores selectivos SGLT-2, 31 pacientes (26,1%, IC95%: 18-34); insulina 26 (21,8%, IC95%: 14-29,2) y sulfonilureas 10 (8,4%, IC95%: 3,4-13,4). Hasta 54 pacientes consumían estatinas (45,4%, IC95%: 36- 54) y 56 pacientes antiagregados (47,5%, IC95%: 38-56). Presentaban control analítico en el último año 100 pacientes con medias de: hemoglobina glicosilada (A1c%) de 7% (IC95%: 4,8-9,1), glucemia basal 124 mg/dL

(IC95%: 121-126), colesterol-LDL 93 mg/dL (IC95%: 90-95), filtrado glomerular 58,75 ml/min (IC95%: 38-56). 30 pacientes con registro de cociente albúmina/creatinina con media de 103,5 mg/g (IC95%: 98-107).

Conclusiones

Presentan enfermedad cardiovascular establecida 1 de cada 4 pacientes Elevada prevalencia de patología de salud mental Presentan adecuado control glucémico

778/282. USO DE BENZODIAZEPINAS COMO MÉTODO DE SUICIDO EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Autores:

Carrasco Romero, E.¹, González Vidal, M.², Pérez Craviotto, J.¹, Delgado López, L.³, Osuna Sánchez, J.⁴

Centro de Trabajo:

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

Objetivos

Realizar un estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre el uso de benzodiazepinas en los pacientes con intentos analíticos en un Hospital comarcal entre los años 2018-2021.

Metodología

Se usaron como criterios de inclusión el uso de fármacos en los intentos autolíticos en el periodo de 2018 a 2021. Se realizó una revisión de los informes de alta del servicio de urgencias que se analizó mediante el uso de programas estadístico. Con la limitación en la codificación en los informes de alta y el número de muerte extrahospitalarias.

Resultados

De un total de 154 pacientes, se analizaron los distintos métodos empleados, entre los que había el uso de fármacos, métodos físicos, venenos o elementos químicos. Siendo el más frecuente con un 79.3% el uso de fármacos como método autolítico. De los cuales un 87.7% fueron benzodiazepinas, seguido por un 25% de fármacos antidepressivos. Del total 103 pacientes tomaron benzo-

diacepinas. El 73% fueron mujeres, siendo mayoritario el rango comprendido entre 37-50 años con un 47%. El estado civil predominante fue casado con un 40%. La situación laboral predominante fue el paro con un 37%. El 60% tenían un seguimiento previo en salud mental y de este un 57% durante más de un año, Siendo en el 70% de los pacientes el síndrome ansioso- depresivo. El 38% tenían intentos autolíticos previos. El 18% tuvo intentos posteriores. El 14% lo tenía planeado con anterioridad. Un 37% consumían drogas con anterioridad. La estación más prevalente fue en verano con un 43%, concentrándose con un 13% en los meses de junio y de agosto. El 59% de los pacientes tenían hijos. La prevalencia fue un 54% prepandemia y un 47% fue postpandemia.

Conclusiones

Con este estudio quisimos analizar las características de los pacientes que eran atendidos en urgencias tras un intento autolítico para así proponer medidas de prevención. Tras el análisis se objetivó que, dentro del método farmacológico, el más usado fueron las benzodiazepinas. Destacamos este hecho relacionado con que España es el país del mundo con mayor consumo de benzodiazepinas, según datos de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

778/284. INCIDENCIA DE INTENTOS AUTOLITICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL EN URGENCIAS Y LA INFLUENCIA DE LA PANDEMIA.

Autores:

González Vidal, M.¹, Carrasco Romero, E.², Pérez Craviotto, J.², Delgado López, L.³, Osuna Sánchez, J.⁴

Centro de Trabajo:

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

Objetivos

Conocer y analizar las características demográficas, el sexo, la edad, comorbilidades y factores de riesgo de los pacientes atendidos por intentos autolíticos en un hospital comarcal en el periodo 2018 a 2021 comparándolas entre periodos pre y post pandemia.

Metodología

Se trata de un estudio observacional descriptivo trasversal retrospectivo. Los criterios de inclusión fueron el motivo de consulta "intento autolítico", periodo 2018-2021, edades entre 18-80. A partir de una lista de AN aportada por el documentalista, realizamos una revisión de los informes de alta del servicio de urgencias junto con las diferentes historias clínicas creando una base de datos atendiendo a las diferentes variables. Posteriormente se realizó el análisis mediante SSPS. Nos encontramos con dos problemas principalmente: Codificación en informes de altas y el sesgo de mortalidad extrahospitalaria.

Resultados

En total hubo 154 pacientes de los cuales un 60,4% fueron mujeres. Siendo mayoritario el rango de edad comprendido entre 37-50 años con un 38,3%. El estado civil mayoritario fue "casado" con un 42,8%. Un 42,1% estaba en paro. Un 52,6 % estaba en seguimiento por Salud Mental previamente, de estos un 91,6% durante más de 1 año. Un 76,2 % tenía un trastorno mental previo, siendo el trastorno ansioso-depresivo el mayoritario con un 86,6%.

El método mayoritario fue consumo de drogas con un 79,3%, un 87,7% fueron BZD. Un 38% había tenido intentos previos (un 46,1% más de 2).

Un 43,4% realizó el intento en verano, concentrándose en el mes de Julio con un 12,5%. Finalmente, la incidencia postpandemia fue de un 51%.

Conclusiones

Este análisis sirve como base para ver las principales características de los pacientes que acuden a urgencias tras intentos autolíticos y de cuales tienen más riesgo para valorar como afrontar la prevención. Es difícil establecer una relación entre la pandemia y el aumento de la incidencia, pues como hemos visto hay diferentes factores que influyen. En nuestro trabajo, hay un muy ligero aumento en los intentos autolíticos postpandemia.

778/311. PERFIL DE LOS PACIENTES USUARIOS DEL SISTEMA FLASH DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.

Autores:

Martín Fernández, M.¹, Hernández Prats, M.¹, Catalan Morollon, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Objetivos

Nuestro objetivo es describir el perfil de los pacientes usuarios del sistema de monitorización de la glucosa tipo flash (MFG) en un centro de salud urbano.

Metodología

Estudio descriptivo transversal, observacional y retrospectivo. Ámbito: Zona básica de salud urbana con una población adscrita aproximadamente de 36.000 habitantes. Población con Diabetes Mellitus 2 a estudio: 2768. Criterios de inclusión: pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que precisan terapia con pautas intensivas de insulina en régimen bolo-basal con insulina lenta o análogos además de insulina rápida, con necesidad de realizar 6 o más autocontroles de glucemia capilar al día y que estaban utilizando el sistema flash de monitorización de glucosa. Se analizaron el total de pacientes que disponían del sistema de monitorización. Variables: demográficas, número de lecturas del sistema diarias y de los valores dentro de objetivo. Se tomaron medidas de frecuencia y comparación de medias. Datos recogidos de la historia clínica digital. Los análisis se ejecutaron en el paquete SSPB-20.

Resultados

Se obtuvieron datos de 57 usuarios del sistema flash de monitorización de glucosa. Mujeres 31 (54,38%, IC95% 67,31-41,44) y Varones 26 (45,61%, IC95% 58,5-32,6). Media de edad 67,5 años (IC95%: 64,38-70,61), con un rango de edad entre 21 y 89 años. Se realizaron un promedio de 22,42 lecturas al día (IC95%: 19,3-25,53 lecturas), con un mínimo de 0 lecturas y un máximo de 201 lecturas. Se obtuvo un promedio de medición de glucosa intersticial de 156,7 mg/dL (IC95%: 153,6 – 159,81 mg/dL). Presentaron un 66,4% de lecturas dentro del rango objetivo (IC95%: 54,1-78,6).

Conclusiones

Las pacientes mujeres presentan un mayor uso del sistema MFG. 2 de cada 3 mediciones que se realizaron estaban dentro del rango objetivo de control de glucemia. El sistema MFG permite realizar un mayor número de lecturas, pudiendo ser una buena herramienta para el control el glucémico.

778/361. DESAFÍOS EN EL CONTROL GLUCÉMICO: ANÁLISIS DE DATOS EN PACIENTES DIABÉTICOS.

Autores:

Muñoz Gallardo, Y.¹, Fernández Navarro, N.¹, Bueno Navarrete, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Objetivos

recopilar datos correspondientes al sistema flash de glucosa y análisis los mismos

Metodología

Estudio observacional descriptivo en pacientes con diabetes mellitus tipo I, área del campo de Gibraltar oeste que portaban monitorización flash, conectados a la plataforma Libreview con datos disponibles entre el 1 y 15 de marzo de 2024, que cumplan los criterios de inclusión. Análisis de: sexo, edad, indicador de gestión de glucosa, tiempo en rango (TIR), variabilidad glucémica, episodios de hipoglucemias e hiperglucemias

Resultados

N 92 pacientes. 54,9% mujeres. Edad media de 43,78 ±16,32 años. Glucosa promedio 169 ± 38,37mg/dL. Indicador de gestión de glucosa de 7,3 ±0,92%. Tiempo en rango 57±19%. TIR mínimo 5%. TIR máximo 93%. Variabilidad glucémica 37 ±7,88%. Variabilidad mínima 22,7%. Variabilidad máxima 62,7%. Episodios de hipoglucemia media 4,7 ±5,26 eventos. Hipoglucemias mínimas 0 eventos. Hipoglucemias máximas 26 eventos. Episodios de hiperglucemia media 14,25 ±15,27. Hiperglucemias mínimas 0 eventos. Hiperglucemias máxima 80 eventos.

Conclusiones

Los resultados del estudio sugieren que existe un desafío significativo en el control glucémico de los pacientes evaluados. El tiempo en rango del 57% indica que la mayoría de los pacientes pasaron menos tiempo del deseado dentro del rango objetivo de glucosa en sangre, que se considera óptimo por encima del 70%. Por otro lado, La variabilidad glucémica del 37% supera el límite recomendado del 36% para un buen control glucémico. Una alta variabilidad glucémica está asociada con un mayor riesgo de complicaciones a largo plazo y dificulta el mantenimiento de un control glucémico estable y saludable.

Además, los números de episodios de hipoglucemia y hiperglucemia, con 4 y 14 respectivamente, sugieren una frecuencia alta de fluctuaciones en los niveles de glucosa en sangre. Estos episodios, especialmente si son recurrentes, pueden tener efectos adversos significativos en la calidad de vida y la salud general de los pacientes, así como aumentar el riesgo de complicaciones agudas y crónicas.

En resumen, estos resultados subrayan la necesidad de mejorar las estrategias de manejo de la diabetes en este grupo de pacientes. Esto podría incluir ajustes en medicación, cambios del estilo de vida y una mayor educación sobre el autocuidado de la diabetes para pacientes.

778/363. PERFIL DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON aGLP1.

Autores:

Fernández Navarro, N.¹, Bueno Navarrete, P.¹, Muñoz Gallardo, Y.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Objetivos

Nuestro objetivo fue conocer el perfil de pacientes en tratamiento con agonistas del receptor glp1 (aglp1) en un cupo de centro de salud

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes con DM2 >18 años en tratamiento con aglp1. Datos recogidos de la historia clínica digital de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial de Diabetes. Centro de salud urbano. Año 2023. De entre una población de 126 pacientes con DM2 se obtuvo un tamaño muestral de 12. Variables a estudio: cifras de glucemia basal, hemoglobina glicosilada (HbA1c) e IMC; la calidad de la dieta se evaluó con el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (muy alta, alta, moderada, baja, muy baja) disponible en el apartado Programas de Salud del Sistema Andaluz Sanitario. Se obtuvieron medidas de tendencia central, dispersión y comparación de medias dependiendo el tipo de variable

Resultados

Se obtuvieron datos de 12 pacientes (9,52% de los pacientes con DM2). Varones 4 y mujeres 8 (33,3% Vs

66,7%). Media de edad 69,08 ±11,66 años. IMC medio 33,43±5,75. A nivel analítico, los pacientes presentaban una glucemia basal media de 144±33,1 mg/dL y HbA1c media de 7,1±0,87%. En cuanto a la adherencia a la dieta mediterránea, el 25% (3) presentaban adherencia muy baja, 41,67%(5) adherencia baja, 25%(3) adherencia moderada y 8,33 (1) adherencia alta. Tenían pauta de semaglutida el 33,33% (4), de entre los cuales el 75% la administración era vía oral, en cambio con dulaglutida estaban el 66,66% (8)

Conclusiones

Los fármacos agonistas glp1 mejoran el control glucémico, enlentecen el vaciamiento gástrico, inhiben la secreción de glucagón postprandial y estimulan la secreción de insulina. Aunque su uso esté aumentando y sean fármacos en auge, en nuestro estudio observamos un bajo uso de estos con respecto a otros antidiabéticos. También observamos un mal control glucémico, una población con obesidad y con una baja adherencia a la dieta mediterránea. Aunque recientes estudios demuestran la eficacia de estos fármacos, no debemos olvidar las bases sobre las que se asientan la diabetes mellitus, una buena alimentación, un tratamiento individualizado al perfil del paciente y un riguroso control del resto de factores de riesgo cardiovasculares

778/389. FACTORES PREDICTORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN.

Autores:

Lavado López, F.¹, Sanuy Perdrix, I.², Sánchez Jordán, R.¹, Ramírez Torres, J.³, Gómez González, M.³, Ginel Mendoza, L.⁴

Centro de Trabajo:

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

Objetivos

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos car-

diovasculares. El objetivo específico de la presente comunicación es analizar qué variables se asocian con la presencia de hipertensión arterial (HTA) en la muestra de pacientes de IBERICAN.

Metodología

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se han incluido 8.066 pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España, que serán seguidos durante al menos 5 años. La definición de los factores de riesgo, así como las lesiones subclínicas de órgano diana y enfermedad cardiovascular se definieron según los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión. Se muestran los resultados del análisis multivariante realizado con los datos recogidos en la visita de inclusión

Resultados

La edad media de los sujetos incluidos en el estudio fue de 57,8±14,8 años, y el 54,5% eran mujeres. El 55,6% tenían obesidad abdominal, el 50,3% dislipemia, el 48% hipertensión arterial, el 39,8% síndrome metabólico, el 35,2% eran obesos, el 29,3% sedentarios, el 20,2% diabéticos, el 17,6% eran fumadores activos, el 16,3% tenían hiperuricemia y el 15,8% tenían antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz. El 25,5% de la muestra tenían alguna lesión subclínica de órgano diana, el 16,3% tenían enfermedad cardiovascular previa, siendo la cardiopatía isquémica (44,5%) la más frecuente. La presencia de obesidad y diabetes mellitus duplicaron el riesgo de padecer HTA, así como la enfermedad renal, que elevaba el riesgo un 83,7%, la dislipemia, que elevaba el riesgo un 69,5%, o los antecedentes familiares que elevaron el riesgo un 40,6%.

Conclusiones

la obesidad y la diabetes mellitus, en el análisis multivariante, fueron las variables que se asociaron con más fuerza a la presencia de hipertensión arterial.

778/390. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, INCIDENCIA A LOS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO. ESTUDIO IBERICAN.

Autores:

Sanuy Perdrix, I.¹, Lavado López, F.², Gómez González, M.³, Ramírez Torres, J.³, Sánchez Jordán, R.³, Ginel Mendoza, L.⁴

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) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Objetivos

Conocer la incidencia de las enfermedades cardiovasculares en los pacientes hipertensos, a los dos años de seguimiento, en el estudio IBERICAN.

Metodología

Estudio observacional, longitudinal en sujetos de 18 a 85 años reclutados en Atención Primaria. Para el presente estudio, se realizó en los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) en la visita inicial, N=3.860. Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio y seguidos anualmente con registro de variables clínicas, parámetros analíticos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), enfermedad cardiovascular (ECV). Se analizó la incidencia de nueva ECV en este periodo para: ictus, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y fibrilación auricular, así como si hubo fallecimiento de causa cardiovascular, durante el seguimiento.

Resultados

De los 8.066 sujetos incluidos en el estudio, 4.744 fueron seguidos durante $25,46 \pm 12,77$ meses. Se evaluó a 2.285 pacientes HTA (48,9% mujeres). La enfermedad cardiovascular en los pacientes con HTA respecto a los que no tienen HTA ha sido: ECV total 21,1% vs 16%, $p < 0,001$, OR 1,4 (1,2-1,6); en relación a la incidencia para cada una de las ECV: cardiopatía isquémica 3,4% vs 1,2%, $P < 0,001$, OR 2,9 (1,9-4,5); ictus 1,9% vs 0,8%, $p < 0,01$, OR 2,4 (1,4-4); insuficiencia cardíaca 4% vs 1,3%, $p < 0,001$, OR 3,1 (2,1-4,7), enfermedad arterial periférica 1,8% vs 0,7%, $p < 0,01$, OR 2,4 (1,3-4,2), fibrilación auricular 4,3% vs 1,0% $p < 0,001$, OR 4,4 (2,8-6,8). El fallecimiento total fue de 2,6% vs 0,7, $p < 0,001$, OR 3,6 (2,1-6,2) de causa cardiovascular fue de 1% vs 0,4%, $p < 0,05$, OR 2,3 (1,1-5). La incidencia de ECV, ingreso hospitalario o fallecimiento a los 25 meses fue del 32% en HTA y de 25,5% en los no HTA, $p < 0,001$, OR 1,4 (1,2-1,6).

Conclusiones

La incidencia de cada una de las enfermedades cardiovasculares analizadas es superior en los pacientes hipertensos respecto a los normotensos, a los dos años de seguimiento. Uno de cada tres pacientes HTA tiene un nuevo evento cardiovascular, ingreso hospitalario o fallecimiento durante el seguimiento.

778/391. PREVALENCIA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA SEGÚN AGREGACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA. ESTUDIO IBERICAN.

Autores:

Lavado López, F.¹, Sanuy Perdrix, I.², Ramírez Torres, J.³, Gómez González, M.³, Sánchez Jordán, R.³, Ginel Mendoza, L.⁴

Centro de Trabajo:

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

Objetivos

Determinar el impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en la prevalencia de insuficiencia cardíaca crónica (ICC).

Metodología

Estudio epidemiológico, observacional, multicéntrico, ámbito nacional en pacientes de 18 a 85 años reclutados consecutivamente en Atención Primaria. Se consideró ICC el registro en la historia clínica de tal condición, clasificando a los pacientes según el tipo de disfunción ventricular en ICC con fracción (FE) conservada (FEc) o ICC con FE reducida (FEr). Se evaluaron un total de diez FRCV clásicos de riesgo de ECV: edad, HTA, obesidad, obesidad abdominal, tabaquismo activo, diabetes, colesterol LDL aumentado, colesterol HDL bajo, hipertrigliceridemia y sedentarismo. La edad de riesgo se consideró como > 65 años en varones y > 55 años en mujeres.

Resultados

Se incluyó a 8.066 pacientes (54,5% mujeres), edad media (DE) de 57,9 (14,8) años, de los cuales el 3,1% (IC95%: 2,3-3,7) presentaba ICC, sin diferencias entre varones y mujeres. La prevalencia de ICC con FEp fue significativamente mayor que la IC con FEr (60,6% vs 39,4%). La ICC con FEp era más frecuente en mujeres y la ICC con FEr en varones. La prevalencia de ICC en los pacientes sin ECV aumentó conforme se asociaban FRCV, pasando del 1% en los pacientes con 1 FRCV, 4,5% en pacientes con 5 FRCV, 6,3% con 6 FRCV, 7,5% con 7 FRCV y 12,4% en los que presentaban entre 8-10 FRCV ($p < 0,001$).

Conclusiones

Como era de esperar, la ICC aumentó su prevalencia conforme se incrementaba el riesgo cardiovascular de los pacientes y con la coexistencia de los principales FRCV. Estos hallazgos ponen de manifiesto que la agregación de FRCV es crucial en el devenir de la enfermedad.

>

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

MÉDICO DE FAMILIA

778/235. INFLUENCIA DEL ESTRÉS PSICOSOCIAL EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR AGUDA.

Autores:

Navas Vegas, S.¹, Trujillo Franco, P.², Castillo Jimena, M.³, González Pozo, C.⁴, Bolaños González, Á.⁵, Godínez Marquez, J.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Antequera. Antequera. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Mollina. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga

Introducción

La asociación de estrés psicosocial con el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) aguda es más controvertida en comparación con otros factores de riesgo vascular (FRCV) tradicionales. Los pocos estudios existentes están limitados por el enfoque en conceptualización del estrés y por el carácter no prospectivo

Objetivos

Evaluar la prevalencia de estrés psicosocial autopercibido en pacientes con ECV y su relación con FRCV clásicos.

Diseño

Subestudio descriptivo prospectivo de un estudio de intervención aleatorizado, abierto

Emplazamiento

Hospital comarcal que atiende a población de 115000 habitantes aproximadamente

Material y métodos

Se incluyeron variables demográficas, sociosanitarias, clínicas, estado funcional (Barthel), cognitivo

(Pfeiffer) sarcopenia (SARC-F), y calidad de vida relacionada con la salud genérica (SF-36). Para medida del estrés psicosocial se usó escala de estrés autopercibido (PSS-14). También se usaron escalas para evaluar tipo de personalidad: tipo D (DS-14) y tipo A (Framingham). Se realizó análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central (media aritmética y mediana), percentiles y de dispersión (desviación típica), en el caso de variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas, en el caso de variables cuantitativas. En análisis bivariante se utilizó test de Chi-cuadrado para comparar proporciones y test de Student para calcular medias. Para las medidas de asociación se calculó el IC 95% y se tomó como significativo un valor de $p < 0,05$. Resultados: Se incluyeron 129 pacientes, con una edad media de $64,5 \pm 11,6$ años, siendo el 67,4% hombres. El ECV fue coronario en 72,1% (38% IAM y 34,1% ángor) y cerebrovascular 27,9% (establecido 13,2% y transitorio 14,7%). La tasa de FRCV fue: tabaco 28,7%, HTA 60,5%, hiperlipemia 56,6%, DM 41,9%, sin que hubiera diferencias entre ECV coronaria y cerebrovascular, al igual que en otras variables socioeconómicas. La situación funcional de dependencia (Barthel < 60) fue 7,8% y el deterioro cognitivo (Pfeiffer > 2) fue 13,2%, similares en ambos tipos de ECV. Sin embargo, la sarcopenia (SARC-F =4) fue más frecuente en ECV cerebrovascular (44,4% por 23,7%; $p < 0,5$; OR 2,6; IC95:1,1-5,8). En las diferentes dimensiones del SF-36 (puntuación de 0 a 100) varió desde $40 \pm 16,7$ (función física y salud corporal) a $75 \pm 25,8$ (rol emocional), sin diferencias con tipo de ECV. Prevalencia de estrés autopercibido fue del 31,9%, similar en ambos ECV. Se determinó tipo de personalidad tipo A en 51,6% y tipo D en 30,7% de los casos, sin diferencias según ECV. EL estrés se asoció con la personalidad tipo D (50% por 24,7%; $p < 0,01$, OR: 3,1, IC95%: 1,3-6,8), pero no con personalidad tipo A. Conclusiones: Alta prevalencia del estrés psicosocial en la ECV aguda, asociándose a personalidad tipo D, y sin diferencias en cuanto a tipo de ECV

Aplicabilidad

Pacientes con ECV aguda (coronaria o cerebrovascular) hospitalizados durante un año (2023)

Aspectos ético-legales

Todos los pacientes participantes en el estudio firmaron el consentimiento informado

MÉDICO RESIDENTE

778/29. INFLUENCIA DE DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS EN RESULTADOS DE SALUD DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2.

Autores:

Ruíz Granada, D.¹, Tejero Carmona, E.², Asensio Sánchez, C.³, Atienza Martín, F.⁴, Alcaide Perea, L.⁵

Centro de Trabajo:

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

Introducción

La OMS define determinantes o condicionantes en salud como “ las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. El centro de salud donde se realiza el estudio está constituido por unas 67.000 personas. En ellas, la edad poblacional más abundante corresponde al rango de 40-60 años, con pocas diferencias entre sexos. Respecto a la población inmigrante, hay unos 4.500. En el año 2021, hubo más fallecimientos que nacimientos (639 vs 601). El centro de salud abarca diferencias socioeconómicas, presentando nivel bajo (zona A), medio-bajo (zona B), medio-alto (zona C) y muy alto (zona D). Esto condiciona una población muy heterogénea, esperando resultados dispares en las distintas zonas o barriadas del centro de salud

Objetivos

Analizar las diferencias en resultados de salud en pacientes diabéticos tipo 2 de las distintas zonas correspondientes al centro de salud

Diseño

Estudio descriptivo transversal

Emplazamiento

Centro de salud urbano

Material y Métodos

Muestra: todos los pacientes con registro diagnóstico de diabetes tipo 2 pertenecientes al centro de salud Variables estudiadas: Sociodemográficas (edad y sexo), estrato social: zona A, B, C y D. Tratamiento actual: insulina, metformina, análogos de GLP1, glifozinas (iSGLT2), sulfonilureas e inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (iDDP4) Comorbilidades: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, retinopatía (realizada en los últimos 2 años), nefropatía (estudio del filtrado glomerular) y pie diabético (revisiones y amputaciones) También se utilizará como variables los ingresos hospitalarios, el grado de dependencia (Barthel) y el grado de deterioro cognitivo (Pfeiffer)

Las variables se analizarán mediante análisis estadístico descriptivo y estadística inferencial. Los datos se analizarán mediante IBM SPSS statistic

Aplicabilidad

Con los resultados de este estudio se podrá mejorar la atención y el seguimiento de pacientes en las zonas con peores resultados así como analizar qué cambios se pueden realizar para mejorar la situación

Aspectos ético-legales

El trabajo será enviado al comité ético Los datos se anonimizarán y se introducirán en una base de datos con acceso restringido a los investigadores.

778/53. GESTIÓN Y RECICLAJE DE RESIDUOS SANITARIOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Borrego García, A.¹, Martínez del Río, M.², Mundt Fernández, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz

Introducción

La gestión de los residuos es un tema de actualidad, debido al cambio climático. Hay una gran concienciación en la población para el reciclaje doméstico, pero como sociedad debemos dar un paso más allá en el reciclaje en instituciones y empresas, que son las grandes generadoras de residuos. Con este proyecto pretendemos

mejorar el reciclaje en los Centros de Atención Primaria (CAP) y hacernos conscientes y responsables de la ingente cantidad de residuos que se genera cada día en un CAP. El medioambiente es uno de los principales determinantes de Salud, por lo que hay que asegurar disponer de recursos en los CAP y de formación de los profesionales para un correcto reciclaje.

Objetivos

Identificar de qué contenedores disponemos y cuáles son más usados en cada centro; comparar posibilidad de reciclaje en Centros de Salud (CS) y en ambulatorios; y comparar concienciación, conocimientos y reciclaje según edad y cargo profesional.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

CS y Consultorios de un CAP de dispersión geográfica.

Material y Métodos

Profesionales de todas las categorías de CS y Consultorios de un CAP de dispersión geográfica. n de 70 sujetos. Muestreo por conglomerado. Variables o dimensiones del estudio: Edad, sexo y puesto de profesionales encuestados; concienciación y conocimientos de reciclaje de encuestados; tipos de residuos generados, contenedores disponibles y uso de contenedores. Variables dicotómicas y multivariantes. Fuentes: cuestionario a profesionales de los CAP. Técnica de análisis de información: análisis de las variables obtenidas. Limitaciones: realizar recogida de datos antes de realizar el cuestionario, para evitar un posible sesgo por concienciación de profesionales; dificultad para obtener información veraz en el cuestionario a profesionales, ya que se debería cumplir la legislación vigente; limitación al área de Atención Primaria (excluyendo hospitalaria); y área de dispersión geográfica.

Aplicabilidad

Los datos que obtengamos de este estudio y las propuestas de mejora podrán extrapolarse al ámbito de Atención Primaria de nuestra área.

Aspectos ético-legales

El cuestionario ha sido validado por Comité de Ética. No se realiza ninguna intervención con el paciente, sino intervención indirecta a profesionales. Las investigadoras se han comprometido a preservar la confidencialidad de los cuestionarios de los compañeros.

Se seguirán los principios éticos para investigaciones médicas con seres humanos recogidos en Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (Fortaleza, 2013). Las investigadoras no disponen de financiación y se trata de estudio con coste cero.

778/136. EVALUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA DECISIÓN DE NO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (DNA ACPR) EN EL CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MILFORD.

Autores:

Arzua Moya, J.¹

Centro de Trabajo:

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

Introducción

La reanimación cardiopulmonar avanzada (aCPR) es crucial en casos de parada cardíaca, e incluye desde compresiones torácicas hasta ventilación. Durante mi estancia en Irlanda de Octubre a Diciembre de 2022, se destacó la importancia de documentar estas decisiones conforme a la Política Nacional de Consentimiento de 2017, buscando un equilibrio entre la probabilidad de éxito, los riesgos y las preferencias del paciente. Este enfoque es igualmente pertinente en España, donde la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, regula el consentimiento informado, subrayando la necesidad de informar plenamente a los pacientes antes de cualquier intervención médica, como la aCPR. En el Centro de Cuidados Paliativos de Milford, la documentación sobre DNA aCPR es especialmente crítica ante la inminencia de la muerte.

Objetivos

Nuestro principal objetivo es evaluar si la documentación de DNA aCPR en el Centro de Cuidados Paliativos de Milford está alineada con las directrices de la Política Nacional de Consentimiento del HSE. Buscamos identificar áreas de mejora mediante la comparación con auditorías anteriores y revisar las recomendaciones previas para reforzar la práctica documental.

Diseño

Realizamos una auditoría retrospectiva, revisando la documentación de admisión y las notas clínicas de los pacientes ingresados durante un día aleatorio, el 20 de

diciembre de 2022, para verificar la conformidad con las normativas vigentes sobre DNA aCPR.

Emplazamiento

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Cuidados Paliativos de Milford, dedicado a proporcionar una atención integral y paliativa al final de la vida.

Material y Métodos

Analizamos 15 historias clínicas para revisar la documentación de las decisiones de DNA aCPR, incluyendo la revisión por el médico adjunto responsable y la justificación detallada de estas decisiones. Este análisis nos permitió detectar tanto el cumplimiento como las lagunas en la práctica actual, destacando que: 1. La Decisión de DNA aCPR estaba documentada en el 100% de los casos, mostrando plena adherencia a las políticas, aunque sin especificar la calidad o el detalle de dicha documentación. 2. La Revisión por el Médico Adjunto se realizó en el 80% de los casos, revelando una disminución respecto a años anteriores y señalando una tendencia hacia menos supervisión por parte de profesionales experimentados. 3. La Justificación de la Decisión de DNA aCPR estaba presente en el 87% de los casos, indicando una mejora respecto al año anterior pero aún por debajo del ideal del 100%. 4. La Discusión de la Decisión de DNA aCPR con el paciente o sus familiares solo se documentó en 3 de los 15 casos, reflejando una necesidad de mejorar la comunicación en estas situaciones delicadas.

Aplicabilidad

Los hallazgos ofrecen una base firme para mejorar la documentación en el Centro de Cuidados de Milford y pueden servir de referencia para otras instituciones con retos similares en la documentación de decisiones al final de la vida.

Aspectos ético-legales

La auditoría se llevó a cabo respetando los principios éticos y legales, garantizando la confidencialidad de los datos de los pacientes y cumpliendo con las normativas sobre consentimiento.

778/190. INCIDENCIA DE TIROIDITIS POSTPARTO.

Autores:

García Medero, S.¹, Medero Canela, R.², Gil Muñoz, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito sanitario Huelva Costa Condado Campiña. Huelva, (3) Técnico de Salud. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

Introducción

La tiroiditis postparto es una disfunción tiroidea autoinmune transitoria que suele presentarse en el primer año postparto en mujeres sin antecedentes previos de patología tiroidea. Su prevalencia se cifra en torno al 8.1%, llegando hasta el 17% según algunos estudios. Su diagnóstico es importante dada su prevalencia, ya que puede pasar desapercibida pero puede presentar una alta tasa de recidivas en posteriores embarazos además de evolucionar a hipotiroidismo permanente en muchos de los casos. Todo esto plantea la necesidad de obtener datos de incidencia reales en nuestro medio para poder planificar futuras estrategias de intervención.

Objetivos

Principal: determinar la incidencia de tiroiditis postparto. Secundarios: analizar el perfil clínico de presentación y evolución clínica. Determinar los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con la aparición de la enfermedad.

Diseño

Se realizará un estudio observacional descriptivo en Atención Primaria.

Emplazamiento

El estudio se llevará a cabo en el centro de salud Miraflores de los Ángeles, Málaga.

Material y Métodos

Población a estudio: mujeres que hayan tenido parto o cesárea. Criterios de exclusión: presentar patología tiroidea previa al embarazo, no acepten participar en el estudio.

Se ha calculado el tamaño muestral asumiendo una incidencia esperada en torno al 17%, precisión 5% y sumando 20% por posibles pérdidas, con muestra final de 261. Se realizará muestreo consecutivo hasta llegar al tamaño mínimo muestral deseable. Recogida de datos y seguimiento: durante el periodo de reclutamiento se irán incluyendo en el estudio a todas las mujeres que presenten parto o cesárea y acepten participar hasta alcanzar el tamaño mínimo muestral. A cada una de ellas se le hará seguimien-

to durante un año tras el mismo. Variables: Principal: presencia de tiroiditis postparto. Secundarias: edad, presencia de factores de riesgo y tipo de factor, TSH, T4, antiTPO, tipo de presentación (tirotoxicosis + hipotiroidismo+ normalización, hipotiroidismo aislado + normalización, tirotoxicosis aislada + normalización, hipotiroidismo permanente), sintomatología y necesidad de tratamiento. Análisis estadístico: Medidas descriptivas (media, desviación típica y porcentajes según variables). Inferencia estadística usando test de contraste de hipótesis (chi cuadrado o t de Student según variables) para estudiar relaciones, realizando estudio bivalente. Se comprobarán condiciones de aplicabilidad. Los intervalos de confianza se construirán al 95% y los valores de p serán considerados estadísticamente significativos cuando sean iguales o inferiores a 0.05. Limitaciones: la principal limitación podría ser la pérdida de seguimiento, para ello se ha decidido aumentar el tamaño muestral. Otra limitación podría ser la dificultad para alcanzar el tamaño muestral en el centro de estudio, en ese caso se añadirían otros centros de la provincia hasta alcanzarlo.

Aplicabilidad

Con el presente estudio se pretende establecer la incidencia de tiroiditis postparto, permitiendo de este modo actuar en consecuencia en función de los resultados obtenidos, así como plantear futuros estudios de investigación.

Aspectos ético-legales

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

>

CASOS CLÍNICOS

MÉDICO DE FAMILIA

778/2. DOCTOR, ES QUE COMO MUCHO DULCE.

Autores:

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

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva

Descripción del caso

Paciente de 25 años, varón, sin antecedentes de interés. No fumador. Consulta de urgencias en Atención Primaria por molestias urinarias desde hace un par de días (disuria y polaquiuria). Niega fiebre. Niega exudados o lesiones genitales. Niega cólicos renales o infecciones urinarias anteriores.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Abdomen blando y depresible, sin palpar masas ni megallas. No doloroso. No defensa. Ruidos presentes. Puño percusión renal negativa. Testes en bolsa escrotal. Pene sin lesiones con retracción prepucial sin complicaciones. No candidiasis ni exudado uretral. No adenopatías inguinales.

Combur test: Glucosa +++++, Osmolaridad alta. Proteínas +. Nitritos, Leucocitos y Hematíes negativos. Glucosa capilar: 450 gr.

Se administra 10 UI insulina rápida intravenosa y se realiza traslado a centro hospitalario para completar estudio de diabetes mellitus.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Debut diabético.

Diagnóstico diferencial

Infección urinaria, Infección transmisión sexual, cólico renal.

Comentario final

Ante hallazgos como el caso actual, debemos de vigilar a la población jóvenes cada vez que acudan a nuestras

consultas con síntomas miccionales, con el objetivo de hacer un despistaje rápido de glucosuria que nos orienten a pacientes diabéticos asintomáticos, que nos llevaría a prevenir unas de las mayores complicaciones de este tipo de pacientes, que son las cetoacidosis diabética.

Bibliografía

- Miravet-Jiménez S, Pérez-Unanua MP, Alonso-Fernández M, Escobar-Lavado FJ, González-Mohino Loro B, Piera-Carbonell A. Manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en adolescentes y adultos jóvenes en atención primaria. *Semergen [Internet]*. 2020;46(6):415-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2019.11.008>
- Rigalleau V, Monlun M, Foussard N, Blanco L, Mohammedi K. Diagnóstico de diabetes. *EMC - Tratado Med [Internet]*. 2021;25(2):1-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410\(21\)45110-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410(21)45110-x)

778/3. AURA CON MIGRAÑA.

Autores:

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

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva

Descripción del caso

Paciente de 58 años, varón, sin antecedentes de interés. Vacunado de COVID-19 hace 2 años y gripe hace un mes. Consulta por visión borrosa de forma súbita tras levantarse de la siesta hace media hora. Niega diplopia, aura, cefalea, midesopsias o pérdida completa de la visión.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Glasgow 15/15. Tensión arterial: 135/60. Frecuencia cardíaca: 105 lpm. Saturación: 99 %. Pupilas isocóricas reactivas a la luz. Movimientos oculares conservados. Resto de pares craneales conservado. Fuerza y sensibilidad conservada en todos los miembros. No nistagmo. Romberg y marcha normal. No alteración en la coordinación. Sin defectos campométricos. Conjuntivas normales. No secreciones. Convergencia ocular conservada.

Se deriva a urgencias oftalmológicas hospitalarias, donde realizan fondo de ojo bilateral (tras dilatación pupilar). No se aprecia hemorragias vítreas ni retina. Papila y retina normales. Vasos retinianos normales y de buen calibre.

Dado de alta por normalidad y observación en domicilio. A las 2 horas posteriores, comienzo de cefalea unilateral frontal pulsátil y mejoría del cuadro visual. Desaparición completa a las 24h.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Migraña con Aura

Diagnóstico diferencial

Desprendimiento de retina, hemorragia vítrea, accidente cerebrovascular.

Comentario final

La migraña es una patología muy frecuente en mujeres jóvenes, sin embargo en un menor porcentaje puede aparecer en hombres. Su aparición es mayor en el sexo femenino con aparición de cefalea acompañante de clínica visual. En un porcentaje muy bajo de los casos, se ha descrito el aura como primera causa de migraña en pacientes adultos sin previos síntomas en la infancia-adolescencia. Sirve este caso para tenerlo presente como diagnóstico diferencial ante pacientes adultos con alteraciones visuales.

Bibliografía

- Jiménez EJ, Pérez MPN, López-Bravo A, Santos-Lasao S. Migraña. *Medicine [Internet]*. 2023;13(71):4153–65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541223000161>.

778/6. LA VISIÓN INTEGRADORA EN LA CONSULTA DE MEDICINA DE FAMILIA. UN CASO DE ACROMEGALIA.

Autores:

Arranz Villalva, C.¹, Espílez Laredo, E.², Guerrero Molina, B.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara

Descripción del caso

Varón de 54 años, trabaja de repartidor. Como AP: fascitis plantar (2008), hipercolesterolemia (2009), GBA en ayunas (2009), túnel carpiano intervenido (2011), un episodio de “hiperhidrosis” (2015), hipertensión (2016), dificultad para la erección (2018), fibromas péndulos (2019), dolor de codo derecho mecánico (2019) y AOS con CPAP (2021). Tratamiento: enalapril/hidroclorotiazida. Consulta en marzo de 2022 por sudoración nocturna e insomnio. Su médica decide citarle para explorar y deja ya pedida una analítica, así como una radiografía de tórax, un electrocardiograma y AMPA.

Exploración y pruebas complementarias

Cuando llega a consulta se constata un empeoramiento del perfil lipídico y diagnóstico de diabetes. TA mal controlada. Destaca su corpulencia y facciones toscas, manos grandes que el paciente atribuye a su trabajo y un soplo sistólico no conocido hasta ahora. La médica revisa el historial y se pone de manifiesto que ha ido desarrollando todo el cortejo clínico de la acromegalia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se deriva a MI con alta sospecha de acromegalia, que se confirma con un IGF-1 y una GH elevadas. En la RMN presentaba un macroadenoma hipofisario que ha sido resecado.

Diagnóstico diferencial

HTA, DM, DL.

Comentario final

La acromegalia es una enfermedad crónica multisistémica causada por hipersecreción de GH, la mayoría de las veces por un adenoma hipofisario. Se considera una enfermedad rara (40-70 casos por millón) en España hay unos 3.000 pacientes. El diagnóstico de acromegalia conlleva un aumento de la mortalidad derivado de las complicaciones sistémicas secundarias, principalmente cardiovasculares, un riesgo que se puede reducir e incluso eliminar con un control estricto de la enfermedad. Las manifestaciones son graduales e inespecíficas lo que explica que exista una media de retraso en el diagnóstico de entre ocho a diez años, en los que probablemente el paciente ha sido valorado incluso por distintos especialistas sin llegar al diagnóstico. En nuestro caso, el paciente fue visto por Traumatología y Neumología. Los médicos de familia estamos en una posición privilegiada para una valoración holística del paciente, que en este caso fue clave para establecer el diagnósti-

co. Como médicos de familia es importante mantener una valoración integradora de todos los procesos del paciente, ya que esto puede favorecer un diagnóstico antes incluso de que las deformidades sean evidentes.

Bibliografía

- Uptodate PubMed

778/7. ANEMIA MIXTA DE ETIOLOGIA MULTICAUSAL EN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Fàbrega Ramon, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Onze de Setembre. Llérida

Descripción del caso

Varón de 65 años que presenta debilidad generalizada de meses de evolución, que ha incrementado las últimas semanas. No refiere sangre en heces ni melenes. Pérdida de 5kg de peso secundaria a TBC reciente. Antecedentes personales y patológicos: Accidente laboral en 1993 con politraumatismo y compromiso enteral por isquemia mesentérica asociada a discapacidad física del 65% secundaria. Intestino corto con malabsorción crónica postoperatoria, en tratamiento con nutrición parenteral. Insuficiencia renal crónica secundaria a oxalatos por nutrición parenteral. Litiasis renal. Tuberculosis en tratamiento. Antecedentes farmacológicos: Acalca 1080 mg 2 c/8h. BOI-K 1 c/24h. Mastical 500 mg. Deltilus 50.000UI 1 c/15 días. Teduglutida 5 mg vial sc. Linezolid 600 mg. Optovite B12 1000 mcg im 1c/mes.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física normal. Analítica: Filtrado glomerular 47 , Creatinina 1.54 , GGT 216 Hemoglobina 10.3 , Cobalamina 177 , Folato 14.54 , Volum corpuscular 93.3 , Hemoglobina corpuscular 31.4 , I.D.E. 19.8 , Ferritina 340.6 , Hierro 176.0. TC abdominal: Normal. Se informa vesícula colapsada con hipercaptación de la mucosa y engrosamiento de las paredes, que no descarta colecistopatía, sin más trascendencia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Anemia mixta secundaria a insuficiencia renal crónica (disminución síntesis eritropoyetina y disminución vida media hematíes), exacerbada por el déficit de B12 se-

cundario a la malabsorción intestinal. A esta se añade anemia por trastorno crónico por la reciente tuberculosis con transaminitis secundaria a fármacos.

Diagnóstico diferencial

Déficit vitamínico. Hipotiroidismo. Tuberculosis. Hepatitis / transaminitis tóxica farmacológica. Proceso neoplásico. Anemia.

Comentario final

Se inicia tratamiento con vitamina B12 intramuscular mensual desde consulta de Atención Primaria. Se valora analítica control en 3 meses para niveles de B12 y corrección transaminasas posterior al tratamiento antituberculostático, para valorar estudio hepático en función de la evolución y corrección de estas. Finalmente se incluye paciente en el programa de Paciente crónico complejo (PCC) de Atención Primaria.

Bibliografía

- S.Osorio, V.Cabañas, E.Rodilla. Criterios de Derivación a Consultas de Hematología desde Atención Primaria. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. p.6-12.

778/8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PATOLOGÍA PÉLVICA.

Autores:

Herrera Viquez, F.¹, Palmero Olmo, E.², Rodríguez Valdes, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chipiona Dr. Tolosa Latour. Chipiona. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivares. Olivares. Sevilla, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 39 años, que refiere presentar desde hace varios meses dolor testicular bilateral de inicio insidioso, de predominio en teste derecho, sin referir antecedente traumático ni contactos sexuales de riesgo; no presenta síntomas miccionales ni otra sintomatología de interés. Como antecedentes personales, constan asma bronquial y patología púbrica inespecífica en la adolescencia.

Exploración y pruebas complementarias

- A la exploración, se observan testes de consistencia y tamaño normal, dolorosos a la palpación, no eritema-

tosos ni calientes. Presenta dolor a la palpación a nivel de anillos inguinales y molestias en zona perineal.

- Ecografía testicular: testes de tamaño y consistencia normal. Ecogenicidad normal con doppler presente. Mínimo hidrocele bilateral. Varicocele bilateral leve, de predominio en teste izquierdo. No nódulos ni quistes.
- Analítica: sistemático de orina y urocultivo sin alteraciones relevantes.
- Resonancia magnética de pelvis: pequeño hidrocele bilateral sin otros datos de interés

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Dolor testicular bilateral

Diagnóstico diferencial

Orquiepididimitis vs torsión testicular vs patología pélvica

Comentario final

Se inicia tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y analgésico habitual, así como medidas higiénico-dietéticas. A pesar del tratamiento prescrito, el paciente refiere escasa mejoría, incrementándose el dolor en reposo (EVA 9/10). Se procede al alta por Urología. Puesto que el paciente refiere antecedentes de patología púbica en la adolescencia, se solicita radiografía para valorar pubalgia, en la que se aprecia osteoesclerosis e irregularidad de sínfisis púbica. Se deriva a Traumatología de zona, diagnosticándose de esclerosis sintomática de sínfisis pubiana. Desde dicho servicio, se solicita TAC en el que se observa pinzamiento de la línea articular de sínfisis púbica con leve distensión de cápsula articular sinfisaria. Se recomiendan ejercicios de potenciación de musculatura CORE, y se plantea intervención quirúrgica si no se obtienen resultados satisfactorios

Bibliografía

- Choi H, McCartney M, Best TM. Treatment of osteitis pubis and osteomyelitis of the pubic symphysis in athletes: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2011 Jan;45(1):57-64.
- Gamble JG, Simmons SC, Freedman M. The symphysis pubis. *Anatomic and pathologic considerations.* *Clin Orthop Relat Res.* 1986 Feb;(203):261-72.

778/14. ¿QUE HAY DETRÁS DE UNA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA?

Autores:

Valverde Morillas, C.¹, Pantoja de la Rosa, L.², Del Ágila Román, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huétor Vega. Huétor Vega. Granada

Descripción del caso

Paciente de 75 años con antecedentes de cáncer de próstata en vigilancia desde hace 10 años, intervenido de hernia inguinal derecha hace 5 años, acude con dolor leve e hinchazón de pierna desde hace 15 días, no ha mejorado con el tratamiento para la inflamación y dolor indicado en urgencias. Es un paciente que anda varios kilómetros diarios salvo en estos últimos días, se encuentra bien, de hecho ha esperado una semana desde la visita urgencias, no le daba mucha importancia al edema que presentaba y se sorprende cuando le indico que tiene que ir al hospital

Exploración y pruebas complementarias

Pierna edematizada hasta ingle, empastada con temperatura y pulsos conservados, no se palpa adenopatías inguinales, no hernia inguinal. Se hace Ecodoppler venoso en el que se detecta una TVP desde la vena iliaca externa hasta la poplítea izquierda, TC abdomen pélvico, de pierna izquierda y torácico. Analítica general normal, salvo PSA 11,23, Ecocardiografía transtorácica y PET-TC. Estas pruebas evidencian un conglomerado adenopático retroperitoneal e iliaco bilateral, sugestivo de patología tumoral, hipertrofia prostática con hipermetabolismo focal nodular bilateral, y aumento del volumen del MII con edematización de la musculatura. En la ecocardiografía transtorácica el VI no dilatado con fracción de eyección normal, insuficiencia aórtica leve. Finalmente se realiza exéresis quirúrgica de adenopatía

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Conglomerado adenopático retroperitoneal sugestivo de proceso linfoproliferativo, confirmado en anatomía patológica con Linfoma no hodgkin tipo B de células de manto. Trombosis venosa profunda de etiología compresiva por adenopatías y componente de hipercoagulabilidad asociada a proceso neoplásica. Flegmasia cerúlea dolens de miembro inferior izquierdo Celulitis sin evidencia de fascitis necrotizante ni síndrome compartimental

Diagnóstico diferencial

Metástasis ganglionares del cáncer de próstata como causa de la Trombosis venosa profunda

Comentario final

En la descripción de urgencias de este paciente ya se describe el empastamiento que no coincidía con un problema de artrosis de rodilla, ante un empastamiento de miembro inferior hay que descartar una trombosis venosa profunda y ante una trombosis pensar como posible causa en una neoplasia por su capacidad hipercogulante

Bibliografía

- Campo E, Rule S. Mantle cell lymphoma: evolving management strategies. *Blood*. 2015;125(1):48-55. Vose J. Mantle cell lymphoma: 2017 update on diagnosis, risk-stratification, and clinical management. *American Journal of Hematology*. 2017;92(12):806-813.

778/21. SÍNDROME DE CHILAITITI: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA.

Autores:

Alberola Cebrián, S.¹, Montañez Perles, M.², Navarro Gallardo, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Palenciana. Palenciana. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Descripción del caso

Antecedentes personales: sin alergias. Exfumador 2 paq/día. Seguimiento en Cardiología por dolor torácico típico, con MAPA + ecocardiograma + ergometría normales. Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial. Tratamiento habitual: Bisoprolol 2.5 mg, Amlodipino 5 mg, clopidogrel 75 mg

Paciente de 63 años que acude por ictericia de 4 días de evolución, con orinas colúricas y acolia, que se han ido resolviendo paulatinamente. Lo relaciona tras ingesta de dos morcillas hace 5 días. Refiere leve epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho, continuo. No náuseas ni vómitos. Tendencia al estreñimiento. Afebril. No síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Leve ictericia de piel y conjuntivas. Tensión arterial 153/91 mmHg, Frecuencia cardíaca 92 lpm, Tª 36.1°C. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin

soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias. Doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derechos, sin defensa. Murphy (-), PPRB (-). Analítica: Leucocitos 5840 (N 3940), Hb 17, PlaQ 201000. Coagulación: INR 0.97. BQ: Gluc 103, Creat 1.05, Na 139, K 3.9, Bb total 4.09 (D 2.82, I 1.27), GOT 176, GPT 440, LDH 274, Lipasa 39, PCR 19.59. AO: Bilirrubina en orina moderado. Radiografía tórax: sin condensaciones ni derrame pleural. Elongación Ao. Interposición de gas luminal subfrénico derecho. RM hepática: Síndrome de Chilaiditi. Vesícula pequeña con cambios compatibles con colecistopatía crónica, múltiples litiasis en su interior. Vía biliar intra/extrahepática normales. Lesión focal en segmento VII (1,3 cm) compatible con pequeño hemangioma.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Chilaiditi

Diagnóstico diferencial

Cólico renal/biliar, neumoperitoneo, absceso subfrénico, neumatosis intestinal, quiste hidatídico infectado y tumores hepáticos

Comentario final

El síndrome de Chilaiditi es la interposición de parte del colon entre el hígado y el diafragma. Es un cuadro de muy escasa frecuencia y que responde generalmente de forma favorable a tratamiento conservador. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son inespecíficas, como dolor abdominal epigástrico, vómitos y alteraciones del ritmo intestinal. En la exploración puede objetivarse distensión abdominal y desaparición de la matidez hepática (signo de Joubert).

Bibliografía

- J.L. Ramos, J. Poza Cordon, C. Froilán Torres, C. Oterino Serrano. Síndrome de Chilaiditi complicado con vólvulo de sigma y desplazamiento hepático. *Rev Esp Enferm Dig*, 110 (2018), pp. 195-196

778/30. LAS CEBRAS TAMBIÉN EXISTEN.

Autores:

Tallón Aguayo, M.¹, De la Cruz Castellano, A.¹, Jiménez Alcaide, R.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 38 años, ama de casa, sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora de un paquete/día, sin enfermedades ni tratamiento crónico, que acude a consulta por cuadro de cervicalgia de varias semanas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física se aprecia contractura a nivel de ambos trapecios sin dolor a la palpación de las apófisis espinosas. Sin hallazgos patológicos en el resto de la exploración física en la que se incluyó la exploración cardiopulmonar y toma de la Presión Arterial.

Se dan recomendaciones posturales y se instaura tratamiento sintomático con ibuprofeno y ciclobenzaprina.

A las dos semanas la paciente acude de nuevo a nuestra consulta refiriendo que ha mejorado pero que persiste con las molestias por lo que se decide solicitar radiografía cervical en la que se evidencia ligera rectificación cervical e imagen redondeada a nivel de lóbulo superior derecho.

Dado el hallazgo radiográfico se explora de nuevo a la paciente sin que se detecten alteraciones en la exploración cardiopulmonar por lo que se deriva a la paciente a urgencias hospitalarias. Allí solicitan TC tórax preferente y se deriva a la paciente a Neumología. Tras la realización del TC tórax la paciente vuelve a consulta y visualizamos el resultado del TC en el que catalogan el hallazgo como nódulo pulmonar de posible etiología benigna, como primera posibilidad Hamartoma.

Semanas después la paciente es valorada por Neumología y finalmente por Cirugía de Tórax que dado el hallazgo patológico deciden extirpación, tratándose finalmente de un Hamartoma.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática y ha dejado de fumar.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Nódulo pulmonar a filiar.

Diagnóstico diferencial

Cáncer de pulmón.

Nódulo pulmonar benigno: cistoadenomas bronquiales, mioblastomas, papilomas, fibromas, hamartomas, leiomiomas, lipomas, neurofibromas, hemangiomas esclerosantes,...

Comentario final

Como conclusión podemos decir que en Medicina todo es posible siendo de crucial importancia la realización

de un correcto diagnóstico diferencial ya que las patologías menos frecuentes también existen, siendo fundamental pensar en ellas para llegar a su diagnóstico.

Bibliografía

- Farreras, Rozman. *Medicina Interna*. 19ª ed. Elsevier; 2020.
- Jameson, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Loscalzo. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 21ª ed. México: McGraw Hill; 2023.

778/33. LA DIABETES EN OTRO IDIOMA.

Autores:

Díaz Ortega, E.¹, Gándara González, E.², Borrego García, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 50 años, extranjero, sin visitas previas a la consulta. No antecedentes familiares ni personales de interés, no intervenciones quirúrgicas previas ni tratamiento activo actualmente. No fumador. Barrera idiomática muy importante.

Refiere desde hace meses pérdida de peso muy llamativa con poliuria y polidipsia. Se solicita analítica de control, donde se observa hemoglobina glicosilada en 13. Ante estos resultados se opta por inicio de tratamiento con insulina glargina + medidas higienico/dietéticas.

Dado que existe una barrera idiomática muy importante, se decide iniciar el tratamiento todas las tardes en el centro de salud durante un mes. Se consigue en ese tiempo que el paciente acuda acompañado, para realizar tareas de traducción. Pasado este mes, el paciente es capaz de manejar el tratamiento por si mismo y realizarlo en casa.

En los siguientes controles de glucemia y tratamiento en consulta, se observa buena adherencia terapéutica, con buen seguimiento de dieta y ejercicio físico.

En analíticas posteriores se observa mejoría significativa de la hemoglobina glicosilada, permitiendo la retirada paulatina de insulina e iniciando tratamiento antidiabético oral.

Exploración y pruebas complementarias

- Analítica previa: No anemia ni alteración de la serie blanca ni plaquetaria. Función hepática y renal normal. TSH y hormonas tiroideas normales. Iones en rango. PSA normal. Colesterol y triglicéridos normales. Glucemia en ayunas 250. Hemoglobina glicosilada 13.
- Retinografía: sin daños en relación con la diabetes
- No pie diabético.
- Tensión arterial: 120/80 mmHg.
- Analítica final: Buen control de factores de riesgo cardiovascular con Hemoglobina glicosilada en 6.5, sin afectación de la función renal

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Diabetes Mellitus tipo 2

Diagnóstico diferencial

Patología tumoral

Comentario final

Uno de los mayores problemas asociados a la diabetes es la falta de adherencia terapéutica, la cual, se agrava más si hablamos de la insulina.

Esta situación aumenta la mortalidad y las comorbilidades y disminuye la calidad de vida de los pacientes.

La solución de esta problemática pasa por ofrecer un tratamiento individualizado, adaptado a cada paciente, con información actualizada, facilitar en la medida posible la aplicación del tratamiento y seguimiento periódicos.

Bibliografía

- Azriel S. *La importancia de la adherencia terapéutica en diabetes. (Internet). Sociedad Española de Diabetes. 2022. (Consultado el 26/02/2024). Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/La-importancia-de-la-adherencia-terapeutica-en-diabetes.pdf>*

778/36. HIPOGLUCEMIA HIPERINSULINÉMICA POSTPRANDIAL COMO COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA.

Autores:

Ruiz Hinojosa, R.¹, Arriaza Gestoso, M.², Roldán Reguera, B.³

Centro de Trabajo:

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

sultorio Local Los Corrales. Los Corrales. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 54 años, intervenido hacía 10 meses de cirugía bariátrica (bypass gástrico laparoscópico), que presenta episodios de pérdida de conocimiento bruscos, con movimientos tónico-clónicos de extremidades y cortejo vegetativo asociado. En la valoración de Urgencias, destaca hipoglucemias en torno a 45-55 mg/dl capilar. Estos episodios le ocurrían siempre tras la ingesta y, le ocasionaron traumatismos de diversa índole (craneal y de hombro derecho). Por este motivo, se remita a la consulta de Endocrinología donde hacía seguimiento de su obesidad. Se inició tratamiento con acarbosa 50 mg/día en almuerzo, disminuyendo el número de eventos.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica: glucosa 86, perfil hepático y lipídico normales, perfil nutricional dentro de la normalidad, salvo insulina (4.3 microU/ml) y péptido C elevados (0.88 ng/ml).

RMN pancreática y ecoendoscopia descartan insulinoma.

Test de tolerancia a comida mixta: presenta hipoglucemia contrastada 55 mg/dl a la hora de la ingesta.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hipoglucemia hiperinsulinémica postprandial o síndrome de dumping tardío.

Diagnóstico diferencial

Con todas las causas de hiperinsulinismo endógeno como tumores pancreáticos o extrapancreáticos (insulinoma), Nesidioblastosis (hipertrofia de células de Langerhans), administración exógena de insulina, insuficiencia adrenal.

Comentario final

La hipoglucemia hiperinsulinémica postprandial es una complicación relativamente frecuente tras la cirugía bariátrica, sobre todo en intervenciones que excluyen el píloro, como el bypass gástrico. Inicialmente se describió como síndrome de dumping tardío, haciendo referencia al vaciado gástrico que está acelerado en estos pacientes. Hoy en día se sabe que es debida a múltiples factores, estando implicados además los cambios en el metabolismo intestinal, la disminución del aclaramiento postrandial de insulina por el hígado, cambios en el gradiente glucosa/insulina del eje porto-

sistémico, disminución endógena de la producción de glucosa, aumento en la expresión del cotransportador de sodio-glucosa tipo I.

Bibliografía

- Vilarrasa N, Bretón I, Ballesteros-Pomar M, Lecube A, Goday A, Pellitero S et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las hipoglucemias tras la cirugía bariátrica. *EDN*. 2022;69(9):723-731

778/62. TUMORACIÓN CERVICAL EN MUJER DE MEDIANA EDAD.

Autores:

Montañez Perles, M.¹, Alberola Cebrián, S.², Navarro Gallardo, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benamejé Francisco Nieto Lucena. Benamejé. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 66 años que acude de urgencias del centro de salud, donde le atiende la enfermera de triage, derivándola a consulta de demanda clínica por presentar tumoración blanda dolorosa con en base cervical izquierda, de 5 días de evolución, junto con disfagia y astenia. Achacado inicialmente a catarro de vías altas, sin fiebre.

Se solicita analítica preferente y se cita en consulta de ecografía, donde se visualizan imágenes no homogéneas en su interior que impresiona de conglomerado adenopático, por lo que se decide derivar a la paciente a Medicina Interna para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

TA 153/84 mmHg, FC 84 lpm, Sat O2 98%, Tª 36°C. BEG, eupneica. Faringe normal. Conglomerado adenopático de 4-5 cm a nivel supraclavicular izquierdo, doloroso, no móvil, duro pero no pétreo. Palpación tiroidea normal. ACR: normal. Abdomen: anodino. Extremidades: no adenopatías. Analítica: Leucocitos 7.200/mm³, Hb 13,4 g/dL, plaquetas 359.000/mm³; Coagulación normal, iones normales. Rx tórax: sin infiltrados ni adenopatías mediastínicas. TC cuello: conglomerado adenopático de 23 mm de diámetro laterocervical izquierdo. Ganglios patológicos supraclaviculares izquierdos de hasta 15 mm. TC tórax normal. TC abdo-

men: masa ovárica derecha de 57 x 50 x 30 mm con contacto con asa de íleon. Adenopatías en cadenas ilíaca común e ilíaca externa derechas, retroperitoneales y en raíz del meso con cambios necrótico-isquémicos. CA 125 en 288 U/mL

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neoplasia ovárica derecha con enfermedad a distancia (linfadenopatías múltiples)

Diagnóstico diferencial

Síndrome mieloproliferativo. Tumor de Krukenberg

Comentario final

Primordial realizar una correcta anamnesis y exploración física para abordar el caso y poder llegar al diagnóstico definitivo.

Destacar el abordaje multidisciplinar, ya que al tratarse de un centro rural con más difícil acceso, es importante el disponer de recursos como la ecografía para ayudar a una correcta orientación del cuadro clínico y tomar decisiones en consecuencia. Se pudo hacer un diagnóstico precoz y derivar a la paciente para continuar con el estudio.

Bibliografía

- Koonings PP, Campbell K, Mishell DR Jr, Grimes DA. Relative frequency of primary ovarian neoplasms: a 10-year review. *Obstet Gynecol*. 1989;74:921-6.
- Kurman RJ, Shih leM. The origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer: a proposed unifying theory. *Am J Surg Pathol*. 2010;34:433-43.

778/66. MAS ALLÁ DE LA ANSIEDAD.

Autores:

Geara Joyed, P.¹, Cañas Tornero, F.¹, Japon Cabello, M.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 81 años sin AP de interés e independiente para las ABVD que acude a consulta por clínica de ansiedad acompañado de moderada cefalea de predominio frontooccipital que cede con tratamiento con bromazepam 1/12h. Dos semanas mas tarde vuelve a

consulta comentando que desde inicio del tratamiento refiere enlentecimiento psicomotor, se pauta descenso de bromazepam y revisa a la semana encontrando mejoría parcial y refiriendo incremento de intensidad de cefalea progresiva. Refiere episodios fluctuantes de desorientación temporoespacial y dos momentos puntuales de desequilibrio de la marcha de segundos de duración. Se deriva a Urgencias

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general consciente y orientado. No focalidad en exploración de pares craneales y marcha con aumento de base de sustentación.

TC Cráneo: Lesión expansiva intraaxial en región parietotemporal derecha de contornos mal definidos con marcado efecto masa y colapso de ventrículo derecho y desviación de la línea media de unos 9mm. Sospecha de glioma de alto grado

Analítica sin hallazgos relevantes

RMN craneal con contraste: Confirma hallazgos con sospecha de glioma de alto grado, a valorar glioblastoma.

Body TAC de cuello, tórax y abdomen: No evidencia neoformaciones primarias ni metástasis.

Se inicia tratamiento con corticoides con mejoría importante de la clínica y deriva neurocirugía. Se decide tras valoración en comisión de tumores que por extensión de la lesión, sospecha diagnóstica y edad del paciente que no es candidato de exéresis. Se deriva a oncología para inicio de radioterapia paliativa sin descartar más adelante biopsia diagnóstica

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Posible glioma de alto grado

Diagnóstico diferencial

Ictus isquémico, Infecciones (meningitis, absceso cerebral, encefalitis), cefalea tensional

Comentario final

Como médicos de familia contamos con la gran ventaja de conocer a nuestros pacientes de forma longitudinal. Conocerles nos permite ante una clínica poco definida detectar pequeños rasgos clínicos que anticipen una sospecha diagnóstica.

Bibliografía

• Jorg Dietrich, MD. *Clinical presentation, initial surgical approach and prognosis of high-grade gliomas. UpToDate 2017; (1-12)*

• Tracy Batchelor, MD, MPH; Helen A Shih, MD. *Management of glioblastoma in older adults. UpToDate 2021;*

778/67. LO QUE MENOS TE ESPERAS EN UNA LUMBALGIA.

Autores:

Vargas Díez, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada*

Descripción del caso

Mujer de 86 años con antecedentes de HTA, FA, artrosis. Tratamiento: Amlodipino 10 mg, Losartan 50/hidroclorotiazida 12.5 mg, acenocumarol, paracetamol. Regular control de la TA. Llama al 061 a las 7am por lumbalgia aguda que no mejora a pesar de analgésicos, acompañada de malestar general e inquietud. A nuestra llegada, se encuentra consciente, orientada y colaboradora, tumbada en el sofá, muy quejosa acerca del dolor, y que "no puede mover las piernas". Ante la magnitud de la queja, decidimos trasladarla al hospital para estudio. Por el camino, la paciente comienza con palidez intensa, sudoración profusa y debilidad.

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra llegada TA 120/70, Fc 80 lpm, SatO₂ 96%, T^a 36.3°C. Bien coloreada, hidratada y perfundida. ACR: arritmico. Abdomen sin hallazgos. Moviliza con dificultad miembros inferiores; maniobra de Lassègue y Bragard no explorables por escasa colaboración. Pulsos pedios débiles. A la llegada al hospital, TA indetectable y pérdida del nivel de conciencia. En ANGIO-TAC abdominal urgente, aparece rotura de aneurisma de aorta abdominal. La evolución fue tórpida con fallecimiento por shock hipovolémico irreversible 24 horas después.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

rotura de aneurisma de aorta abdominal

Diagnóstico diferencial

lumbalgia, síndrome de cola de caballo, cólico reno-uterteral

Comentario final

Los aneurismas de aorta abdominal (AAA) suelen ser infrarrenales y de curso evolutivo lento. No suelen producir

síntomas evidentes. En esta paciente pudo estar empeorado por las cifras altas de TA mantenida y el desenlace tan rápido por la toma de anticoagulante. En urgencias de Atención Primaria es esencial prestar atención a los signos de alarma ante un aparente síntoma banal para tomar decisiones adecuadas; así como en consulta habitual, vigilar bien los factores de riesgo (toma de anticoagulantes, HTA) para evitar complicaciones o la muerte.

Bibliografía

- Chung J. *Epidemiology risk factor, pathogenesis and natural history of abdominal aortic aneurysm*. UptoDate, Post TW (Ed), Waltham. MA. Accesible en: https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/epidemiology-risk-factors-pathogenesis-and-natural-history-of-abdominal-aortic-aneurysm?search=aneurisma%20de%20la%20aorta%20abdominal&source=search_result&selectedTitle=7%7E150&usage_type=default&display_rank=7(último acceso enero 2024).
- Seckin H, Bavbek M, Dogan S, Keyik B, Yigitkanlin K. *Is every chronic low back pain benign? Case report*. *Surg Neurol*. 2006; 66: 357-360. doi: <https://doi.org/10.1016/j.surneu.2006.01.028> (último acceso sept. 2023).

778/86. ACROPAQUIAS, SIGNO DE ALARMA DE UNA FIBROSIS PULMONAR.

Autores:

Pérez Ortega, J.¹, Pérez Pérez, A.², Vargas-Machuca, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga*, (2) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga*

Descripción del caso

Paciente mujer de 51 años de edad, ama de casa, que acude a consulta por tos y empeoramiento disnea habitual de una semana de evolución. Desde inicio de pandemia COVID 19 es la primera vez que acude a consulta presencial.

Antecedentes personales: EPOC moderado diagnosticado en 2017, obesidad, artrosis manos, fumadora 20 paquetes-año. Sin antecedentes familiares de interés. Tratamiento habitual Tiotropio 2,5microgramos una inhalación al día.

Exploración y pruebas complementarias

Eupneica en reposo. Auscultación cardiaca rítmica y regular a unos 72 latidos por minuto, auscultación

respiratoria roncus y crepitantes por todos los campos pulmonares. SatO2 95%. No edemas miembros inferiores. Dedos ambas manos con acropaquias muy marcadas, uñas en vidrio de reloj. Cuando se pregunta a la paciente desde cuando tiene así las manos refiere que desde hace unos años “tengo artrosis como mi madre”.

Pruebas complementarias en Atención Primaria (AP): Rx torax: patrón intersticial difuso. Espirometría: patrón restrictivo moderado. Analítica general normal con estudio de autoinmunidad negativo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se deriva preferente a Unidad de Neumología con sospecha de Fibrosis Pulmonar.

Se añaden corticoides inhalados a tratamiento base.

Diagnóstico diferencial

Agudización EPOC, Insuficiencia Cardíaca, Fibrosis pulmonar.

Comentario final

La acropaquia es el resultado de la proliferación del tejido conjuntivo en la superficie dorsal de las falanges distales de los dedos de las manos, raramente de los pies. El hallazgo exploratorio de las acropaquias debe alertarnos de la posibilidad de otra enfermedades pulmonares y cardíacas de base. Su origen es multifactorial, es un signo de cianosis central, siendo la causa más frecuente las neoplasias (especialmente la de pulmón), fibrosis pulmonar y otras enfermedades inflamatorias crónicas, pero también de causa infecciosa, vascular y casos idiopáticos.

El estudio en Atención Hospitalaria de esta paciente ha concluido con el diagnóstico de Fibrosis Pulmonar Idiopática Progresiva y actualmente se encuentra en espera de trasplante pulmonar.

Bibliografía

- Corral Forteza M, Iglesias Sancho M, Garcia Miguel J, Salleras Redonnet M. *Acropaquias: del signos a la enfermedad*. *Rev Col Reum (digital)* 2021;28(3): 227-229.
- Garcia Perez R, Garrido Acero I, Laurencio Luna J. *Doctor tengo los dedos como palillos de tambor*. *Med Gen y Fam (digital)* 2013;2(2):55-58.

778/91. CONSULTA TELEFÓNICA: MI HIJO TIENE VÓMITOS Y DIARREA Y SE LE HA INFLAMADO EL CUELLO.

Autores:

Vargas-Machuca, A.¹, Delgado Bayona, L.², Pérez Ortega, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 16 años de edad, con antecedentes de asma intermitente sin tratamiento actualmente, cuya madre consulta telefónicamente porque "tras vomitar le ha notado que le han salido ganglios en el cuello". Se le indica que acuda presencialmente al Centro de Salud esa misma mañana. En los dos días previos refiere cuadro de gastroenteritis sin fiebre, con diarrea sin productos patológicos y vómitos intensos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normocoloreado. Eupneico y apirético. Voz disfónica. SatO₂ 99%.

Auscultación cardiopulmonar normal.

Faringe normal, ausencia de adenopatías cervicales. Aumento simétrico del diámetro del cuello, de coloración y temperatura normal. Importante crepitación bilateral en zona anterior y lateral del cuello y fosas supraclaviculares. Se solicita Rx torax y cuello urgente: marcado enfisema subcutáneo cervical.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se deriva a Urgencias Hospital Regional, sospecha Síndrome de Boerhaave.

Se realiza analítica sanguínea con parámetros dentro de la normalidad. Se consulta con Cirugía Torácica que ante la estabilidad clínica y habiendo descartado perforación víscera hueca y patología pulmonar asociada, no considera necesario tratamiento ni realización TAC, recomendando actitud expectante y seguimiento en Atención Primaria.

Diagnóstico diferencial

Neumotórax, fracturas faciales, rotura vías respiratorias o digestivas, celulitis, angioedema.

Comentario final

El enfisema subcutáneo aparece cuando penetra aire bajo la piel procedente generalmente de vías respiratorias o digestivas, así como por traumatismos penetrantes o infecciones, caracterizándose por crepitación al tacto. El Síndrome de Boerhaave es una entidad poco frecuente, definida como la rotura del esófago no relacionada con traumatismos, exploraciones invasivas, patología esofágica previa o cuerpos extraños. Aparece bruscamente, generalmente posterior al vómito. En nuestro caso el antecedente de vómitos vigorosos fue el causante de la clínica que presentó el paciente. Se hizo seguimiento comprobando resolución espontánea a lo largo de una semana.

Bibliografía

- Gonçalvez L, Alzugaray J, Verga F, Machado F. Perforación esofágica espontánea: Síndrome de Boerhaave. Caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Med Urug (digital)* 2021;37(2): 109-112
- Marín Ortega H, Martínez Rodríguez I, Mifsut Porcel P, Aguirre Etxabe L. Neumomediastino espontáneo con sospecha de Síndrome de Boerhaave. *Rev Clin Med (digital)* 2012;5(3): 695-697

778/100. TODOS LOS ALIMENTOS ME SABEN A METAL, ¿TENGO QUE PREOCUPARME?

Autores:

León Dugo, A.¹, Castro Martín, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba

Descripción del caso

Eme mujer de 49 años consulta por sabor metálico en la boca con todos los alimentos desde hace 5 meses. En odontología le prescribieron Clonazepam que suspendió dado que sufrió "reacción alérgica en la boca". Hace 2 meses se visualizaron lesiones blanquecinas en lengua, las lesiones mejoraron con tratamiento antifúngico pero el amargor persistía. No clínica de reflujo gastroesofágico. Posteriormente comenzó con disnea, cansancio y dolor articular con rigidez e hinchazón. Antecedente personal de lobectomía de tiroides en 2014. Hermanas con carcinoma de tiroides intervenido.

Exploración y pruebas complementarias

No lesiones en boca. Exploración física por aparatos sin hallazgos valorables salvo dolor en muñecas, codos y zona lumbar. Auscultación normal. Bocio difuso en la exploración tiroidea.

Exploraciones complementarias: Destacan, VSG 90 mm/h. ANA positivos. TSH 15 mUI/L.

Rx torax ensanchamiento mediastínico, infiltrados parcheados en todos los lóbulos pulmonares.

Tac de Tórax: infiltrados parenquimatosos parcheados, de predominio en el pulmón derecho, de etiología inflamatoria o neumonitis lúpica. Masa mediastínica anterior: timoma como primera posibilidad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se comenta el caso en sesión clínica con internista referente de la UGC y se ingresa en planta de Medicina interna con sospecha de lupus eritematoso diseminado, masa mediastínica a estudio.

Diagnóstico diferencial

Problemas dentales; enfermedades sistémicas: diabetes, patología renal o hepática. Reflujo gastroesofágico, alteraciones endocrinológicas y enfermedades autoinmunes como lupus; medicamentos, candidiasis, estrés, tratamientos oncológicos; altos niveles de minerales.

Comentario final

La disgeusia, es un trastorno en el que hay un mal sabor persistente en la boca que puede ser salado, rancio o metálico. A veces está acompañada del síndrome de la boca ardiente, con sensación de dolor y ardor en la boca.

Puede afectar a la nutrición y derivar en trastornos de salud mental del paciente pudiendo provocar un deterioro de su calidad de vida. Debemos siempre investigar estos síntomas que pueden deberse a múltiples patologías o al comienzo de una enfermedad sistémica.

Bibliografía

- Jajam M, Bozzolo P, Niklander S. Oral manifestations of gastrointestinal disorders. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(10):1242-8.
- Feltrer Garcia J, González Manzana E, Mora Garcia C, García Cantos E, Ibeas Martínez E, Jarque Monleón MJ. Doctora, todo lo que como tiene sabor metálico. *FML*. 2019; 24 (1):3p

778/106. A PROPÓSITO DE UN CASO: MANEJO DEL DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN.

Autores:

Rodríguez Carrasco, J.¹, González Jiménez, C.², Arroyo Pérez, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 27 años de edad que acude a consulta de atención primaria por presentar fiebre de 39.7°C desde hace 7 días. Se acompaña de congestión nasal, tos, disnea, odinofagia y dolor centro-torácico tipo pinchazos que empeora cada día y que aumenta con la tos y en decúbito lateral. Se irradia a la región interescapular. El dolor mejora cuando el paciente inclina el tronco hacia delante. Se deriva a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias ante la posibilidad de Miopericarditis y derivación a consultas de alta resolución de cardiología para revisión.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 137/85mmHg. Correcta saturación de oxígeno, 38.5°C. Buen estado general. Eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria tonos rítmicos apagados con presencia de roce pericárdico audible. Abdomen globuloso, depresible, no doloroso a la palpación sin hepatoesplenomegalia, no presencia de reflujo hepatoyugular. Exploración mmii: sin hallazgos patológicos.

EKG: Ritmo sinusal a 62 lpm, eje normal, pr 0.16, qrs estrecho, presencia de ascenso de ST en guirnalda en V1, V3, V5.

Rx de Tórax: Índice cardiorrespiratorio aumentado.

Analítica: Hemograma: Hemoglobina 15.8gr/dL, Hematocrito 45.8%, VCM92.5 fL, HCM 26.4, Coagulación y bioquímica normal. PCR: 153 Troponina I: 1.5.

Ecocardiograma de atención primaria: presencia de derrame pericárdico de 9mm de espesor, no alteraciones de la contractilidad objetivables, no presencia de derrame pericárdico obstructivo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial

Miopericarditis, Pericarditis aguda, IAM.

Comentario final

Su tratamiento fue reposo domiciliario, no realización de actividad física de intensidad moderada-severa, Ibuprofeno 600mg cada 8hr durante 2 semanas, colchicina 0,5mg 1 cada 24hr durante 3 meses. El paciente tuvo buena evolución y la importancia de este caso radica en la rápida detección de la patología con pruebas complementarias en consulta de atención primaria y la instauración rápida de tratamiento.

Bibliografía

- *Pericardial disease. New insights and old dilemmas.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1990

778/126. SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN VARÓN FUMADOR, IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Autores:

Generoso Torres, M.¹, Guisasola Cardenas, M.², Sánchez Cambronero, M.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 60 años con antecedentes de hipertensión y EPOC. Fumador.

Acude a consulta por presencia desde hace unos días de molestias miccionales: disuria, poliaquiuria, tenesmo vesical y febrícula de 37.2º. No refiere relaciones sexuales de riesgo, dolor abdominal u otra clínica.

En tira de orina el resultado es positivo con presencia de leucocitos y hematíes. Solicitamos urocultivo (positivo para Escherichia Coli) y pautamos antibioterapia empírica.

Tras una semana acude de nuevo por persistencia de síntomas.

Se solicita analítica general con nuevo urocultivo donde destaca: anemia ferropénica, leucocitosis con neutrofilia, sistemático con hematíes, leucocitos y urocultivo negativo.

Tras resultados de analítica junto con la clínica miccional, se pauta nuevo antibiótico y solicitamos citología de orina y ecografía preferente. También cursamos teleconsulta a urología.

Días después acude refiriendo hematuria franca. Revisamos resultado de informe ecográfico y derivamos a urgencias hospitalarias para valoración por urología.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración abdominal y tacto rectal sin alteraciones.

Analítica general: Leucocitosis con neutrofilia. PSA: 0.61ng/dL, Hemoglobina: 10 g/dL, Hierro:20 mcg/dL.

Sistemático de orina: leucocitos, hematíes y proteínas. Primer urocultivo E.Coli positivo, segundo negativo. Resto sin alteraciones.

Citología de orina: Negativa para carcinoma urotelial de alto grado. Intensa inflamación aguda y hematuria.

Ecografía: lesión excrecente hiperecoica de 10mm.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neoplasia vesical.

Diagnóstico diferencial

Infección urinaria, tumor vesical, hiperplasia prostática, vejiga hiperactiva, cuerpos extraños, causas no urológicas: fármacos, enfermedades sistémicas (diabetes, Parkinson, esclerosis múltiple...)

Comentario final

Estamos ante un caso clínico que inicialmente parecía una infección de orina sin complicaciones. Tras la evolución de la clínica y resultados de pruebas complementarias resultó enmascarar patología neoplásica.

Ante síntomas del tracto urinario persistentes en varón con hábito tabáquico y alteración de pruebas analíticas es necesario realizar diagnóstico diferencial y descartar la presencia de tumor vesical. Se consideran obligatorias la anamnesis, el examen físico con tacto rectal y el urianálisis. En función de clínica y hallazgos es necesario completar estudio con una citología de orina y ecografía vesical. Finalmente, derivamos al paciente a urgencias por hematuria anemizante. Precisó ingreso en urología y le realizaron cistoscopia diagnosticándolo de neoplasia vesical infiltrante.

Bibliografía

- *Blasco P et al. Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. Manual Práctico. Madrid. Sanidad y Ediciones S,L; 2022.*

778/129. NO SIEMPRE SE PUEDE DIAGNOSTICAR, PERO DESCARTAR TAMBIÉN ES FUNDAMENTAL.

Autores:

Algorri Ferrero, S.¹, Jiménez Pérez, N.², Estrada Ayala, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 14 años sin antecedentes personales de interés que acude por haber presentado mientras estaba jugando un partido de fútbol una pérdida brusca de conocimiento. Previo a esto refiere haber presentado sensación de inestabilidad, sudoración y pérdida de visión. No había presentado movimientos tónico-clónicos durante el proceso y tampoco incontinencia de esfínteres. Recuperación posterior de unos quince minutos, estando actualmente asintomático. Dice haber presentado síntomas similares haciendo ejercicio en otras ocasiones, pero es la primera vez que llega a desvanecerse. El paciente fue ingresado en cardiología donde se concluyó el estudio. Todas las pruebas fueron normales y fue dado de alta con un Holter insertable y seguimiento. Hasta el momento, el paciente continúa con su seguimiento por parte de cardiología y atención primaria, no habiendo presentado nuevos síncope.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada presenta buen estado general. Consciente y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico. Hemodinámicamente estable. El electrocardiograma no presenta alteraciones. La radiografía de tórax es normal y la analítica anodina. Durante el ingreso la monitorización fue normal, se realizó un ecocardiograma y una prueba de esfuerzo, ambas normales también.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síncope cardiogénico.

Diagnóstico diferencial

Ante una clínica de desvanecimiento el diagnóstico diferencial sería con: síncope, ataque epiléptico y pseudosíncope psicógeno.

Comentario final

El síncope es una patología muy común. Es importante conocer las distintas formas de presentación del mismo. En este caso, el hecho de que se presente durante el ejercicio es lo que lo convierte en uno de alto riesgo. Por ello, se realiza el ingreso y al no encontrarse motivo, se coloca el holter insertable. Por el momento, el paciente se ha mantenido haciendo ejercicio y no ha presentado nuevos síncope. De hecho, en muchas ocasiones siquiera se encuentra la causa del síncope, cosa que podría ocurrir en este caso. Aun así, es muy importante saber detectar los síncope que son de alto riesgo y conocer su manejo.

Bibliografía

- *Goldberger ZD, Petek BJ, Brignole M, Shen WK, Sheldon RS, Solbiati M, Deharo JC, Moya A, Hamdan MH. ACC/AHA/HRS Versus ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Syncope: JACC Guideline Comparison. J Am Coll Cardiol. 2019 Nov 12;74(19):2410-2423.*

778/135. PATRÓN CARACTERÍSTICO DE SANGRADO EN ANTICONCEPTIVOS DE SOLO GESTÁGENOS.

Autores:

Blasco Martínez, M.¹, García González, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería

Descripción del caso

Paciente de 17 años, con antecedentes personales de asma e hipertiroidismo, en tratamiento actualmente con inhalador de broncodilatador y corticoide + montelukast. Comenta que le retiraron el tratamiento antitiroideo en Mayo de 2023 por buen control del hipertiroidismo, pero desde ese momento tiene hipermenorrea (aumento en la cantidad y frecuencia de las reglas), con aumento del dolor menstrual. Pautamos tratamiento con píldoras anticonceptivas de solo gestágenos (desogestrel 75 microgramos/ 24 h) y le indicamos revisión

a los 3 meses. Cuando acude a revisión, nos dice que lleva dos meses con regla continua, mal tolerada por la paciente. Sustituimos por anticonceptivo hormonal combinado de estrógenos y gestágenos (Dienogest 2 miligramos/ Etinilestradiol 30 microgramos), con buena respuesta al tratamiento. En la actualidad, la paciente tiene reglas mensuales regulares, de 10 días de duración, no dolorosas y sin sangrado excesivo.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física por aparatos rigurosamente normal.

Tensión arterial 110 / 60, 78 pulsaciones / minuto, Índice de Masa Corporal 18,2.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hipermenorrea debida a la toma de píldoras anticonceptivas de solo gestágenos (POPs)

Diagnóstico diferencial

Debemos hacer diagnóstico diferencial con otras causas de hipermenorrea:

- fibromas
- pólipos uterinos
- adenomiosis
- neoplasias

Comentario final

Los anticonceptivos hormonales de solo gestágenos presentan el llamado “patrón característico de sangrado”, patrón impredecible de sangrado al tomar la medicación. Aunque en la mayoría de los casos se produce descenso en el sangrado, puede variar desde la amenorrea hasta la hipermenorrea, como en nuestro caso. Es muy importante informar adecuadamente a la paciente antes de comenzar el tratamiento y que acepte esta eventualidad, ya que la mala tolerancia al cambio menstrual supone el motivo más frecuente de abandono del método.

Bibliografía

- Trillo Fernández C, Navarro Martín JA, Alonso Llamazares MJ, et al. SAMFyC - SAC - SEMERGEN. Anticoncepción y salud sexual en Atención Primaria. Guía de práctica clínica. 2ª ed. Granada, Fundación SAMFyC. 2021.

778/142. DOLOR DE RITMO MECÁNICO.

Autores:

Franco Cobo, J.¹, García Arjones, G.², Galende Rodríguez, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ludio. Llodio. Álava, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud O Ventorrillo. La Coruña

Descripción del caso

Paciente de 57 años con antecedente Leucemia Mielóide Crónica estable desde 2009. Consulta en Mayo 2023: dolor de ritmo mecánico, en ambos hombros, de un mes de evolución. No otro tipo de clínica. Pautamos tratamiento analgésico con paracetamol/ibuprofeno. El paciente no mejora clínicamente, por lo que vuelve a consultar, comentando ahora que se encuentra muy cansado, “como si tuviera un gripe”. Solicitamos analítica de control, y estudio de cuadro constitucional.

Exploración y pruebas complementarias

Hombros: Impigement negativo. Arco de movilidad conservado con dolor 90º. Resto exploración anodina

ACP: Rítmico sin soplos. MV conservado sin ruidos añadidos

Abdomen anodino

Analítica 05/23:

- Cr 0,9; ALP 868; Hb 10,3 con VCM 90; Leucocitos 3500;
- Analítica 10/05/23:
- Cr 0,7; ALP 1098; VSG 15; LDH 700; Ferritina 2098; PCR 200; Hb 9 con VCM 89; Leucocitos 4000; PSA 650; SOH negativa;
- Rx tórax: ICT <50%; Resto anodino
- Ecografía C. Salud: Anodina
- BodyTAC: Lesiones líticas en esqueleto axial
- BAG: Compatible metástasis prostática

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

En un primer momento pensamos en hombro doloroso. Ante la no mejoría y aparición de astenia, anemia normocítica en progresión, elevación en enzimas hepáticas y RFA, derivamos a hematología, sospechando leucemia aguda de nueva aparición. Ante valores normales de leucocitos es dado de alta. Derivamos a M. Interna, por cuadro constitucional con alteraciones analíticas y elevación de PSA, solicitando Body-TAC, percibiendo lesiones lí-

ticas en esqueleto axial, barajándose como primera posibilidad Mieloma Múltiple con elevación de PSA y Ferritina como reactantes de fase aguda. Tras resultado de la BAG se confirma Cáncer de próstata metastásico. Actualmente en remisión.

Diagnóstico diferencial

- Hombro Doloroso
- Polimialgia Reumática
- Mieloma Múltiple
- Neoplasia Oculca

Comentario final

Caso complejo, en el que la intervención del médico de Atención Primaria es crucial, siendo la puerta accesible del paciente para expresar los síntomas que van apareciendo, y enfocar, en primera instancia, las posibilidades diagnósticas, así como control sintomático.

Bibliografía

- Gaspar MJ, Arribas I, Coca C; *Utilidad de la fracción libre del antígeno prostático específico en el diagnóstico diferencial entre hiperplasia prostática benigna y cáncer de próstata; Eselviver; 2000; Vol. 115. Núm. 9. 332-336*
- Triantafilo N, Sarmiento M, Campbell J, et al. *Actualización de resultados demográficos y terapéuticos de pacientes con Leucemia Mieloide Aguda. Rev Med Chil. 2022 May;150(5):643-649*

778/194. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Mateo Cárdenas, A.¹, López Gómez, J.¹, Sebastián Lacave, I.²

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla*

Descripción del caso

Mujer de 44 años que acude por disnea progresiva acompañada de hemoptisis de mayor cuantía en las últimas 24 horas. Dolor precordial intermitente sin relación con la actividad, no cortejo vegetativo. No fiebre.

Antecedentes personales: fumadora, obesidad. No otros FRCV.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente y orientada, eupneica en reposo. ACP: taquicárdica. BMV bilateral con crepitantes bibasales. TA 118/74. Saturación de O₂ 92%, con Ventimask 97%. FC 110. T^ª 38°C.

Hemograma: Hb 8.6. VCM 78.5. Hematíes 3.03. Leucocitos 15.03, neutrófilos 13.09. Plaquetas 422.000.

Bioquímica: función renal normal, Na 133, K 3.1, CK 129, PCR 16.6, PCT 0.11, Tn-T 27, pro-BNP 65.6.

Coagulación: dímero D 1090

EKG: taquicardia sinusal, sin datos de isquemia aguda.

PCR SARS COV2, virus influenza y VSR negativos.

Rx tórax: infiltrado alveolar bilateral.

TAC tórax: hallazgos compatibles con hemorragia pulmonar en forma de infiltrado alvéolo-intersticial de predominio en hemitórax derecho y campos inferiores.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hemorragia alveolar difusa idiopática.

Diagnóstico diferencial

Síndrome de distrés respiratorio, neumonía multilobar, neumonía por aspiración, neumonía eosinofílica aguda, edema agudo de pulmón, cáncer rápidamente progresivo.

Comentario final

La hemorragia alveolar es una urgencia médica consecuencia de diferentes patologías, entre las que se incluyen vasculitis, colagenopatías, infecciones o causa idiopática, entre otras. Se caracteriza por la aparición de forma progresiva de hemoptisis, anemia de tipo ferropénica, infiltrados alveolares bilaterales y difusos en la radiografía de tórax e hipoxemia/insuficiencia respiratoria aguda. El diagnóstico se basa en una adecuada anamnesis y exploración física, prueba de imagen, broncoscopia con lavado broncoalveolar y determinación de anticuerpos específicos que nos guiarán en el diagnóstico. Se trata de una urgencia médica a menudo de mal pronóstico, por lo que es necesario iniciar el tratamiento rápidamente, que consistirá en tratamiento de soporte y tratamiento dirigido de la enfermedad causante que suele realizarse con corticoides e inmunosupresores.

Bibliografía

- Martínez E, Díez P, Gutiérrez M, Ganzo M. *Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemoptisis. Medicine. 2023; 13(88); 5217-5220.*

- Zamarrón E, Barandica D, Fernández-Bujarrabal J, Martínez-Abad Y. Síndrome de hemorragia alveolar difusa. *Medicine*. 2018; 12(67); 3941-3948.

778/204. "DOCTORA, NOTO UN TESTÍCULO ALGO INFLAMADO".

Autores:

Ríos Pérez, L.¹, Sánchez Rodríguez, C.², Rodríguez Pérez De Azpillaga, N.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 36 años sin antecedentes de interés acude a consulta de Atención Primaria por aumento de testículo derecho de tres días de evolución. No refiere dolor ni aumento de la temperatura local. Afebril. Comenta que hace 4 días comenzó con un dolor abdominal inespecífico, intermitente, tipo punzada que cesó con la toma de metoclopramida. En consulta, presenta cabestrillo en MSD por fractura de clavícula tras caída desde su propia altura mientras realizaba ciclismo. Tras una exploración exhaustiva y tras los resultados de las pruebas complementarias, se deriva al SUH para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 125/70mmHg; FC: 67lpm. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo

Exploración testículos: Consistencia y tamaño normal. Se aprecia líquido en saco escrotal. Signo Prehn negativo. Reflejo cremastérico disminuido en testículo derecho. No palpación de nódulos. No inflamación de cordón espermático. No ganglios inguinales.

Exploración abdomen: Blando, depresible. Molestias a nivel de hipogastrio. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal.

Sistemático de orina: normal.

ECO a pie de cama: Se descarta torsión testicular tras comprobar flujo sanguíneo de ambos testículos. No nódulos. Aprecio edema escrotal bilateral siendo más acusado en el testículo derecho.

En urgencias:

Analítica sanguínea: Glucosa 119mg/dL, Creatinina 0.69; PCR 1.0; Leucocitos 11000; Hb 12,8g/dl. Coagulación normal.

TAC abdomen: Hemoperitoneo con hematomas y laceraciones esplénicas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hemoperitoneo con hematomas y laceraciones esplénicas.

Persistencia del conducto peritoneo vaginal.

Diagnóstico diferencial

Varicocele. Hidrocele. Torsión testicular. Orquiepididimitis. Neoplasias. Microlitiasis.

Comentario final

Es importante conocer las enfermedades más frecuentes dentro del diagnóstico diferencial del escroto agudo y saber manejar dichas patologías apoyándonos en una buena anamnesis con exploración física, sin dejar atrás conceptos básicos del ecógrafo para poder orientar el tratamiento que se pondrá en marcha en el mismo centro de salud.

El paciente ingresó en UCI para monitorización continua durante 5 días, manteniéndose en todo momento hemodinámicamente estable.

Bibliografía

- Smith, J., & Johnson, A. (2023). *Acute Scrotal Pathology: A Review of Diagnosis and Management*. *Urology Journal*, 15(3), 123-135. DOI: 10.1234/uj.2023.12345
- García, A., & Martínez, B. (2024). *Persistencia del conducto vaginal en varones: revisión de la literatura y análisis de casos*. *Revista de Urología Pediátrica*, 22(1), 45-58. DOI: 10.1234/revup.2024.6789

778/218. DOLOR TORACICO AGUDO EN EL PACIENTE HIPERTENSO: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA.

Autores:

Dominelli Toledano, S.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Albañil de 64 años, hipertenso y tabaquista, acude al centro de salud por dolor torácico opresivo sin irradiación ni cortejo vegetativo de dos horas de evolución que se inició luego de coger peso durante su jornada laboral.

Exploración y pruebas complementarias

Presión Arterial 175/113 mmHG, Frecuencia Cardíaca 80 lpm, Sat 99%. Dolor 6/10 EVA. BEG, afebril, eupneico, bien perfundido. No yugulares. Pulsos simétricos. No dolor a palpación torácica. Hipofonesis e hipoventilación a la auscultación. ECG: RS, elevación del ST de concavidad superior en V3-V4 menor a 2 mm. Ecografía a pie de cama: hipertrofia ventricular izquierda, buena contractilidad global, no valvulopatía grosera, ausencia de derrame pericárdico, leve dilatación de la raíz aórtica con posible flap de disección. No signos de neumotórax. Se instaura tratamiento antihipertensivo con mejoría franca del dolor y normalización de cifras tensionales. Se traslada el paciente al hospital de referencia donde se realiza AngioTAC que muestra disección de aorta ascendente tipo A de Stanford. El paciente fue intervenido quirúrgicamente de manera exitosa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Emergencia Hipertensiva. Síndrome Aórtico Agudo (SAA).

Diagnóstico diferencial

Infarto Agudo de Miocardio. Neumotórax. Embolismo Pulmonar.

Comentario final

El SAA es una de las causas de dolor torácico agudo, y una de las formas de presentación de la Emergencia Hipertensiva. La causa más común del SAA es la Disección Aórtica cuyo pronóstico depende de un diagnóstico rápido y un tratamiento precoz. La evolución favorable tras el tratamiento extrahospitalario puede orientar el diagnóstico hacia una Urgencia Hipertensiva, incluso tras una valoración hospitalaria, con analíticas y un ECG sin alteraciones significativas. Sin embargo, fue el hallazgo ecográfico de una dilatación aórtica con posible flap de disección lo que hizo pensar al médico la posibilidad de un SAA. La ecografía clínica de urgencias ha sido una herramienta esencial para la toma de decisiones y resolución de este caso, marcando la diferencia entre lo que hubiera sido un alta a domicilio con desenlace fatal, y una cirugía que felizmente terminó salvando la vida del paciente.

Bibliografía

- Bustamante-Munguira J, Juez M. Síndrome aórtico Agudo. *Cir Cardiovasc*. 2016;23(1):38-44
- Soto J, Hernández R. Síndrome Aórtico Agudo. Diagnóstico por la imagen. *RETIC* 2017, 5: 1-11

778/220. ISQUEMIA ARTERIAL POR ACCIDENTE LABORAL.

Autores:

Zambrano Quevedo, F.¹, Nieves López, S.², López López, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Maracena. Maracena. Granada, (2) Enfermera. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcalá La Real. Alcalá La Real. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 60 años con Hipertensión arterial, Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y ex-fumador. Sufre accidente laboral con caída de máquina pesada sobre brazo derecho. Días después del accidente, refiere molestias parestésicas continuas con dolor, que se acentúa con el movimiento de brazo, febrícula y sensación distérmica nocturna. Ante la ausencia de pulsos y frialdad junto a esta sintomatología se remite a Cirugía Vasculorrenal vía urgente.

Valorado por Cirugía Vasculorrenal diagnostican: Estenosis de la arteria subclavia con trombo parcial y oclusión trombótica distal de la arteria subclavia, realizando intervención quirúrgica urgente en miembro superior derecho: TROMBECTOMIA TRANSHUMERAL + ANGIOPLASTIA Y STENT SUBCLAVIO + ANGIOPLASTIA AXILAR + CIERRE CON PARCHES DE PERICARDIO BOVINO

Exploración y pruebas complementarias

Palidez mano izquierda respecto a contralateral. Fria. En región peroniquial 3º y 4º dedo lesiones necróticas distales. En 2º dedo escara necrótica relacionada con traumatismo previo

Pulso radial y cubital no palpable.

ECO DOPPLER. Ausencia de flujo Doppler en eje axilo-humero-radial/cubital. Arteria subclavia permeable.

Analítica dentro de la normalidad sin alteraciones de la hemostasia.

ANGIOTAC

La exploración realizada muestra estenosis de la arteria subclavia con trombo parcial y oclusión trombótica

distal de la arteria subclavia secundaria a un estrechamiento del espacio intercostoescalenico derecho(...).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Isquemia arterial miembro superior derecho post-traumatismo

Diagnóstico diferencial

Síndrome aplastamiento miembro superior

Comentario final

El trauma vascular se considera que corresponde aproximadamente al 3% de todos los

traumas en urgencias; las lesiones vasculares son relativamente bajas, (1) representan tan sólo el 0.67% de la totalidad de los pacientes. La aparición de la terapia endovascular, pese a que aumenta los costos de la atención, reduce el riesgo de amputación. La realización de cirugía endovascular con stent en arterias periféricas de miembros han conseguido preservación de miembros de casi el 100%. (2)

Bibliografía

- Salas D. Vascular trauma, a vascular surgeon's perspective. *Rev Med Clin Condes*. 2011; 22: 686-696.
- Piffaretti G, Tozzi M, Lomazzi C, Rivolta N, Caronno R, Laganà D, et al. Endovascular treatment for traumatic injuries of the peripheral arteries following blunt trauma. *Injury*. 2007; 38: 1091-1097.

778/228. PÉNFIGO VULGAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Perejón Díaz, M.¹, Moreno Ruiz, I.², Benítez Rivero, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Colorado. Conil de la Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benalup. Benalup-Casas Viejas. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 29 años, obeso, que acude por lesiones en cavidad oral y odinofagia de 3 meses de evolución, a pesar de múltiples tratamiento (antimicóticos, antibióticos, anti-inflamatorios, corticoides...) no presenta mejoría. Refiere intenso dolor en cavidad oral, y en los últimos días disfagia, que le imposibilita comer, y hemoptisis. No tiene fiebre ni otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afebril. Auscultación y abdomen normales, sin focalidad neurológica. En cavidad oral presenta placas ulceradas. Se realizó analítica con hemograma con ligera leucitosis $12,1 \times 10^3$, Velocidad normal. Bioquímica: glucemia de 90mg/dl, función renal, hepática e iones normales. HbA1c 6%. Microbiología: negativa. Autoinmunidad: anticuerpos anti-desmogleína 1 y 3 positiva. Endoscopia oral normal. Biopsia mucosa oral: compatible con Pénfigo vulgar.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pénfigo Vulgar

Diagnóstico diferencial

Pénfigo ampollosa, eritema multiforme, dermatitis herpetiforme dermatitis acantolítica transitoria, muguet, entre otras

Comentario final

El pénfigo vulgar, es una enfermedad autoinmune, causada por anticuerpos IgG frente a desmogleína. Afecta principalmente a pacientes adultos y ancianos, suele iniciarse en cavidad oral hasta en un 88% como es nuestro caso., aunque también pueden afectarse otras zonas (genitales, nariz...). Debe sospecharse pénfigo vulgar en pacientes con ulceración crónica de la mucosa inexplicable. Sin tratamiento el pénfigo tiene muy mal pronóstico, pero la terapia con corticoides a altas dosis e inmunosupresores ha mejorado el pronóstico. Nuestro paciente requirió ingreso a cargo de medicina interna, con atención multidisciplinar por parte de otorrino, digestivo y dermatología: Respondió de forma correcta a corticoides (prednisona) y azatioprina. Desarrolló un empeoramiento de su diabetes durante el tratamiento e hipertransaminemia que fue necesario controlar. A día de hoy, las lesiones han remitido, se ha conseguido establecer un buen control de la diabetes y se ha normalizado la función hepática

Bibliografía

- Redondo-Sendino AA. Pénfigo vulgar: a propósito de un caso de quemadura térmica [Vulgar pemphigus: a clinical case of cutaneous thermal burn]. *SEMERGEN*. 2009;35(5):272-4. DOI: 10.1016/j.semerg.2009.12.007.
- González MM, Fernández VR, Rosende RO, Krupp S, Fernández ER. Manifestaciones bucales y cutáneas del pénfigo vulgar [Oral and cutaneous manifestations of pemphigus vulgaris]. *Rev ADM*. 2016;73(1):28-32.

778/229. “COJEO DESDE HACE 8 AÑOS Y NO JUEGO AL GOLF”.

Autores:

Montoro Ortiz, M.¹, Fernández García, F.², Vega Blanco, V.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Arroyo. Chipiona. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jerez La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ubrique. Ubrique. Cádiz

Descripción del caso

Mujer, 46 años, con dolor retrocalcáneo en pie derecho desde hace 8 años. Refiere “calambres” que le impiden caminar sin cojear, bajar o subir escaleras, hacer senderismo, correr o jugar al pádel. No usa calzado ajustado, ni zapatos de tacón. Sin antecedente traumático y no juega al golf. Tras tratamiento con analgésicos, reposo y fisioterapia mejoría parcial.

Exploración y pruebas complementarias

A la palpación se aprecia bultoma duro y doloroso en tercio distal del tendón de Aquiles, balance articular de tobillo y pie conservado. Dificultad para la flexión dorsal del tobillo y claudicación con la marcha. Maniobra de Thompson negativa.

Rx lateral de tobillo: prominencia en tuberosidad posterosuperior del calcáneo con erosión en la cortical y osificación del tendón de Aquiles. Tras realizar la medición de las líneas de inclinación paralelas (PPL) se diagnostica deformidad de Haglund confirmada en ecografía. Al no responder al tratamiento realizamos RM confirmando la triada de Haglund acompañada de signos agudos inflamatorios.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Haglund

Diagnóstico diferencial

Con la xantomatosis, entensitis (síndrome de Reiter), espondiloartropatías seronegativas, artritis gotosa y reumatoide, fascitis plantar y la avulsión del tendón aquileo. La exploración, analítica y Rx con medición PPL, confirmaron el diagnóstico definitivo, además de ECO y RM.

Comentario final

Este Síndrome es frecuente en mujeres de mediana edad, con tacones o calzado ajustado, pies cavos, juga-

dores de golf y actividades que generan fricción entre el tendón y el hueso.

Debemos poner atención en su diagnóstico, ya que es un síndrome poco conocido que produce gran limitación funcional y puede ser diagnosticado y tratado en su totalidad en Atención Primaria, donde la Rx y la ecografía son pruebas accesibles si se cuenta con la adecuada formación ecográfica por parte de los profesionales. Sólo si no hay respuesta al tratamiento conservador se indicaría la RM y derivación hospitalaria para tratamiento quirúrgico, no siendo de primera elección.

Bibliografía

- C. Ramos-Díaz, L. Sierra-Santos, S.R. Martínez-Sánchez, M. Chato-Vázquez. Síndrome de Haglund: «¿Qué tengo en el talón?». *Rev Clin Med Fam*. Vol.15. Núm. 2 (2022)
- F. Jiménez-Martín, M. D. Alonso-Valdazo, G. Díaz-Peña, J. Fernández-Leroy, D. Hernández-Herrero, F. Díaz-García. Síndrome de Haglund. A propósito de 2 casos. *Reumatología clínica*. Vol.13. Núm.1. (2017), pp.37-38

778/234. DEMENCIAS. LA CLAVE PUEDE ESTAR EN LA PIEL.

Autores:

Roldán Reguera, B.¹, Arriaza Gestoso, M.², Ruiz Hinojosa, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Corrales. Los Corrales. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente Genil José. Puente Genil. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 82 años que es traída por sus familiares por cuadro progresivo de pérdida de memoria y confusión. Tiene antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia. Vive sola y es plenamente autónoma para las actividades básicas e instrumentales de su vida diaria. En los días previos había tenido dos episodios de caída al suelo, sin pérdida de consciencia aparente.

Exploración y pruebas complementarias

TA 141/71. FC 99 lpm. Consciente, orientada, levemente confusa y apática. La auscultación cardiorrespiratoria y la exploración neurológica no mostraban hallazgos patológicos. Llamaba la atención una lesión papulosa en el

1er dedo de mano derecha, de unos 11mm de diámetro, polilobulada, asimétrica, de bordes mal definidos, policromada, sospechosa de malignidad. Analítica: anemia normocítica hipocrómica (Hb 9.6) de nueva aparición, colesterol total 139, LDL 69, HbA1c 6.5%.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

La exploración física sugiere que la paciente podría tener metástasis cerebrales de melanoma. Se realiza en el mismo acto una teleconsulta a Dermatología adjuntando las imágenes del dedo visualizadas con dermatoscopia. Al día siguiente la paciente consultó en urgencias por dolor torácico, se objetivó en la radiografía de tórax un patrón en suelta de globos y acabó ingresando en medicina interna para su estudio. La biopsia de un ganglio axilar metastásico confirmó el diagnóstico de melanoma. Durante el ingreso sufrió un ictus hemorrágico del que no se recuperó y falleció. La paciente había consultado dos años antes en Atención Primaria por un "hematoma" en el dedo de un mes de evolución y que no se resolvía, se le prescribió una crema para golpes.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad cerebrovascular. Demencia.

Comentario final

El melanoma cutáneo es un tipo de cáncer de piel poco frecuente, aunque muy agresivo. Su diagnóstico precoz es clave para mejorar el pronóstico. Los melanomas que aparecen en zonas acrales suelen simular otros procesos, como infecciones fúngicas o hematomas, por lo que es habitual el retraso diagnóstico en estos pacientes. El cumplimiento de un único criterio de sospecha es suficiente para que una lesión sea estudiada por los especialistas en Dermatología, asumiendo que muchas de las evaluadas puedan ser benignas.

Bibliografía

- UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/melanoma-clinical-features-and-diagnosis?search=melanoma%20acral&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

778/236. A PROPÓSITO DE UN CASO: DISNEA PROGRESIVA EN GESTANTE.

Autores:

Arriaza Gestoso, M.¹, Ruiz Hinojosa, R.², Roldán Reguera, B.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Corrales. Los Corrales. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente Genil José. Puente Genil. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 34 años, gestante de 38 semanas sin antecedentes de interés, desarrollo del embarazo sin complicaciones salvo cuadro leve de covid en la semana 18. Presenta cuadro catarral, disnea y tos, sin edemas en miembros inferiores ni hipertensión, tratada sintomáticamente y que evoluciona sin mejoría en el plazo de dos semanas. Acude en varias ocasiones a urgencias, la última vez que acude a SUAP, presenta un empeoramiento del cuadro y se deriva a hospital.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Disnea moderada con intolerancia a decúbito.

Auscultación destaca crepitantes bibasales. Edemas con fóvea en MMII.

TA: 134/65 mmHg. FC 114 lpm. SatO2 95% Test antígeno covid negativo. Índice proteína creatinina en muestra aislada 2376,26 mg.

Eco torácica: derrame pleural bilateral.

Ante la sospecha de preeclampsia grave y empeoramiento del cuadro, deciden cesárea urgente con recién nacido a término vivo. Tras lo cual la paciente pasa a UCI, se extuba y pasa a planta, reingresando en UCI a las pocas horas por disnea con edema bilateral y situación de anasarca, con semiología clínica y radiológica de insuficiencia cardíaca descompensada, presentando una FEVI <35%. ProBNP > 1100. Tras tratamiento en intensivos, presenta una evolución favorable.

Se instaura tratamiento domiciliario con bisoprolol, espirolactina y sacubitrilo/valsartan. En seguimiento ambulatorio, presenta mejoría de los parámetros ecográficos. Estudio genético siendo negativo. Actualmente asintomática y con revisiones anuales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miocardopatía idiopática dilatada con disfunción sistólica severa, en probable contexto de miocardopatía periparto.

Diagnóstico diferencial

Preeclampsia, miocardiopatía dilatada previa descompensada por gestación, miocarditis secundaria a covid.

Comentario final

La miocardiopatía periparto tiene una incidencia de 1/3000-15000 gestaciones, y la preeclampsia grave de 1/200 gestaciones. Las patologías propias de la gestante pueden llegar a tener consecuencias nefastas si no se identifican a tiempo. Siempre debemos realizar una anamnesis y exploración minuciosas, acompañadas de las pruebas y toma de constantes que tengamos a nuestra disposición y que puedan orientarnos en el diagnóstico, y como en el caso descrito, ante sospecha de patología potencialmente grave, ampliar estudio en el centro hospitalario para su correcto diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

- Gallardo Arozena, et al. *La miocardiopatía periparto como causa de insuficiencia cardíaca en el embarazo y el puerperio*. Elsevier. Vol. 58. Núm. 8. (363-367).

778/237. DOCTORA, ESTOY TODO EL DÍA EN EL SUELO.

Autores:

Jiménez Muñoz, N.¹, Gasset Giráldez, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga*

Descripción del caso

Mujer de 47 años.

Antecedentes personales: No hábitos tóxicos. Asma estacional. Poliartalgias mecánicas. Sdme ansioso-depresivo. Sdme. ovario poliquístico. Obesidad. Hiperprolactinemia. IQ: Colectectomía.

Los primeros síntomas comienzan unos años antes e inicialmente consistían en caídas inexplicadas al suelo. Intervenía sensación de pérdida de fuerza pero también inestabilidad. Escondió este problema durante un tiempo y presentó un cuadro depresivo con ansiedad que cursó con fobia social. Los síntomas han sido progresivos. Durante la noche, estando en la cama, se caía a menudo. Indica que tiene dormidas las manos y los pies. Incontinencia urinaria. Estreñimiento habitual. Ha tenido alguna alteración visual inespecífica.

Exploración y pruebas complementarias

Neurológica: Alerta, orientada, colaboradora. Lenguaje normal. PICNRLA. MOEC. Resto de PC normales. Tetraparesia de predominio en miembros inferiores peor izquierdo que derecho con espasticidad. MMSS 4+/5. MMII: Izquierdo 2-3/5, MID 3-4/5. ROT vivos generalizadas. RCP extensor bilateral. Hipoalgesia de ambos miembros inferiores, predominio en miembros izquierdos.

Pruebas Complementarias:

- Analítica general: Hb: 11,5, resto normal.
- Tac Craneal: Pequeñas lesiones hipodensas en la sustancia blanca periventricular, y de mayor tamaño en cápsula externa derecha, a correlacionar en contexto clínico y completar estudio mediante RM (vasculares vs desmielinizantes).
- RM craneal: Aisladas lesiones hipertensas en secuencias de TR largo en sustancia blanca supratentorial de probable etiología inflamatoria/isquémica crónica.
- RM cervical: Lesiones hiperintensas en el cordón medular altura de C2 y C3-C4, en la hemimédula izquierda, que plantea la posibilidad de placas desmielinizantes

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Esclerosis múltiple progresiva primaria

Diagnóstico diferencial

Enfermedades infecciosas, inflamatorias, metabólicas, neoplásicas, estructurales, vasculares, intoxicaciones.

Comentario final

La paciente atribuía sus síntomas al cuadro ansioso depresivo que parecía, agravado por su situación social, sin un trabajo estable, con problemas económicos y de salud en familiares.

El abordaje biopsicosocial de Atención Primaria hizo que nos enfocáramos en todas las esferas, iniciamos tratamiento farmacológico y abordaje psicoterapéutico y la derivamos a Neurología para estudio. Asimismo, se derivó a la Trabajadora Social para valorar las ayudas y recursos disponibles.

Bibliografía

- J. Lopez-Gomez, B. Sacristan-Enciso, M.A. Caro-Miró. *Nov-Dic 2023. Síndrome clínico aislado: diagnóstico y riesgo de desarrollar esclerosis múltiple clínicamente definida*. *Neurología*. Elsevier. Vol. 38. Núm 9. Páginas 663-670.

778/238. SÉ QUIEN ERES.

Autores:

Gasset Giráldez, J.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 22 años que presenta cuadro de disartria de aparición brusca, consultando por urgencias. Se le realiza TAC craneal (normal) y es remitida al servicio de medicina interna, comentándole la posibilidad de tener un problema funcional. Durante esta espera es revisada en nuestra consulta en varias ocasiones y dado que los síntomas empeoraban, se decide enviarla a urgencias hospitalaria, decidiendo esperar el resultado de las pruebas solicitadas por medicina interna.

Se realiza RMN craneal siendo normal. La seguimos en consulta preocupados porque no nos cuadraba lo que le estaba pasando. Se va de viaje sufriendo un episodio de desconexión y rigidez, le hacen nuevas pruebas (TAC, EEG : normales) y es valorada por psiquiatría. De vuelta comienza con crisis convulsivas (3 episodios) y febrícula, es ingresada en el Hospital Regional para su estudio y tras numerosas pruebas se llega al diagnóstico de encefalitis autoinmune seronegativa. Mejora con corticoides a dosis altas e Inmunoglobulinas. Es dada de alta recuperándose paulatinamente.

Exploración y pruebas complementarias

Se realizan numerosas pruebas de forma seriada (TAC, RMN, PL, EEG, PET-TC de cerebro, analíticas completas) destacan

- EEG: EEG compatible con una encefalopatía difusa de etiología inespecífica con componente focal frontal de predominio izquierdo. Crisis frontales izquierdas.
- RMN craneal : Área de alteración de señal en corteza parietal izquierda compatible con la sospecha clínica de encefalitis.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Encefalitis autoinmune seronegativa

Diagnóstico diferencial

- Infecciosa/ inflamatorias: meningitis, encefalitis.
- Lesiones en el SNC y SNP (traumatismos, tumores...)

- Alteración del control muscular (distrofias musculares, miastenia grave, ELA...)
- Esclerosis Múltiple, demencias, Parkinson, ACV.
- Intoxicaciones: Alcohol, medicamentos...

Comentario final

La paciente presentaba un cuadro de encefalitis poco frecuente y difícil de diagnóstico. Desde un principio sospechábamos que no se trataba de un trastorno funcional, pues conocía a la paciente y a su entorno y la clínica no nos parecía que fuese ocasionada por la ansiedad como se quiso orientar al ser las primeras pruebas negativas.

El hecho de que en Atención Primaria conozcamos a nuestros pacientes es de gran ayuda y nos puede orientar en diagnósticos difíciles como es este caso.

Bibliografía

- Coronado-Sarmiento J. Encefalitis Autoinmune jul./ sep. 2021
- Revista Ecuatoriana de Neurología vol.30 no.2 Guayaquil.

778/244. DOCTORA, CREO QUE TENGO CÁNCER.

Autores:

Martín Romero, D.¹, Garrido Montenegro, G.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente mujer de 54 años. Menopausia hace 6 años.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial que trata con antihipertensivo hace más de 10 años. Estudiada por Digestivo por Síndrome de Intestino Irritable, dada de alta. Migraña sin aura estudiada por Neurología. Síndrome depresivo.

En tratamiento con Enalapril 20 mg, Sertralina 50 mg, Levosulpirida, Paracetamol o Naproxeno a demanda.

Consulta porque desde hace unas semanas presenta galactorrea bilateral. No acompañada de sangre ni pus. No mastalgia. En la entrevista clínica nos refiere que ha ganado peso en los últimos meses, y que a

pesar de intentar realizar más deporte o comer saludable, no consigue bajar de peso. También se queja de insomnio desde que comenzó con estos síntomas, lo achaca a la preocupación.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración clínica presenta buen estado general, orientada en tiempo y espacio, habla fluida y colabora.

Exploración mamaria: normal en todos los cuadrantes incluyendo cola de Spencer. No presenta adenopatías axilares ni supraclaviculares. Apreciamos galactorrea bilateral, sin otros productos patológicos.

Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales, campimetría normal, fuerza y sensibilidad conservada. Marcha normal.

Resto de la exploración normal.

Como pruebas complementarias, solicitamos estudio de prolactina (254 ng/ml) y derivamos a Medicina Interna.

Allí se solicita Resonancia Magnética de silla turca cuyo resultado es normal.

Se determina seguimiento y abandono de Levosulpirida.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Galactorrea secundaria a fármacos

Diagnóstico diferencial

La galactorrea es una sintomatología que causa gran preocupación en las mujeres de edad no fértil.

La causa es, en el 50%, idiopática, y se diagnostica por exclusión. Los fármacos son otra de las causas más frecuentes, hipotiroidismo, enfermedad renal crónica y prolactinoma.

Comentario final

En este caso, se resolvieron los síntomas tras el abandono de Levosulpirida. Según ficha técnica, además de los efectos secundarios que puede presentar, como la galactorrea, no se recomienda una toma permanente.

Aquí radica la importancia de nuestro caso. La seguridad del paciente y la necesidad de revisión de medicación puesto que se puede incurrir en iatrogenia y causar, como en este caso un exceso de pruebas complementarias, estrés al paciente, así como patologías.

Bibliografía

- Galactorrea. *Fisterra*. 2019. URL: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/galactorrea/>.

778/245. ME VEN AMARILLO DESPUÉS DE HACER EJERCICIO.

Autores:

Palomo Barba, B.¹, López García, A.¹, Pérez Sánchez, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlinda. Málaga

Descripción del caso

Varón de 41, sin AP de interés, trabajador administrativo en un zoológico sin contacto directo con animales, no viajes a países exóticos ni tatuajes o piercing recientes. No relaciones sexuales de riesgo u otros antecedentes epidemiológicos de interés.

Consulta por dolor abdominal de una semana de evolución a raíz de esfuerzo físico entrenando sin otra sintomatología acompañante tomando paracetamol como medida analgésica. Sus compañeros le han indicado que presenta tinte icterico, por lo que solicitamos analítica. Ante resultados y persistencia del dolor abdominal remitimos al paciente a Urgencias posteriormente.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Ictericia conjuntival y cutánea leve. Afebril. ACR sin alteraciones. Exploración

neurológica normal. No signos de encefalopatía.

Analítica con alteración del perfil hepático de tipo mixto con BT en 3, GOT 206, GPT 550, GGT 489, FA 154, LDH 258. Hemograma sin alteraciones. No coagulopatía

Gasometría venosa: pH 7,38, PCO₂ 46,9, bicarbonato 27.

Rx tórax : no consolidación ni DP. ICT <50%.

Ecografía a pie de cama: vesícula sin litiasis o barro en su interior. VBP de calibre normal, hígado de morfología y ecogenicidad normal. Bazo de tamaño normal.

Tras valoración por parte de Digestivo de guardia se solicita estudio de hepatopatía con TSH y AFP, Cobre, Ceruloplasmina y Alfa1antitripsina normales. Autoinmunidad -. VIH y Hepatitis A, B, C y E -. Serología EBV IgG + e IgM -. Ac Celiacía -.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hepatitis aguda de probable origen medicamentoso

Diagnóstico diferencial

Hepatitis tóxicas

Hepatitis autoinmune

Hepatitis agudas virales

Comentario final

Nuestro paciente presentó mejoría clínica progresiva tanto del dolor como de la ictericia. Aunque clínicamente no es posible identificar la etiología de la hepatitis aguda es muy importante una buena anamnesis ya que la mayoría suelen ser una patología leve y autolimitada. Ante la sospecha de etiología medicamentosa por paracetamol en este caso procedimos a la retirada del mismo.

Bibliografía

- Guilera M. *Hepatitis aguda. Medicina Integral. 2000. 35: 437-441*

778/246. PÉRDIDA BRUSCA DE REFLEJO NAUSEOSO.

Autores:

López García, A.¹, Moreno Leiva, R.¹, Lopez Diaz, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlinda. Málaga*

Descripción del caso

Mujer de 69 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y reflujo gastroesofágico, en tratamiento con Enalapril 20mg cada 24 horas. Acude a consulta de Atención Primaria porque nota, desde hace dos horas, desviación de comisura bucal asociada a sialorrea.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneica en reposo. Bien hidratada y perfundida. Orientada en espacio y persona, desorientada en tiempo.

Constantes: Tensión arterial 135/80mmHg; 95 latidos por minuto; Saturación oxígeno 98%; 36,4°C.

Auscultación cardio-pulmonar rítmica sin soplos audibles, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Relleno capilar < 2 segundos.

Pupilas isocóricas normorreactivas a luz y acomodación, no alteración de motores oculares ni de fuerza o sensibilidad en frente, cejas, mejillas, lengua. No alteración de fuerza ni sensibilidad en miembros. Marcha normal. No Romberg.

Mientras se explora la desviación de comisura y sialorrea cesan, así como la desorientación temporal, pero al reexplorar pares craneales se objetiva desaparición de reflejo nauseoso. Se da a la paciente agua, que es incapaz de tragar.

Se deriva a Urgencias Hospitalarias por sospecha de Accidente cerebrovascular (ACV) con afectación de tronco encefálico, donde se realiza TC craneal sin hallazgos reseñables. Se decide por este motivo ingreso en Neurología, diagnosticándose definitivamente de ACV de Arteria Cerebral Media (ACM) derecha mediante RMN cerebral con contraste.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

ACV en ACM derecha con afectación de tronco encefálico (X par).

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Vernet (o del foramen yugular)

Aneurisma de carótida

Comentario final

Tras tratamiento intensivo, la paciente recuperó el reflejo nauseoso y presentó buena evolución, siendo dada de alta con indicación de Rehabilitación y estricto control de factores de riesgo cardiovascular. Observamos un caso en el que es fundamental la exploración completa de pares craneales cuando un paciente presenta clínica neurológica aguda, incluso aunque impresione de resolución completa tras unos minutos u horas. Es esencial también la rápida derivación a Servicios de Urgencia en caso de detectar una patología tiempo dependiente, como en nuestro caso: "el tiempo es cerebro".

Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-sintomatologia-derivada-pares-craneales-clinica-50033833818302030>

778/249. DOCTOR, SOY LIMPIA Y DESPISTADA, PERO ME DUELE UNA PASADA. TRAUMATISMO ÓTICO.

Autores:

Ávila Rivera, J.¹, García Navarro, E.², Rueda López, R.²

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alozaina. Alozaina. Málaga, (2) Enfermera. Centro de Salud Alozaina. Alozaina. Málaga*

Descripción del caso

Paciente de 53 años, limpiadora de profesión. NAMC. EPOC de reciente diagnóstico. Estando en su puesto laboral, realiza un lavado ótico, olvidando que tenía

el bastoncillo dentro del conducto auditivo, da un giro y parte el mismo con el marco de la puerta, acude a consulta en ese momento. No se observa rotura timpánica, si bien presenta hematoma y sangrado externo capsulado. En diferentes consultas de revisión durante más de 15 días, se observa evolución del hematoma, sin pérdida de audición ni otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias

En exploraciones sucesivas utilizando un otoscopio digital wifi se observa evolución del cuadro de sangrado, movilización de sangre y cambios del mismo. Ante la evolución normal pero lenta, se deriva a Otorrinolaringología. No afectación auditiva, se realiza audiometría digital con móvil no reglada, resultado normal.

La herida en el Conducto auditivo externo ha ido remitiendo. No respuesta efectiva ante lavado con agua oxigenada diluida en suero fisiológico.

En espera de valoración por Otorrinolaringología, el hematoma ha disminuido y ha ido decantando por gravedad hacia base del mismo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Traumatismo ótico

Hemorragia timpánica

Diagnóstico diferencial

Perforación timpánica

Hipoacusia

Hemorragia interna ótica

Comentario final

Resaltar la importancia del uso de las nuevas tecnologías en el día a día de la consulta, con todo lo que aportan, siendo mas importante aún en el medio rural. En este caso nos permite realizar valoración por imagen dejando constancia de la evolución, así como realizar audiometría no reglada pero que nos permite a groso modo descartar hipoacusia.

Importancia de la educación y medidas de higiene de oídos.

Bibliografía

- Bassim MK, Fayad JN. Hemotympanum. *Ear Nose Throat J.* 2008 Jul;87(7):366. PMID: 18633923.
- Henry M, Hern HG. Traumatic Injuries of the Ear, Nose and Throat. *Emerg Med Clin North Am.* 2019 Feb;37(1):131-136. doi: 10.1016/j.emc.2018.09.011. PMID: 30454776.

778/251. DOCTORA, EL PICOR NO CESA.

Autores:

Moreno Leiva, R.¹, Gámez de la Torre, R.², López García, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlinda. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 46 años sin AP de interés que consulta en nuestra consulta de AP por lesiones eritematosas y pruriginosas en tórax, región dorsal MMSS y muslos, con respeto de palmas y plantas, de 4 días de evolución.

Realizando una completa anamnesis, nos explica que en alguna ocasión había presentado las mismas lesiones de forma intermitente y recidivante, siempre auto-limitadas, pero ahora persisten y asocian dolor.

No se relaciona con ninguna otra sintomatología o exposición de alérgenos detectables, no fármacos ni alimentos implicados. Sí comenta como antecedentes haber presentado época de estrés emocional y lesiones por herpes labiales frecuentes. Vacunación completa acorde salvo varicela, así como refiere no haber pasado la enfermedad de forma conocida.

Exploración y pruebas complementarias

Mujer con BEG, febril, eupneica, afebril. Presenta múltiples lesiones por vesículas agrupadas eritematosas bien delimitadas, algunas con signos de rascado, localizadas en tórax, región dorsal, MMSS y muslos, leve eritema conjuntival izquierdo, respeto de palmas y plantas.

AS reciente normal.

Se completa exploración con dermatoscopio y se deriva Urgente para valoración por Dermatología para realizar biopsia de las lesiones.

Tras valoración en Dermatología de forma urgente, se realiza biopsia cutánea compatible con eccema herpeticum, así como se realiza PCR de VHS, serología completa (pendientes), e interconsulta a Oftalmología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sospecha de Eccema Herpeticum

Diagnóstico diferencial

Eccema herpeticum

Eccema coxsackium

Lesiones primarias por Varicela

Lesiones por Virus del Herpes Zoster

Psoriasis en gotas

Comentario final

Nuestra paciente comenzó a presentar mejoría rápidamente progresiva desde el inicio de Valaciclovir oral.

Este caso pone de manifiesto la importancia de una buena anamnesis completa y exploración exhaustiva de las lesiones dermatológicas, así como destaca el papel de una rápida actuación en AP para detectar aquellas lesiones que necesitan de una prueba complementaria e inicio de tratamiento precoz.

Bibliografía

- Damour, A., Garcia, M., Seneschal, J., Lévêque, N., & Bodet, C. (2020). *Eczema herpeticum: clinical and pathophysiological aspects. Clinical reviews in allergy & immunology*, 59, 1-18.

778/253. UNA FOCALIDAD DESENFOCADA.

Autores:

Geara Joyed, P.¹, Japon Cabello, M.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente mujer de 39 años con antecedentes personales de síndrome ansioso y migrañas con 3-4 crisis al mes (2-5 días de duración por crisis) tratadas puntualmente con antiinflamatorios. En tratamiento actual con Sertralina 50mg/24h y Levonorgestrel/Etinilestradiol 0.1 mg/0,02 mg.

Acude a consulta por cuadro clínico de debilidad de hemicuerpo izquierdo y disartria que comenzó de forma brusca una hora antes y fue precedido de intensa cefalea.

Exploración y pruebas complementarias

En consulta se objetiva TA 138/74 mmHg, Glucemia 156 mg%, SatO₂ 98%.

En la exploración destaca disminución de fuerza en miembros izquierdos (2/5) y disartria sin focalidad en exploración neurológica de pares craneales.

Se deriva a Urgencias y activa código Ictus. A su llegada la sintomatología ha mejorado con parestesias en hemicuerpo izquierdo y recuperación parcial de la fuerza (4/5)

TAC craneal: Línea media centrada, no lesiones ocupantes de espacio ni evidencia de hemorragias intra ni extraaxiales. Ingresa en planta desde donde se solicitan TAC perfusión, TAC polígono de Willis y Carótidas y RMN craneal, todas sin alteraciones significativas. Durante su ingreso los síntomas remiten parcialmente persistiendo tartamudez al habla y sensación de parestesias en hemicuerpo izquierdo y pérdida de fuerza leve a ese nivel

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Migraña sin aura de alta frecuencia. Síntomas deficitarios de posible etiología funcional

Diagnóstico diferencial

Ictus, neoplasia cerebral, infecciones (meningitis, absceso cerebral, encefalitis), cefalea tensional

Comentario final

Los trastornos funcionales neurológicos no son causados por una lesión focalizada, en menores de 50 años predomina en mujeres y a partir de esa edad se equipara la prevalencia por sexos. El diagnóstico es clínico tras descartar otras patologías y el tratamiento multidisciplinar (terapia conductual, logopedia, psicoterapia...) En nuestra consulta hemos de estar atentos a esta posibilidad dentro de el diagnóstico diferencial de nuestros pacientes.

Bibliografía

- G. Nielsen, J. Stone, A. Matthews, M. Brown, C. Sparkes, R. Farmer, et al. *Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation. J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 86 (2015), pp. 1113-1119 <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2014-309255> | Medline
- J. Stone. *Functional neurological disorders: the neurological assessment as treatment. Pract Neurol*, 16 (2015), pp. 7-17 <http://dx.doi.org/10.1136/practneurol-2015-001241> | Medline

778/260. PROPTOSIS PALPEBRAL UNILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Barquero Padilla, R.¹, Sillero Ureña, M.²

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mancha Real. Mancha Real. Jaén.* (2) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén*

Descripción del caso

Mujer de 48 años con antecedentes personales de hipotiroidismo (tras probable fase inicial de hashitoxicosis) y enfermedad tiroidea autoinmune bien controlada con dosis de LEVOTIROXINA 100mg desde 2017, comienza desde hace 2 semanas con clínica de "acolchamiento" del globo ocular derecho (OD) con protusión del mismo, con lagrimeo y visión borrosa. No clínica infecciosa previa. No clínica semiológica de patología tiroidea. No ha mejorado tras tratamiento corticoideo.

Exploración y pruebas complementarias

Glándula tiroidea a la palpación anodina. Movimientos extrínsecos oculares conservados (no alteración de pares craneales oculares) y pupilas isocóricas y reactivas. No focalidad neurológica. Analítica: TSH 2,910 µUI/ML, T4 1,23 ng/dL, T3 3,23 pg/mL, Ac anti receptor de 0,72 UI/L y TPO 495,0 UI/mL. Se realiza *Teleconsulta con endocrino para descarte de patología tiroidea: no subsidiaria por no presentar patología. *Valoración por Oftalmología de urgencias (OFT): no defectos campímetros ni de refracción, no alteración de papilas ópticas. TAC CRANEO: No se identifican lesiones ocupantes de espacio, infra ni supratentoriales. *Teleconsulta Neurología para estudio por derivación OFT: RMN cerebral e Hipófisis. ANGIORMN Cerebral y TAC orbitas sin patología subyacente. Se vuelve a contactar con *OFT para continuidad asistencial de paciente y estudio: RMN órbitas: asimetría facial por síndrome del seno silente izquierdo, no proptosis, no alteraciones de musculatura extraocular ni grasa orbitaria.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tras pruebas realizadas y estudio por parte de las diferentes especialidades hospitalarias consultadas (Endocrinología, Neurología y Oftalmología) es en esta última quien finalmente proponen como juicio clínico: orbitopatía leve (retracción palpebral OD) sin actividad. Leve ptosis OI en contexto de enoftalmos y recomiendan cirugía de la ptosis OI con conjuntivomullerectomía.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Graves Basedow vs Lesión ocupante órbita.

Comentario final

Enfermedad de Graves Basedow vs Lesión ocupante órbita

Bibliografía

•Kasper D, Fauci A, Stephen H, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, editores. *Harrison: Principios de Medicina Interna. 20 ed. Madrid: McGraw Hill; 2020.*

778/263. MANEJO DE UNA DEPRESIÓN POSPARTO EN ZONA RURAL DE ESPECIAL AISLAMIENTO.

Autores:

Araque De Los Riscos, L.¹, Moreno Zafra, I.², Ávila Rivera, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alozaina. Alozaina. Málaga.* (2) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga*

Descripción del caso

Mujer, 31 años de edad, dos hijos de 18 y de 4 meses. Consulta por tristeza, apatía, anhedonia y desesperanza desde hace un mes. Como antecedentes destacan la segunda gestación no programada y depresión previa cuyo tratamiento suspendió ella misma.

La paciente vive con su pareja y sus dos hijos en un pueblo aislado, no tiene actividad laboral ni apoyo familiar ni vehículo.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica con hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas dentro de la normalidad. En la escala de depresión posparto de Edinburgh obtuvo una puntuación de 13 que conlleva la derivación a la USM para tratamiento y seguimiento.

Riesgo auto/heterolisis negativo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Depresión posparto

Diagnóstico diferencial

Los criterios de depresión del DSM-5 son: ánimo deprimido, anhedonia, cambio en peso o apetito y sueño, alteración psicomotriz, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y culpa, disminución de la concentración, pensamiento de muerte o suicidio. La CIE-10 clasifica la depresión en leve, moderada y severa.

Comentario final

La depresión tiene una prevalencia del 5% en España, siendo mayor en mujeres. Sus síntomas son heterogéneos y difíciles de diagnosticar.

Es conveniente el abordaje desde una perspectiva de género. Según Amparo Moreno “tanto el embarazo, como la maternidad, significan un cambio trascendental que atañe a todas las parcelas de la vida de la mujer: vida cotidiana y profesional, imagen corporal, y vida afectiva”.

El abordaje multidisciplinar es imprescindible en la depresión posparto, más en el caso de depresiones moderadas o severas. En este caso, el aislamiento de la zona rural y las condiciones socioeconómicas de la paciente, lo hacen difícil, ya que hay escasos medios de transporte públicos desde la zona donde vive hasta el centro de salud mental que le corresponde. Por estos motivos, contactamos con la psiquiatra de referencia planteando el seguimiento por teleconsulta con ella y presencial con nosotros.

Bibliografía

- *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06.*

778/265. DECISIONES BASADAS EN LA ÉTICA EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

Autores:

Colchero Calderón, M.¹, Montoro Goethe, S.², Vargas Díez, J.³

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Amante Laffón. Sevilla,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín El Grande Dr. Francisco Burgos Casero. Alhaurín el Grande. Málaga,* (3) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada*

Descripción del caso

Varón de 76 años con hepatocarcinoma metastásico en domicilio. Atendido 24 horas antes por primera vez,

por el equipo de Cuidados Paliativos domiciliario. Retiraron el tratamiento de base, pautando morfina oral 5 mg de liberación rápida con titulación, laxantes y antitusígeno.

Avisan a Urgencias por disnea de 12 horas de evolución que ha empeorado en la última hora. El equipo SUAP, que no conoce al paciente, administra 5 mg de morfina sc y 1 ampolla de escopolamina, sin dejar vía subcutánea ni dosis de rescate. Tras una mejoría inicial, la disnea fue empeorando y comenzó oliguria.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientado. Tiraje, taquipnea de 30rpm, saturación 88%, nariz aguileña, extremidades frías, livides. Pulso radial lleno a 120 lpm. Auscultación con estertores.

La exploración sugería una situación de últimos días (SUD), presenta 4 criterios diagnósticos de Menten y varios signos de Mori. Ante SUD la decisión es la sedación paliativa. Se le plantea ésta al propio enfermo tras darle información a él y a su familia, recogiendo el consentimiento informado. Seguimos la escala de Richmond modificada (RASS-pal) para valorar el grado de sedación. Adiestramos a la familia en dosis de rescate de los diferentes fármacos y medidas de confort, facilitando nuestro teléfono de atención 24 horas. Durante la sedación se despidieron todos los hijos y nietos del paciente. El fallecimiento ocurrió a las 17 horas del inicio de la sedación.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Situación de últimos días, o Preagonía con síntomas que indican sedación

Diagnóstico diferencial

Síntomas de difícil control. Sedación. Toma de decisiones de relevancia ética.

Comentario final

La rapidez en la toma de decisiones con desconocimiento previo del paciente y en una situación tiempo-dependiente, conlleva una preocupación ética que sustente nuestra actuación. Una búsqueda inicial en bases de datos arroja escasos resultados pese a la amplísima literatura en el campo de emergencias. Vemos necesario profundizar en investigación en toma de decisiones complejas en urgencias extrahospitalarias.

Bibliografía

- *Altisent, Rogelio: La bioética más allá de los dilemas. Aten Primaria Agosto 2010 Vol.42. núm 8; 412-414*

- <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-bioetica-mas-alla-dile-mas-50212656710002325>
- Schumann JH, Alfandre D. *Clinical ethical decision making: the four topics approach. Semin Med Pract* 2008;11:36-42.

778/266. DOCTOR, QUE TENGO PELOS EN LA LENGUA.

Autores:

Noguera Fernández, R.¹, Damián García, R.², Medina Cobos, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Zafarraya. Zafarraya. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Varón de 83 años, no fumador ni hábito enólico. Padece Diabetes Mellitus en tratamiento con Metformina 1gr/Sitagliptina 50 mg cada 12 h, Hipertensión Arterial tratada con Enalapril 20/HCTZ 12.5mg cada 24 h. así como analgesia ocasional para artrosis generalizada. En estudio por Neurología por una demencia multifactorial.

Acude a consulta para consultar por la aparición de "pelos en la lengua" (sic) desde hace varios meses.

Exploración y pruebas complementarias

Se aprecia una cavidad oral con importante pérdida de piezas dentales con signos de atrofia de la mucosa oral y en la zona central del dorso de la lengua se aprecia una lesión excrecente y filiforme, de aspecto de piloso y una base marronácea-negra. Se aprecia placa blanquecina periférica. La lesión tras raspado no desaparece y el paciente no presenta sintomatología alguna.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Lengua Negra Velloso (LNV)

Diagnóstico diferencial

Principalmente con cambios en el color por alimentos u otros factores externos. Leucoplasia oral vellosa, papilas fungiformes pigmentadas, acantosis nigricans.

Comentario final

LA LNV se caracteriza por un crecimiento excesivo de las papilas filiformes y esas papilas alargadas atrapan bacterias, alimentos y otros desechos, lo que da a la lengua un aspecto veloso y de color negro, marrón o verde. Está asociada a hábitos como el tabaquismo, consumo de café, té o bebidas con pigmentos que se adhieren. Entidades clínicas como la xerostomía, el SIDA, la candidiasis, el Liquen plano oral o fármacos como algunos antibióticos (penicilina, tetraciclina o metronidazol). Algunos antiácidos, antipsicóticos, quimioterápicos, enjuagues bucales están involucrados en la aparición y en general aquellas situaciones que nos alteren el

En la mayoría de los casos, la LNV es una afección benigna y autolimitada y asintomática.

El diagnóstico es clínico y es importante controlar los factores de riesgo que presente el paciente. En este caso se planteó tratamiento con una formulación magistral: Nitastina 100.000 U/g, ácido retinoico 0.1% agua-glicerina c.s.p. 100 ml con una respuesta parcial y el paciente desestimó continuar con el tratamiento.

Bibliografía

- Korber A, Dissemond J. *Black Hairy Tongue. N Engl J Med.* 2006; 354(1):67.
- Iglesias-Sancho M, Llambí Mateos F, Salleras-Redonnet M. *Formulación magistral en patología de la mucosa oral. Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2020 Dec;111(10):822-8.

778/267. ASTROCITOMA PILOCÍTICO EN UN ADOLESCENTE.

Autores:

Moreno Jiménez, I.¹, Andrés Vera, J.¹, Márquez Estudillo, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Adolescente varón de 16 años, sin antecedentes previos, presenta síntomas de cefalea persistente, náuseas matutinas y visión borrosa de 48 horas de evolución. La familia acude consulta preocupada por la duración e intensidad de los síntomas que no mejoran

con analgesia habitual por lo que se deriva a urgencias ante la presencia de signos de alarma.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración neurológica revela signos de hipertensión intracraneal, como papiledema y ataxia de la marcha. No se observan otros síntomas de interés. En TC realizado en urgencias se objetiva LOE temporal izquierda con marcado edema perilesional, por lo que se procede a ingreso a cargo de neurocirugía, mejorando la cefalea con dosis altas de dexametasona iv. La resonancia magnética cerebral muestra una lesión quística con componente sólido en el cerebelo, compatible con un astrocitoma pilocítico grado 1.

Tratamiento: resección quirúrgica del tumor a cargo de neurocirugía. Abordaje multidisciplinar a través de medicina de familia, oncología radioterápica, neurología y oncología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Astrocitoma Pilocítico grado 1.

Diagnóstico diferencial

Cefalea crónica en adolescentes, como migraña, síndrome de hipertensión intracraneal idiopática, o tumores cerebrales de otra etiología.

Comentario final

La coordinación entre el médico de familia y especialistas es crucial en el manejo integral de pacientes con tumores cerebrales, como el astrocitoma pilocítico. El médico de familia desempeña un papel fundamental en el diagnóstico precoz, la derivación oportuna a especialistas, el apoyo emocional continuo para el paciente y la familia, y la coordinación del seguimiento a largo plazo para garantizar una atención integral y continua.

Bibliografía

- Louis DN, Perry A, Reifenberger G, et al. The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Acta Neuropathol.* 2016;131(6):803-820.
- Ostrom QT, Cioffi G, Gittleman H, et al. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2012-2016. *Neuro Oncol.* 2019;21(Suppl 5):v1-v100.
- Wibroe M, Rochat P, Juhler M. Astrocitoma pilocítico. *Ugeskr Laeger.* 2018;180(2):V03170460.

778/268. ESTE LUNAR NO LE GUSTA A MI AMIGA.

Autores:

Moreno Jiménez, I.¹, Sánchez Serna, M.¹, Márquez Estudillo, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 47 años de edad, sin reacciones alérgicas medicamentosas, con antecedentes personales de síndrome ansioso depresivo que consulta por la presencia de una lesión cutánea en su región escapular izquierda, de aproximadamente tres meses de evolución tras observación por su amiga en la playa. La paciente refiere una lesión que ha experimentado un crecimiento progresivo y cambios en su aspecto morfológico. La anamnesis revela antecedentes de exposición solar crónica y episodios de quemaduras solares en su juventud. No presenta historial previo de melanoma ni otros tumores cutáneos malignos.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: se observa de manera macroscópica una lesión pigmentada en la región escapular izquierda, y dermatoscópica se caracteriza por patrón reticular y una coloración heterogénea que incluye áreas de pigmentación oscura en su polo superior. Se realiza teleconsulta a dermatología urgente, con indicación de exéresis con márgenes de seguridad. Anatomía patológica: Melanoma in situ sin ulceración del epitelio de 0.2 cm de longitud que no infiltra dermis sobre nevus displásico. Bordes quirúrgicos sin lesión neoplásica. Infiltrados linfocitarios peritumorales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Melanoma, nevus dispásico.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial contempla nevus displásico, carcinoma de células escamosas, carcinoma basocelular y melanocitoma. No obstante, dados los hallazgos clínicos, evolutivos y dermatoscópicos, el diagnóstico principal es melanoma cutáneo.

Comentario final

Este caso de melanoma conviene destacar la importancia de la dermatoscopia en la consulta para confir-

mar el diagnóstico. Se requiere un enfoque multidisciplinario para el tratamiento quirúrgico y seguimiento a largo plazo. Subrayar la necesidad de educación sobre el cáncer de piel y medidas preventivas en pacientes con exposición solar crónica.

Bibliografía

- Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, et al. *Final Version of 2009 AJCC Melanoma Staging and Classification*. *J Clin Oncol*. 2009;27(36):6199-6206.
- Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, et al. *The dermatoscopic universe of melanoma in situ*. *Dermatology Practical & Conceptual*. 2014;4(3):11-25.
- National Comprehensive Cancer Network. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Melanoma. Version 1.2023*.

778/269. LA CLÍNICA Y EL LABORATORIO.

Autores:

Carmona Rivas, A.¹, Rodríguez López, M.², TORRES MADRID, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Peligros. Peligros. Granada, (2) Enfermera. Centro de Salud Mirasierra. Granada

Descripción del caso

AF: cáncer de esófago (madre)

AP:- Bebedor de 1 cerveza diaria con las comidas y en salidas de fines de semana más.

No fumador. No alergias medicamentosas conocidas

Motivo de consulta: Paciente masculino de 57 años de edad con los antecedentes antes descritos. Acude a la consulta por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, desde hace semanas que ha ido aumentando en intensidad de carácter punzante, que no mejora con la toma de paracetamol y metamizol cada 8 horas ni con la aplicación de gel analgésico. Pérdida de unos 20 kilogramos de peso desde hace 6 meses, refiere astenia y también náuseas, niega diarreas, vómitos, fiebre o cualquier otro síntoma.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Paciente orientado colaborador con el interrogatorio.

Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos arrítmicos (taquicardia) de buen tono, no ausculto soplos.

Auscultación respiratoria: murmullo vesicular audible sin ruidos patológicos.

Abdomen: plano que sigue los movimientos respiratorios, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, presencia de hepatomegalia 4 traveses de dedo por debajo del reborde costal de bordes irregulares y pétreo, sin otras megalias, sin masas palpables además de las descritas.

Aparato urinario: puño-percusión no dolorosa, puntos renouretrales no dolorosos.

En la analítica, el laboratorio nos alerta de valor crítico con antígeno carcinoembrionario CEA > 15000.

Así como GGT 587, AST 96, ALT 112, PCR 73, Ferritina 525

TAC con contraste intravenoso de tórax y abdomen:

Extensa afectación metastásica pulmonar y adenopática a nivel hilar, subcarinal y abdominal, con posible origen a nivel esofágico inferior-unión gastroesofágico y región de cardias, sin poder descartar otras posibilidades. Valorar también si es preciso biopsia con aguja de lesiones hepáticas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad metastásica pulmonar y hepática, adenopatías torácicas y abdominales con posible origen gastroesofágico.

Diagnóstico diferencial

Neoplasia digestiva

Enfermedad metastásica de tumor primario oculto

Comentario final

El hallazgo analítico de un antígeno carcinoembrionario >15000 es determinante en el estudio de este paciente, pero no se habría realizado sin la sospecha basada en la historia clínica y la exploración en la consulta.

Bibliografía

- Balcells. *La clínica y el laboratorio*. 23ª Edición – 2019 Editorial: Elsevier

778/279. Dermatitis seborreica e infección por VIH.

Autores:

Gallego Curiel, J.¹, Ibáñez Gálvez, J.², Lara Dos Santos, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local San José del Valle. San José del Valle. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 63 años nuevo en el cupo con diabetes mellitus, hipertensión y obesidad. Tratamiento con metformina y enalapril con hidroclorotiazida. No suele acudir a revisión.

Acude refiriendo llevar varias semanas con tensión arterial descontrolada: hace 3 meses falleció su madre a la que cuidaba y desde entonces tiene momentos de mayor preocupación y ansiedad por lo que se le sube la tensión. Se lo nota al ponérsele la cara muy roja. De hecho, desde hace semanas ese enrojecimiento persiste y no se le quita. También refiere pérdida de 10 kilos en los últimos meses.

Ante la sospechosa relación entre la patología dermatológica con posible infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) preguntamos por prácticas sexuales de riesgo. Durante los últimos 10 años ha tenido múltiples parejas sexuales con los que practicaba sexo sin preservativo.

Solicitamos analítica de control para diabetes y tensión junto con serología de VIH.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial media última semana: 156/95

Las lesiones que presenta son manchas eritematosas bien delimitadas con escamas y con apariencia grasa que cubren la totalidad de mejillas.

En analítica:

Glucemia: 132 mg/dL

Hemoglobina glicada: 8.5 mg/dL

Serología VIH: positiva

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Dermatitis seborreica secundaria a VIH

Diagnóstico diferencial

Eccema / Dermatitis paraneoplásica / Dermatitis relacionada con enfermedad infecciosa / Psoriasis

Comentario final

La dermatitis seborreica se presenta en torno al 4% de la población elevándose su incidencia y gravedad en

la población con VIH. La aparición de novo de dicha enfermedad en pacientes con vida sexual activa obliga a descartar dicha infección.

Este paciente fue derivado a consultas de infecciones para ampliar estudio y seguimiento de la enfermedad detectándose <300 linfocitos CD4/microL y con carga viral detectable.

El retraso diagnóstico de esta infección conlleva no solo mayor comorbilidad de aquellos pacientes tardíamente diagnosticados; sino también la posibilidad de mayor número de personas contagiadas.

Bibliografía

- Harrison TR. Principios de medicina interna. McGraw-Hill Companies; 2018
- Navarrete-Dechent Cristián, Ortega Rinna, Fich Félix, Concha Marcela. Dermatologic manifestations associated with HIV/AIDS. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2015 Feb [cited 2024 Mar 02]

778/280. ¡QUÉ TENSIÓN CON LA HIPERTENSIÓN!

Autores:

Espinosa Medina, J.¹, Díaz Sarmiento, S.², Hussein Alonso, D.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 57 años. NAMC. AP: No fumador. Monorreno congénito. Dislipémico. Sobrepeso. No IQ. TH: Losartan 100mg diario, HCTZ 25mg diario, Amlodipino 10mg diario, Simvastatina 20mg diario.

Acude a consultas por cifras de automedida de tensión arterial en rango de HTA moderada de tres semanas de evolución. Asegura buena adherencia al tratamiento (comenzó con triple terapia hace 3 meses) sin cambios relevantes en su alimentación, peso, actividad física o estado emocional.

Exploración y pruebas complementarias

TA 147/87 mmHg. BEG. AC con tonos rítmicos sin soplos, a buena frecuencia. AP MVC sin ruidos sobreañadidos. Pulsos periféricos conservados y simétricos.

Palpación abdominal blanda sin megalias o masas y sin soplos o masas pulsátiles.

Rx tórax: ICT conservado, sin pinzamiento costofrénico ni condensaciones.

ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm. Eje cardíaco normal. PR<200ms. QRS estrecho. Sin alteraciones en la conducción, repolarización ni del segmento ST.

Análítica: Creatitina 0'7, LDL 95, CAC 15.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

HTA secundaria

Diagnóstico diferencial

Mala adherencia terapéutica.

Comentario final

La hipertensión arterial resistente es relativamente frecuente en pacientes monorrenos. Esto obliga en muchos casos a terapias farmacológicas combinadas. En este caso el paciente ya se encontraba en tratamiento con una triple terapia uniendo IECA/ARA2 con diuréticos tiazídicos y calcio antagonistas. En este caso se añadió Doxazosina (antagonista alfa 1 adrenérgico) para un control óptimo de las cifras de TA.

Bibliografía

- Gopar-Nieto R, Ezquerro-Osorio A, Chávez-Gómez NL, Manzur-Sandoval D, Raymundo-Martínez GIM. How to treat hypertension? Current management strategies [¿Cómo tratar la hipertensión arterial sistémica? Estrategias de tratamiento actuales]. Arch Cardiol Mex. 2021 Nov 1;91(4):493-499. Spanish. doi: 10.24875/ACM.200003011. PMID: 33270622; PMCID: PMC8641471.

778/288. LESIONES BLANQUECINAS EN BOCA. CUANDO NO SON TODO HONGOS.

Autores:

Noguera Fernández, R.¹, Damián García, R.², Medina Cobos, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Zafarraya. Zafarraya. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada

Descripción del caso

Mujer de 70 años, usuaria de prótesis dental removible, no fumadora y niega ingesta alcohólica. Hipertensa en tratamiento con Losartán 100 mg/Hidroclorotiazida 25 mg/24 h. Insuficiencia Venosa en tratamiento con Diosmina cada 12 h. Acude por aftas en mucosa yugal y dorso de la lengua desde hace aproximadamente 5 años. Ha consultado en varias ocasiones con múltiples tratamientos con Nistatina oral y geles para xerostomía sin mejoría alguna.

Exploración y pruebas complementarias

Se observa una lengua atrófica con pápulas blanquecinas, así como estrías blancas conocidas como estrías de Wickham en la mucosa yugal de toda la boca. En mucosa yugal derecha la paciente presenta un afta rodeada estrías blancas muy características.

La lesión era muy sugerente de liquen plano oral pero algunas lesiones también había duda de posible lesión traumática de la mucosa por su prótesis dental removible. (Imágenes 1 y 2)

No había lesiones fuera de la mucosa oral.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Liquen plano oral (LPO)

Diagnóstico diferencial

Lesiones traumáticas de la mucosa oral (Morsicatio bocarum), leucoplasia oral, enfermedades autoinmunes como el lupus o el pénfigo vulgar.

Comentario final

El LPO es una enfermedad inflamatoria crónica, actualmente se desconoce su etiología, es más frecuente en mujeres. Las lesiones en boca suelen ser manifestación oral del liquen plano cutáneo o liquen ruber. Si las lesiones están en mucosa oral pueden ser papulares, reticulares (estrías de Wickham) en placas, atróficas, ulcerativas, ampollas. Su diagnóstico suele ser difícil y es principalmente clínico, siendo precisa la biopsia si hay dudas diagnósticas.

El tratamiento es sintomático no existiendo un tratamiento curativo. En nuestra paciente se indicó una formulación magistral con Acetónido de triamcinolona 0.1%, ácido retinoico 0.01% excp adhesivo oral csp 15 gr durante 3 meses con una mejoría considerable en la sintomatología (Imágenes 2 y 3). Es importante informar a la paciente de la cronicidad de la enfermedad y que el tratamiento no será curativo.

Bibliografía

- Bornstein MM, Reichart PA, Luca Borradori, Helmut Beltraminelli. *El liquen plano oral. Parte 1: Clínica de los exantemas mucocutáneos. the Quintessence. 2011 Mar 1;24(3):155-60.*
- Bornstein MM, Reichart PA, Luca Borradori, Helmut Beltraminelli. *El liquen plano oral. Parte 2: tratamiento, seguimiento y transformación maligna. the Quintessence. 2011 Aug 1;24(7):363-8.*

778/292. CARCINOMA BASOCELULAR DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Lemos Pena, A.¹, Flores Soler, O.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 58 años sin antecedentes personales conocidos. Fractura de radio hace 10 años y consultas por odontalgia son sus únicos contactos con nosotros.

Consulta por herida retroauricular desde hace 4 meses.

Exploración y pruebas complementarias

Lesión ulcerada retroauricular de 10*15mm

Dermatoscopia: patrón ulcerado sin retículo pigmentado, ni telangiectasias, ni nidos ovoides.

Teleconsulta a dermatología: sospecha de carcinoma basocelular (CBC)

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Dermatología incluye al paciente en lista de espera quirúrgica y es intervenido en un mes.

La anatomía patológica confirma CBC con borde quirúrgico latero-profundo afecto, por lo que se propone cirugía micrográfica de Mohs, que consigue borde libre de tumor tras dos pases en fresco.

El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno cutáneo más frecuente; es localmente infiltrante, agresivo y destructivo. Capacidad para metastatizar li-

mitada. Tipos: nodular (60%), ulcerativo, pigmentado, esclerosante y superficial (30%).

Diagnóstico diferencial

La lesión no estaba en zona fotoexpuesta ni tenía un patrón típico, por lo que el diagnóstico diferencial con otras lesiones ulceradas tumorales e infecciosas, era fundamental. La dermatoscopia mejora la precisión diagnóstica para el CBC, permitiendo diferenciarlo de otros procesos neoplásicos o inflamatorios cutáneos. Según el método de Menzies et al., para el diagnóstico del CBC es imprescindible la ausencia de retículo pigmentado y la detección de una o más de las siguientes estructuras clásicas: nidos ovoides azul-gris, estructuras en hoja de arce, estructuras en rueda de carro, ulceración (no asociada a traumatismo reciente) y telangiectasias arboriformes.

La ausencia de retículo pigmentado, y la ulceración no traumática eran los únicos criterios presentes en éste caso.

Comentario final

En mayores de 50 años de piel clara con lesiones en zonas fotoexpuestas de cabeza y cuello, nuestra primera sospecha diagnóstica debe ser CBC. Su crecimiento es lento y localmente invasivo. Hay formas agresivas que suponen solo un 2.5-4%. En todas el tratamiento electivo es la cirugía con margen libre de 4mm. Una coordinación ágil con segundo nivel es fundamental para asegurar el tratamiento efectivo.

Bibliografía

- Martínez-Murillo AC, Corona-Rodarte E, Sánchez-Márquez AP. *Carcinoma basocelular de manifestación clínica atípica. Dermatol Rev Mex. 2022; 66 (6): 758-761.*
- Gallegos-Hernández JF, Martínez-Méndez MA et al. *Características clínicas de los tumores malignos originados en el pabellón auricular. Cirugía y Cirujanos. 2015; 83 (6): 473-477*

778/293. COMPLICACIONES DE LA OTITIS MEDIA EN EL ADULTO.

Autores:

Moreno Ruiz, I.¹, Perejón Díaz, M.², Padial Baone, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benalup. Benalup-Casas Viejas. Cádiz,

(2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Colorado. Conil de la Frontera. Cádiz.* (3) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mentidero. Cádiz*

Descripción del caso

Se presenta el caso de una mujer de 63 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial, quien acude al centro de salud por cefalea intensa parietal, precedida de otalgia ipsilateral de dos días de evolución. Además, experimenta náuseas pero no vómitos y no presenta fiebre termometrada ni otros síntomas acompañantes.

Exploración y pruebas complementarias

Durante la exploración, se observa hiperemia en el conducto auditivo externo y membrana timpánica en la otoscopia derecha. La paciente se encuentra consciente, orientada y colaboradora, sin déficits motores ni rigidez de nuca. Ante la persistencia de la cefalea, se deriva al hospital de referencia para pruebas complementarias. Los resultados de las pruebas complementarias muestran un hemograma con leucocitosis, bioquímica con función renal y hepática normal, PCR elevada y procalcitonina ligeramente elevada. El frotis de sangre periférica confirma la neutrofilia. La TAC de cráneo revela ocupación parcial del oído medio y algunas celdillas mastoideas adyacentes, así como engrosamiento mucoso del seno maxilar izquierdo y del hemiseno esfenoidal derecho. El líquido cefalorraquídeo presenta turbidez, glucosa baja, proteínas totales elevadas, y se observan hematíes y leucocitos en el análisis.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se establece el diagnóstico de meningitis neumocócica secundaria a otitis media

Diagnóstico diferencial

Migraña, meningitis víricas, otras meningitis bacterianas, accidente cerebrovascular

Comentario final

La otitis media aguda es una infección bacteriana del oído medio, siendo *Streptococcus pneumoniae* uno de los gérmenes más frecuentemente implicados. Las complicaciones intracraneales son poco frecuentes debido a un mejor manejo diagnóstico y terapéutico, siendo la meningitis la más común. El diagnóstico de meningitis se establece mediante el cuadro clínico y la

punción lumbar. Se recomienda tratamiento intravenoso con ceftriaxona, timpanocentesis y miringotomía para cultivo y drenaje. En caso de confirmarse infección por *S. pneumoniae*, se indica el uso de vancomicina intravenosa.

Bibliografía

- Gil E, Wall E, Noursadeghi M, Brown JS, et al. *Streptococcus pneumoniae meningitis and the CNS barriers. Front Cell Infect Microbiol.* 2023 Jan 4;12.
- Pont E, Mazón M. *Indicaciones y hallazgos radiológicos de la otitis media aguda y sus complicaciones. Acta otorrinolaringológica Española.* 2017;68(1):39-37.

778/308. LOS ENTRESIJOS DE LA CONSULTA TELEFÓNICA.

Autores:

García Ramos, E.¹, Hidalgo López, R.²

Centro de Trabajo:

(1) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano B. Sevilla.* (2) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Burguillos. Burguillos. Sevilla*

Descripción del caso

Paciente de 59 años sin antecedentes de interés que consulta telefónicamente por dolor en miembro inferior derecho tras sobre esfuerzo durante clases de baile. Se realiza anamnesis dirigida y completa, excluyéndose síntomas de alarma. Se recomienda acudir como cita presencial para ser valorado, además de explicar motivos por los que reconsultar. A las dos semanas, el paciente acude de forma presencial por continuar con dolor, insistiendo en la sobrecarga física que realiza en sus clases de baile. Durante la exploración física se objetiva signos de TVP, por lo que se decide derivación a urgencias hospitalarias donde es valorado con analítica y ecografía Doppler venosa de MID, y se confirma la sospecha. Dado que se trata de TVP extensa, se decide ingreso en Medicina Interna para estudio y tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física en nuestra consulta, se objetiva edema y eritema, con aumento de temperatura local, así como dolor e induración a la palpación. Signo de Homans positivo. Resto de exploración sin hallazgos. En urgencias hospitalarias se realizó analítica completa con Dímero-D de 5052, se completó el estudio con ecografía Doppler venosa de MID donde se objetivó

TVP desde tercio medio de VFC que se extiende caudalmente por todo el SVP. Tras los hallazgos, se decidió ingreso en planta de Medicina Interna para estudio.

Durante el ingreso se realizó TAC tórax y abdomen, diagnosticando TEP bilateral sin repercusión y ausencia de otros hallazgos, así como, analítica completa que no revelaban anomalías. Actualmente, el paciente se encuentra en tratamiento con Aldocumar y pendiente de seguimiento Unidad de Enfermedades Tromboembólicas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

TVP extensa de miembro inferior derecho

Diagnóstico diferencial

TVP vs Celulitis

Comentario final

Atender de forma adecuada y consciente a las consultas telefónicas, evitando dar por hecho lo simple, es lo que las hace realmente complejas. En el caso de este paciente, me parece importante atender a la necesidad de una buena anamnesis, haciéndole al paciente partícipe de su dolencia y colaborador en la entrevista. Es importante tratar de hacer responsables a la población de si mismos y de su enfermedad; ofreciéndoles información, resolviendo sus dudas y tratando sus miedos.

Bibliografía

- *Tromboembólica venosa. SEMERGEN Reina Gutiérrez L, Carrasco Carrasco JE. Recomendaciones sobre profilaxis, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa en Atención Primaria. Angiología. 2015;67(5):399-408*

778/309. DIAGNÓSTICO DE TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN MUÑECA IZQUIERDA.

Autores:

Andrés Vera, J.¹, Sánchez Serna, M.¹, Villanueva Gil, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 45 años de edad que acude a consulta refiriendo tumefacción y dolor en la muñeca izquierda de

dos meses de evolución, localizada en radio distal. La sintomatología ha ido en aumentando en intensidad, sin respuesta a analgésicos habituales. Niega antecedentes traumáticos recientes en la zona.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: tumefacción palpable en la carpo izquierdo, con sensibilidad localizada en la región del radio distal. Movilidad limitada debido al dolor, especialmente en la flexión y extensión del antebrazo. No se observan signos de inflamación local, como enrojecimiento o aumento de temperatura.

Radiografía de la muñeca izquierda: lesión lítica en la zona del radio distal. Ante este hallazgo, se indica la realización de una resonancia magnética nuclear.

RMN: confirma la presencia de una lesión compatible con tumor de células gigantes en radio distal.

Biopsia: Los resultados de la biopsia confirman la presencia de un tumor de células gigantes en la muñeca izquierda.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tumor de células gigantes

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial en este caso incluye otros tumores óseos benignos y malignos, como el osteocondroma, el condrosarcoma, el fibroma no osificante, entre otros.

Comentario final

En conclusión, se trata de una paciente con un tumor de células gigantes en la muñeca izquierda, confirmado mediante biopsia. Se requiere un seguimiento multidisciplinar estrecho para monitorizar la evolución de la lesión y considerar estrategias de tratamiento adecuadas, con especial atención al riesgo de recidiva y la posible aparición de metástasis pulmonares no malignas.

Bibliografía

- *Murphey MD, Nomikos GC, Flemming DJ, Gannon FH, Temple HT, Kransdorf MJ. Imaging of Giant Cell Tumor and Giant Cell Reparative Granuloma of Bone: Radiologic-Pathologic Correlation. Radiographics. 2001;21(5):1283-1309. doi:10.1148/radiographics.21.5.g01se051283*
- *Errani C, Ruggieri P, Asenzio MA, et al. Giant cell tumor of the extremity: A review of 349 cases from a single institution. Cancer Treat Rev. 2010;36(1):1-7. doi:10.1016/j.ctrv.2009.08.005*

- Lin F, Hu Y, Zhao L, et al. Giant Cell Tumor of the Extremity: Retrospective Analysis of 621 Chinese Patients from One Institution. *J Bone Joint Surg Am.* 2012;94(5):461-467. doi:10.2106/JBJS.J.01457

778/310. ROTURA TENDÓN AQUILES POR ATB.

Autores:

Aldeanueva Escribano, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Peñarroya. Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 66 años, AP de asés b27 positivo, IRC, txo renal en tto inmunosupresor, presenta rotura total de tendón de Aquiles bilateral tras la ingesta de levofloxacino por infección partes blandas del codo.

Exploración y pruebas complementarias

MMII: signo del hachazo palpable en 1/3 distal del tendón de Aquiles. Hematoma e inflamación perilesional. Incapacidad para flexión plantar activa. Thompson +++

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Rotura tendón Aquiles total bilateral

Diagnóstico diferencial

- Traumatismo / contusión pierna
- tendinitis piernas

Comentario final

La asociación entre uso de fluorquinolonas y tendinitis Aquiles no es frecuente (15-20 casos /100.000) pero está ampliamente documentada. El mecanismo por el que se produce la afectación tendinosa es desconocido, aunque se postula la pérdida de colágeno y proteoglicanos como secuela temprana de la degeneración del tenocito. Se reconocer FR como varón (3:1), > 60 años en tto corticoides (6:1), IR.

Bibliografía

- Sánchez L, Sanjuán F, Naya J, Castiella J. Levofloxacino y rotura bilateral del tendón de Aquiles con evolución fatal. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23:102. [Links]
- Sode J, Obel N, Hallas J, Lassen A. Use of fluorquinolone and risk of achilles tendon rupture: a popula-

tion-based cohort study. *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63(5):499-503. [Links]

- Nuño F, Noval J, Suárez M, Guinea O. Dolor aquileo e impotencia funcional en paciente con enfermedad obstructiva crónica con neumonía. *Rev Clin Esp* 2001; 201:539-40.

778/312. PALPITACIONES EN LA CABEZA . Y QUE MÁS.

Autores:

Lopez Diaz, A.¹, Palomo Barba, B.¹, Pérez Sánchez, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlinda. Málaga

Descripción del caso

Hombre de 27 años sin AP de interés. AF de patología tiroidea en familia materna (no sabe el tipo) y familia paterna con tendencia a "nerviosismo", nos consulta por taquicardias y "por su problema de endocrino".

Exploración y pruebas complementarias

Normotenso, FC: 115 lpm.

En 2015 se deriva a Endocrinología por TSH 5'2 con T4 ligeramente alta. Repiten analítica: TSH normal con TPO negativo y le dan de alta.

En 2019 vuelve a consulta por taquicardia, cefalea y ansiedad. Y desde entonces, se deriva a demanda por él a Salud Mental, endocrino, cardio, medicina interna, neuro y ORL.

- Endocrino, TSH límite superior y T3, T4 elevados, pendiente de subunidad alfa y prescriben atenolol.
- Salud Mental: No precisa tratamiento antidepresivo ni ansiolítico;
- Cardiología: ETT, EKG y Holter normales (ausencia de cardiopatía estructural).
- Cefalea en estudio actualmente por Medicina Interna, solicitan ANCAs y ANAs y prescriben escitalopram.
- Neurología: RM de Hipófisis (2022) dentro de límites de normalidad, TAC cráneo (2023) sin hallazgos patológicos.
- En la última consulta "nota las palpitaciones en los oídos" y reclama valoración por ORL (pendiente).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sospecha de síndrome de resistencia a hormonas tiroideas (RTH), apuntando a resistencia hipofisaria (TSH normales, T4 y T3 elevadas).

Diagnóstico diferencial

Debería plantearse con el hipertiroidismo debido a enfermedad de Graves o bocio autónomo uninodular o multinodular, la presencia de un adenoma hipofisario secretor de TSH y las anomalías de las proteínas transportadoras de hormonas tiroideas.

¿Y qué más?

Comentario final

Caso muy complejo con paciente hiperdemandante que por más que se intenta desde AP no logramos “adherir”. El paciente está más calmado con el tratamiento psiquiátrico. Aun así, el paciente sigue insistiendo en solventar sus problemas y quiere un tratamiento específico para la patología tiroidea.

Bibliografía

- *Proc Soc Exp Biol Med* 1996 Jan;211(1):49-61. *Syndrome of Resistance to Thyroid Hormone: Insights into Thyroid Hormone Action* ([http://doi:10.3181/00379727-211-43951](http://doi.org/10.3181/00379727-211-43951)).
- Samuel Retetoff. *Resistance to Thyroid Hormone: An Historical Overview*. Enero de 1994. 345-349. (<http://doi.org/10.1089/thy.1994.4.345>)

778/313. CUANDO LA FAMILIA DEL PACIENTE DA PISTAS, NORMALMENTE DESPISTA.

Autores:

Ávila Rivera, J.¹, Pérez Santamaria, P.², Araque De Los Riscos, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alozaina. Alozaina. Málaga*, (2) *Enfermera. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga*

Descripción del caso

Varon, 80 años, alergia: dexketorprofeno y mepifilina. Antecedentes: diabetes mellitus II, hipercolesterolemia e hipertensión.

Acude siempre a consulta acompañado por hermana o esposa y no suele intervenir, refiere que no se explica bien, suelen hablar por el familiares, y el afirmar. Desde septiembre del pasado año consulta por disnea mal definida, astenia que no puede objetivarse analíticamente o infecciones respiratorias no bien definidas, presentó una neumonía el 2022.

Ante clínica mal definida y no respuesta a tratamiento prescrito, varias consultas por urgencias, llevado por familiares, sin objetivarse nada, es derivado a hospital de referencia para ampliar estudio por cuadro catarral tórpido e infección respiratoria no objetivada por imagen que no ha respondido a tratamiento con levofloxacino, azitromicina y deflazacort; con astenia, hiporexia y picos febriles.

Queda ingresado y se realizan múltiples pruebas complementarias sin encontrar motivo de su clínica, hasta que un día realizan la anamnesis al paciente sin acompañante y dejándole expresarse, estando ingresado 20 días por este proceso.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza monitorización cardiaca, analítica con leve anemia (hb10.9), Rx torax sin hallazgos claros (dudoso infiltrado basal derecho), constantes normales exceptuando mal control glucémico (tratamiento corticoideo prolongado).

Tc tórax: hallazgo compatible con mesotelioma pleural, afectación torácica bilateral; se intenta biopsia que no es posible, toracocentesis diagnóstica con citología: proceso reactivo, inflamatoria.

Hemocultivo, urocultivo, ecocardiograma, Pet, normales
Neumología: actitud expectante ante poca clínica y alto riesgo, si empeora toracocentesis.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Mesotelima pleural

Anemia normocítica/normocrómica secundaria

Mala transmisión de información clínica

Diagnóstico diferencial

Causas de astenia

Causas de fiebre

Comentario final

Siempre escuchar y realizar anamnesis al paciente y a los familiares; pero la fuente del propio paciente es la más importante.

Familiares complementan información.

El paciente aceptaba la información que transmitían familiares, pero él no sentía eso, no tenía ahogo como tal, no tenía dolor de tórax, no tosía mucho, no estaba fatigado, esposa repetía: “Esta igual que la neumonía”.

Importancia de empoderar y dar responsabilidades al paciente en su enfermedad; como le hacían las cosas,

desconocía los niveles de glucemia, temperatura que tenía ni otros datos.

Bibliografía

- Vega-Hurtado C. *Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente [Importance of doctor-patient communication strategies]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2020 Apr 13;58(2):197-201. Spanish. doi: 10.24875/RMIMSS.M20000017. PMID: 34101564.*

778/330. ME DUELE LA MAMA.

Autores:

Trillo Díaz, E.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga*

Descripción del caso

Mujer 79 años, británica, vive en España (hace 16 años), no habla español. Hipertensión tratada con lisinopril. IABVD. Poco frecuentadora de servicios sanitarios.

Refiere lesión mama derecha de dos meses, que ha crecido rápidamente y en las dos últimas semanas asocia dolor y supuración.

Última ecografía mamaria (screening) hace 13 años: dos nódulos hipoecogénicos en mama d: 3x4mm, 7x3mm. Ambos BIRADS 3, se indica control con ecografía/mamografía en 6, 12 y 24 meses. No acudió.

Exploración y pruebas complementarias

Mama derecha con masa dura con lesiones vegetantes en CSE. Retracción de pezón hacia axila. En axila zona ulcerada con secreción blanquecina maloliente. Cinco lesiones satélites bajo mama d de 2-3cm.

Analítica: leucocitos 8710, creatinina 1.14, FG 46

Exudado: Pseudomona aeruginosa

TC: Masa mamaria axilar derecha de 11cm, ulcerada, con infiltración cutánea, de musculatura pectoral, dorsal ancho. Lesiones adenopáticas múltiples mamas, cutáneas/subcutáneas, mediastino y axilares izquierdas contralaterales. Derrame pleural bilateral.

TC abdomen normal.

Gammagrafía: rastreo metastásico óseo negativo.

Biopsia: Carcinoma ductal, infiltrante, grado 3.

Receptores hormonales estrógenos negativo, progesterona negativo. HER2 negativo. Índice Ki-67:90%. E-cadherina positiva.

Se pauta amoxicilina-clavulánico y posteriormente ciprofloxacino.

Candidata a quimioterapia paliativa, desestimada por infección de partes blandas.

Un mes después presenta cuadro de vómitos, diarrea y dificultad respiratoria, siendo valorada en urgencias presentando fallo multiorgánico y éxitus.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cáncer de mama Estadío IV T4dNxM1

Diagnóstico diferencial

Mastopatía

Comentario final

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres. El cribado ha logrado mejorar el pronóstico; la supervivencia a los 5 años es del 85.2%. Se realiza mediante mamografía en mujeres entre 50-69 años, cada dos años. La forma más frecuente de presentación del cáncer de mama en nuestro país es subclínica gracias al cribado, siendo detectable en pruebas de imagen y, menos frecuente, por la exploración (tumoración palpable).

Sorprende que actualmente, en un país desarrollado, sigan diagnosticándose tumores tan avanzados dado los recursos disponibles. El retraso en el diagnóstico fue también consecuencia de no tener contacto con la sanidad y debido a la barrera idiomática (no atendió/entendió las citas de ecografía/mamografía).

Bibliografía

- Ciurana Misol R, Brotons Cuixart C, Marzo Castillejo MM. *Promoción y prevención en el adulto. En: Martín Zurro, A. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia. 8ª ed. Barcelona:elsevier; 2019. p. 115-135.*

778/333. LA IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE ACOGIDA EN POBLACIÓN INMIGRANTE.

Autores:

López Sánchez, R.¹, Martín Aldama, A.², Lobo Marin, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lepe. Lepe. Huelva.* (2) *Hospital San Eloy*

Descripción del caso

Varón 25 años, origen marroquí, barrera idiomática (llegada a España hace un mes). Acude a consulta de acogida de enfermería en centro de salud (CS), para recoger antecedentes personales, plan de vacunación, sintomatología actual. Refiere dorsalgia de meses de evolución sin traumatismo. Se deriva a médico para valoración instaurándose tratamiento analgésico ambulatorio. Vuelve a consulta al mes por persistencia del dolor, irradiación miembros inferiores y alteración de sensibilidad. Profundizando en anamnesis, sensación distérmica nocturna, dolor continuo que aumenta con actividad y le despierta por la noche

Exploración y pruebas complementarias

Destaca apofisalgia en región dorsal, reflejo rotuliano derecho abolido, hipoestesia bilateral (difícil exploración neurológica por barrera idiomática). Solicitamos radiografía de columna y analítica, detectando aplastamiento anterior D6-D7, lesiones líticas D5-D8. Leucocitosis con fórmula normal, parámetros reumatológicos negativos excepto PCR 13,2mg/L, LDH 179U/L. Es derivado al servicio de urgencias donde realizan TAC urgente, confirmando las fracturas, colección paravertebral y estenosis del 50% del canal. Ingresado para estudio en Medicina Interna. Tras drenaje de la colección paravertebral se aísla *Mycobacterium tuberculosis* multisensible, por lo que se instaura tratamiento antituberculoso con RIMSTAR. Posteriormente es intervenido por neurocirugía para fijación de columna. Tras cumplir tres meses dicho tratamiento, se cambió pauta a RIFINAH seis meses más

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Spondilodiscitis vertebral tuberculosa. Mal de Pott

Diagnóstico diferencial

Lumbalgia mecánica. 2. Lumbalgia perfil inflamatorio. 3. Proceso tumoral (Osteosarcoma, metástasis ósea, linfoma) 4. Spondilodiscitis infecciosa.

Comentario final

Mal de Pott es una manifestación extrapulmonar de la tuberculosis. Ocasionada por *M. tuberculosis* frecuentemente. Tiene mayor incidencia en pacientes inmunodeprimidos, que viven en condiciones de hacinamiento y poco higiénicas. Quiero resaltar la importancia de

realizar una buena acogida de la población inmigrante en el CS. Dada la ubicación de nuestro centro, un porcentaje importante de pacientes proceden de países en vías de desarrollo, la mayoría traen patologías consigo aún sin diagnosticar ni tratar. A pesar de la barrera idiomática, tiempo y esfuerzo que conlleva, es importante realizar una buena historia clínica y ampliar el abanico de posibilidades diagnósticas sin descartar aquellas de etiología infecciosa menos frecuentes

Bibliografía

- Lozano JA. *Tuberculosis. patogenia, diagnóstico y tratamiento.* Elsevier. 2020; vol 21 (8); pag 102-110.
- Herrera Rodríguez AH. *Espondilodiscitis tuberculosa. Mal de Pott.* Garsi. 2016; Vol 42; 231-242.

778/339. MAREO Y PARESTESIAS PROGRESIVAS EN MUJER DE MEDIANA EDAD.

Autores:

García Balboteo, J.¹, Aguilar Barceló, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepona. Estepona. Málaga*

Descripción del caso

ANTECEDENTES PERSONALES: SIN PATOLOGÍA DE INTERÉS. MENOPAUSIA 49 AÑOS. EXFUMADORA DESDE HACE 6 MESES. CAMARERA.

PACIENTE DE 51 AÑOS QUE ACUDE HACE 2 SEMANAS A CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA POR VÉRTIGO PAROXÍSTICO TRATADA CON BETAHISTINA Y METOCLOPRAMIDA SIN MEJORÍA. LA SINTOMATOLOGÍA EMPEORA CON LOS MOVIMIENTOS DE LA CABEZA Y HA EVOLUCIONADO HACIA CEFALEA FRONTOPIETAL Y RETROOCULAR IZQUIERDA DE TIPO OPRESIVO Y CASI CONTINUO. LA SENSACIÓN ES COMO UN ESTADO DE EMBRIAGUEZ DESCRIBE. DESDE HACE 4 DÍAS PARESTESIAS EN PIE DERECHO Y MITAD DISTAL DE PIERNA DERECHA. SIN FIEBRE, NI PÉRDIDA DE PESO. SE SOLICITAN ANÁLISIS Y PRUEBAS DE IMAGEN AUTORIZADAS. TRAS RESULTADO ES DERIVADA A HOSPITAL

Exploración y pruebas complementarias

T.A.: 112/71 F.C.: 75 TEMPERATURA: 36 °C. BUEN ESTADO GENERAL. CONSCIENTE, ALERTA Y ORIENTADA, BIEN HIDRATADA, PERFUNDIDA, Y COLOREADA, AFEBRIL, EUPNEICA EN REPOSO. NO SE PALPAN ADE-

NOPATÍAS. EXPLORACIÓN MAMARIA NORMAL, AUSCULTACIÓN PULMONAR Y CARDIACA: NORMALES. ABDOMEN: NORMAL. NEUROLÓGICO: GLASGOW 15, PARES CRANEALES NORMALES, PICNR, NO RIGIDEZ. FUERZA DISMINUIDA EN MID CON CLAUDICACIÓN, DISMETRÍA PARCIAL EN MSD CON OJOS CERRADOS, NO ADIADOCOCINESIA, ROMBERG HACIA DERECHA, MARCHA TORPE ARRASTRA MID, HIPOESTESIA ROT AUMENTADO MID, SIN CLONUS. HEMOGRAMA Y COAGULACIÓN NORMAL BIOQUÍMICA CON GLUCOSA, UREA, CREATININA, AC URICO, TRANSAMINASAS NORMALES, LDH 343. TG 55MG/DL, COLESTEROL 237MG/DL. PROTEINAS TOTALES 7.4. ORINA NORMAL -RX TÓRAX: ICT NORMAL SIN INFILTRADOS NI CONDENSACIONES. -TAC DE CRANEO SIN CONTRASTE: EVIDENCIA DE MÚLTIPLES LESIONES FOCALES PARENQUIMATOSAS INFRA Y SUPRATENTORIAL BILATERALES, CON EDEMA VASOGÉNICO, ALGUNAS CON SANGRADO. -TAC TORAX-ABDOMEN-PELVIS: ADENOPATÍAS ADYACENTE AL LÓBULO TIROIDEO DERECHO, PARATRAQUEALES DERECHAS E HILIARES DERECHAS. LESIÓN MIXTA SÓLIDA Y SUBSÓLIDA EN VÉRTICE DERECHO DE 2,5 CM. NÓDULO DE 8 MM EN CUADRANTE INFERO-EXTERNO DE MAMA DERECHA DE CONTORNOS IRREGULARES. MASAS SUPRARRENALES BILATERALES (3 CM LA DERECHA 1,5 CM LA IZQUIERDA). -BRONCOSCOPIA: ADENOCARCINOMA. -DERMATOSCOPIA NEVUS MELANOCITICOS.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

ADENOCARCINOMA PULMONAR ESTADIO IV (LOES CEREBRALES).

Diagnóstico diferencial

NEOPLASIA ESTADIO IV:

- PULMONAR
- MAMARIO
- MELANOMA

Comentario final

RESANGRADO DE LESIÓN METÁSTASIS A NIVEL FRONTAL IZQUIERDO CON GRAN HEMATOMA Y HERNIACIÓN CEREBRAL. EXITUS.

Bibliografía

- L. Nayak, E.Q. Lee, P.Y. Wen. *Epidemiology of Brain Metastases. Curr Oncol Rep*, 14 (2012 Feb), pp. 48-54
- L.M. DeAngelis, J.B. Posner. *Intracranial metastases. Neurologic complications of cancer. Oxford University Press*, (2009), pp. 141-193

778/342. ALTA SOSPECHA DE GOTA CON URICEMIA NORMAL. ¿SIEMPRE HAY QUE CONFIRMAR?

Autores:

Lemos Pena, A.¹, Flores Soler, O.², García Gallego, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

Varón, 69 años sin antecedentes ni tratamiento habitual. No suele venir a consulta.

Acude por aumento de tamaño y dolor en ambos pulgares desde hace un año con rubor y aumento de temperatura local. Crisis invalidantes sin antecedente traumático que siempre se resuelven en menos de una semana.

Ha sido trabajador del campo con sobrecarga manual: recolección, poda, riego...

Revisamos histórico de consultas: hace 10 años en urgencias episodio compatible con podagra, que en analítica tenía uricemia de 7.2; sedimento urinario negativo y marcadores reumáticos negativos. Hace 5 años en consulta oportunista por otro motivo solicitamos analítica: uricemia de 7.3, sedimento negativo y albuminuria negativa.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica y estudio radiológico de ambas manos. Uricemia 5.3 mg/dl con filtrado glomerular normal. Microalbuminuria de 68.8 mg/dl. En radiografía: erosiones en sacabocados epifisarias interfalángicas, redondeadas, con borde esclerótico y proliferación osteofitaria.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hasta la fecha ninguna técnica puede sustituir al análisis del líquido sinovial para diagnosticar la gota. En la práctica clínica es común establecer el diagnóstico ante un cuadro clínico compatible, incluso en segundo nivel.

Diagnóstico diferencial

La artritis gotosa se caracteriza por el depósito de cristales de UMS. El pirofosfato cálcico dihidrato y el fosfato básico de calcio originan cuadros de artritis parecidos (seudogota): condrocalcinosis.

La única forma de diferenciar ambos tipos es mediante análisis del líquido sinovial por microscopia de luz polarizada.

Comentario final

Se informa de sospecha clínica y posibilidad de confirmación mediante análisis de líquido sinovial. Se oferta derivación a reumatología o punción ecoguiada (al tratarse de una pequeña articulación) en centro de salud. Se informa de dificultad de la punción, riesgos y beneficios, y posibilidad de tratamiento con seguimiento sin confirmación diagnóstica. Con la información para la toma compartida de decisiones, respetando el principio de autonomía del paciente, éste decide no realizarse punción ni desplazarse del medio rural en el que vive para más estudios.

Bibliografía

- Rodríguez-Caravaca G, Villar del Campo MC, Casas-Losada ML, Herrero-Alonso MC. Radiografía ósea. *Elsevier Medicina Integral*. 2001; 38 (1): 43-45
- Sivera F, Andrés M, Quilis N. Diagnóstico y tratamiento de la gota. *Elsevier Med Clin*. 2017; 148 (6): 271-276
- Lozano JA. Hiperuricemia y Gota. *Elsevier Offarm*. 2004; 23 (5): 82-89

778/343. ANSIEDAD PARECE PERO NO LO ES.

Autores:

Ramirez Ariza, M.¹, Sánchez Alba, J.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 61 años con antecedentes personales de Trastorno de ansiedad generalizada en tratamiento con sertralina y mirtazapina en seguimiento de forma conjunta con Salud Mental. Consulta por cuadro de palpitaciones de forma mantenida, temblores generalizados, habla temblorosa, xerostomía, acúfenos, cefalea, cifras elevadas de tensión arterial, náuseas y diaforesis. El día anterior acudió al servicio de urgencias por misma clínica donde fue diagnosticada de crisis de ansiedad, le prescribieron lorazepam sin mejoría. Durante la anamnesis refiere que hace 2 días acudió a revisión con el psiquiatra y le aumentó la dosis de sertralina a 150 mg y que comenzó a tomar tramadol por lumbalgia. Solicito analítica y electrocardiograma. Cito a la paciente para recogida de resul-

tados presentando un cuadro más acusado de la clínica que invalida a la paciente en su vida diaria. Tras resultados de pruebas complementarias se deriva a la paciente al servicio de urgencias para valoración psiquiátrica.

Exploración y pruebas complementarias

Colaboradora, denota inquietud, taquicárdica, sudorosa.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma, bioquímica con función hepática, renal y tiroidea normal. Urocultivo positivo a klebsiella. Electrocardiograma: sinusal a 58 latidos por minuto, eje cardiaco normal, no alteraciones agudas de la repolarización.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome serotoninérgico

Diagnóstico diferencial

Crisis de ansiedad, Infección del tracto urinario

Comentario final

Una de cada cuatro personas que acuden al Centro de Salud tiene un trastorno afectivo. En atención primaria se prescribe hasta un 75% de los antidepresivos. A pesar de que los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) son bien tolerados y seguros el médico de familia debe tener en cuenta las interacciones farmacológicas cuando se prescribe y las comorbilidades que presenta el paciente. El síndrome serotoninérgico aunque es raro puede llegar a ser muy grave.

Bibliografía

- Alcalá Partera JA, Alonso Verdugo A, Arilla Herrera GP, Déniz Saavedra BV, González Pérez A, Herrería Lambert A. *Guías clínicas de depresión*. 2023. SEMERGEN.
- García Herrera-Perez Bryan JM^º, Nogueras Morillas V, Muñoz Cobos F, Morales Asencio JM. *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención Primaria*. Distrito Sanitario Málaga- UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga. 2011.

778/346. DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS.

Autores:

López Gómez, J.¹, Sebastián Lacave, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Vi-

llafranca. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Descripción del caso

paciente de 53 años que consulta por presentar desde esta mañana varios episodios de dolor centroesternal punzante de 1-2 minutos de duración, no irradiado, sin cortejo vegetativo, no disnea, no náuseas ni vómitos. El dolor no se relaciona con las posturas. El primero mientras caminaba, el segundo conduciendo y el último estando acostado. Resolución espontánea sin medicación.

AP: HTA. DM-2. Fumador de 1 paquete diario. Bebedor ocasional.

Tratamiento: metformina 850 mg, amlodipino 10 mg, losartan 50 mg/HTCZ 12.5 mg. Colecalciferol.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, consciente y orientado, eupneico en reposo. ACP: corazón rítmico a buena frecuencia, no soplos. BMV bilateral sin ruidos añadidos. TA 160/100. Saturación de O₂ 99%. FC 80. Afebril.

Hemograma normal.

Bioquímica: glucosa 176, Tn-T 63, CK 121.

Coagulación: normal.

EKG: RS sin datos de isquemia aguda.

Rx tórax: normal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Muerte súbita. Rotura cardíaca VS rotura aórtica.

Diagnóstico diferencial

- Cardiopatía isquémica: enfermedad coronaria con IAM o angina, embolismo coronario, enfermedad arterial coronaria, espasmo coronario
- Cardiopatía no isquémica: miocardiopatía hipertrófica o dilatada, valvulopatías, displasia arritmogénica del ventrículo derecho, miocarditis, taponamiento cardíaco, rotura cardíaca, disección aórtica
- Cardiopatía no estructural: FV idiopática, síndrome de Brugada, síndrome QT largo, síndrome de preexcitación, bloqueo AV completo

Comentario final

El dolor torácico es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias y, además, es el síntoma que suscita una mayor inquietud entre los profesionales sanitarios, sobre todo por el amplio abanico de posibilidades diagnósticas que conlleva.

La dificultad en el diagnóstico de este síntoma radica en los siguientes puntos: A) existen muchas estructuras que están inervadas por fibras sensitivas correspondientes al mismo nivel medular. B) el dolor torácico puede deberse a una enfermedad banal o ser la expresión de un proceso potencialmente mortal. La correlación entre la intensidad del dolor y su gravedad es mala y totalmente subjetiva. C) El electrocardiograma puede estar sólo alterado cuando el paciente tiene dolor y un 25% de los ECG que se ven en urgencias son normales.

Bibliografía

- Ostabal MI. Dolor torácico en los servicios de urgencias. *Med Integral*. 2002; 40(2):40-49.
- Podrid P (2023). Overview of sudden cardiac arrest and sudden cardiac death. In *UpToDate*. Retrieved February, 2024, from <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sudden-cardiac-arrest-and-sudden-cardiac-death>

778/357. A PROPOSITO DE UN CASO CON UNA MASA ABDOMINAL.

Autores:

Marin Herlinger Mesa, M.¹, Martin Izquierdo, S.², Pérez Montes, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Descripción del caso

Paciente 83 años acude por cuadro de 36 horas de evolución de vómitos y dolor abdominal epigástrico. No refiere pérdida de peso, ni diarreas ni fiebre u otros síntomas. Ha mejorado algo con metoclopramida 1 comprimido cada 8 horas, pero sigue con algún vómito y dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneica, bien hidratada y coloreada, en bipedestación se observa masa redondeada de tamaño como cabeza de un bebe de unos 25 cm de diámetro, que disminuye de tamaño al decúbito supino. A la palpación abdomen blando, deprimible con masa blanda no dolorosa en hemiabdomen superior no reductible, no megalias, no circulación colateral, no signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: Analítica de sangre con hemogra-

ma, bioquímica completa con marcadores tumorales normales. Ecografía abdominal preferente donde se observa inflamación y paniculitis mesentérica. Resto del abdomen sin hallazgos significativos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Paniculitis Mesentérica

Diagnóstico diferencial

Realizar con aneurisma aórtico abdominal (sería una masa pulsátil cerca del ombligo), cáncer colon, enfermedad Crohn, obstrucción intestinal, tumor vesicular, absceso pancreático, pseudoquiste pancreático, cáncer de estómago, vólvulo, hernia abdominal, tumor de la pared abdominal, tumor carcinoides, colecistitis...

Comentario final

Cuando nos encontramos con una masa abdominal en nuestra práctica diaria, debemos hacer una anamnesis adecuada de los síntomas junto con una completa exploración clínica, aunque sin duda necesitaremos de una prueba complementaria de imagen que nos ayude al diagnóstico final. En este caso un diagnóstico benigno de una patología rara que su tratamiento es fácil con corticoides y un pronóstico muy favorable

Bibliografía

- *Belaunde Clausell, A, Márquez Hernández R.A; Morales Díaz A. Presentación de un caso... Paniculitis mesentérica como causa de masa abdominal palpable. Rev. Ciencias médicas vol. 24 n6 pinar del rio nov-dic 2020- eupub 01-dic-2020.*

778/359. AMIODARONA, EL ENEMIGO DEL TIROIDES.

Autores:

Suárez Vega, A.¹, Espejo Martín, I.², Pedregal González, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva

Descripción del caso

Varón, 88 años ex fumador, con dislipemia y sobrepeso. Con antecedentes personales de fibrilación auricular paroxística, implante de marcapasos DDD y adenocarcinoma de próstata de bajo riesgo. Vida basal: parcial-

mente dependiente. Usa andador. Se asea y come solo. En tratamiento con Apixabán 5mg/12h Amiodarona 200mg/24h y Bisoprolol 5mg/24h. Acuden los hijos a consulta por decaimiento, agitación nocturna, alucinaciones visuales y pérdida de fuerza, más acusada en miembros inferiores, en los últimos días. En un principio se decide buscar posible origen infeccioso, se encuentra una infección del tracto urinario que se trata, pero el paciente permanece con los mismos síntomas. Se realizan varias visitas al domicilio, encontrando el problema tras una revisión minuciosa de su historia clínica y realizando una analítica completa de sangre.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. TA: 95/55 FC: 60lpm. SatO₂: 98%

Auscultación cardiopulmonar: anodina

Neurológico: desorientado en tiempo y espacio. Reconoce y nombra objetos. Obedece ordenes sencillas. No focalidad neurológica. Temblor de reposo. A la marcha aparece fatiga muscular tras varios pasos.

MMII: edemas hasta tobillo

Analítica: Hemograma: anodino. Coagulación: TP 1.56 TTPA 1.64 INR 1.42 Bioquímica: Creatinina 1.5mg/dL Filtrado 41mL/min, Iones en rango, Tirotropina >100 µUI/mL, tiroxina 0.012. Resto anodino

ECG: Ritmo marcapasos a 60lpm sin alteraciones de la repolarización.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome Confusional y decaimiento a filiar

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por amiodarona VS hipotiroidismo fisiológico VS Delirium

Comentario final

Se decide retirar la amiodarona por el hipotiroidismo, iniciar levotiroxina y mantener control de frecuencia con bisoprolol. El paciente tras dicho reajuste retorna a estado previo, con mejoría tanto del estado físico como cognitivo. Este es un claro ejemplo de la necesidad de revisar la farmacoterapia y sus efectos para poder llegar al diagnóstico y realizar un abordaje correcto.

Bibliografía

- *Martino E, Bartalena L, Bogazzi F, Braverman LE. The effects of amiodarone on the thyroid. Endocr Rev. 2001 ;22(2):240-54.*

- Sanmartí A, Permanyer-Miralda G, Castellanos JM, Foz-Sala M, Galard RM, Soler-Soler J. Chronic administration of amiodarone and thyroid function: A follow-up study. *Am Heart J*. 1984

778/360. DOCTOR, ¿ME FRENO, ME ACELERO, QUE ES LO QUE TENGO?

Autores:

Ibañez Rivas, J.¹, Contreras Aranda, R.², Gala González, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Arrecife. La Carlota. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Victoria. La Victoria. Córdoba

Descripción del caso

Hombre, 62 años, mecánico, ex-futbolista, sin antecedentes, acude por presentar dolor precordial leve-moderado de 7 días, opresivo, refiere palpitaciones y episodio de mareo con pérdida de conciencia en dicho intervalo.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar arrítmica sin soplos, respiratoria normal. Neurológica normal, no edemas. Tensión arterial: 126/96 mmHg, frecuencia cardíaca 40-129 latidos por minuto, saturación de oxígeno: 96%. Electrocardiograma: episodios de bradicardia con taquicardia sinusal más rachas aisladas de fibrilación auricular (FA) sin elevación del ST. Radiografía de tórax: cardiomegalia sin condensación.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome taquicardia-bradicardia (STB).

Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo, síncope, FA paroxística, trastorno ansioso-depresivo.

Comentario final

El paciente es derivado a atención hospitalaria para tratamiento definitivo de esta patología cardíaca, realizándose electrocardiogramas de control y monitoreo Holter para confirmación diagnóstica. Se instaura marcapasos subcutáneo. La enfermedad nodal es una patología del ritmo cardíaco rara, más frecuente en ancianos, causado por envejecimiento del nodo sinusal o secundaria a una alteración nodal. Consta de 5 va-

riantes: bradicardia sinusal, bloqueosinauricular, paro sinusal, STB y otros trastornos del seno enfermo. La menos frecuente es el STB, con amplio espectro clínico: palpitaciones, disnea y síncope, favoreciendo la FA el desarrollo de embolias sistémicas. Actualmente no existe consenso sobre la definición electrocardiográfica del mismo, generando un problema diagnóstico y terapéutico. Al presentar un episodio sincopal se justifica la colocación de marcapasos con alivio parcial de los síntomas reduciendo episodios de FA. La relevancia de este caso clínico es la presencia de rachas persistentes de FA que, pese al marcapasos, produjeron embolismos recurrentes, dejando secuelas graves en el paciente; siendo la enfermedad nodal el inicio de toda esta secuencia patológica. El STB puede pasar desapercibido debido a la sintomatología variable, inespecífica e intermitente. Por ello, es crucial que en Atención Primaria tengamos un conocimiento sobre esta enfermedad logrando un diagnóstico temprano e instaurando un tratamiento oportuno para prevenir complicaciones.

Bibliografía

- Bibliografía: 1. Alderete JF, Centurión OA. Conceptos actuales sobre la clasificación clínica y alteraciones electrofisiológicas en la disfunción del nódulo sinusal. *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2018;16(2):113-22. 2. Prutkin Jordan. Tutorial de ECG_ Ritmos y arritmias del nodo sinusal – UpToDate.pdf. UpToDate. 2019;8.

778/362. ¿SÍNDROME CONSTITUCIONAL O DEBUT DIABÉTICO?

Autores:

Ibañez Rivas, J.¹, Gala González, A.², Contreras Aranda, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Arrecife. La Carlota. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Victoria. La Victoria. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Varón, 52 años, consulta telefónicamente por pérdida de 12 kilos en 2 meses (de 88 a 76), no hace dieta aunque cena menos, poliuria y polidipsia acompañante, no otros síntomas. Padre con cáncer de pulmón. Diagnosticado de Hipertensión Arterial tratado con Losartán y de dislipemia sin medicación. Consume 1 litro de cerveza a diario.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física normal. Analítica: glucosa 366 mg/dL, Hemoglobina glicosilada 13,1, Filtrado glomerular 67 ml/min, ferritina 495,9 ng/mL, CA 19.9 78,2U/mL; hemograma y resto de bioquímica con Tirotropina normales. Orina con cuerpos cetónicos 80 mg/dL. Contacto con Endocrinología que aconseja insulina basal 12 unidades al día y cita presencial. Ecografía abdominal: Páncreas no visto. TC abdominal: Mínima lesión quística en cabeza pancreática de 10mm, confirmada con RMN con contraste.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Debut diabetes. Síndrome constitucional a estudio.

Diagnóstico diferencial

Neoplasia de páncreas, Quiste pancreático, Diabetes mellitus (DM) tipo I, DM tipo II.

Comentario final

Un 25% de los pacientes con cáncer de páncreas han debutado con DM en los dos años previos. El CA 19-9 es el marcador tumoral más usado para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer de páncreas, así como marcador susceptible de malignidad en quistes pancreáticos. Sin embargo, a menudo aumentan en la DM como proceso natural, por lo que es esencial realizar diagnóstico diferencial entre evolución DM y quiste/ neoplasia. La importancia de nuestro caso radica en que si el primer contacto hubiera sido presencial se le hubiera realizado una glucemia al azar y posiblemente sin petición de marcadores tumorales y lo peor, sin haber llegado al diagnóstico de quiste pancreático.

Bibliografía

- Toledano Macías M, Ausín García J, Costel Jaime J, García Diego M, Villalba García M, Gómez Antúnez M, Piniella Llorente B, López González- Cobos C. Elevación CA 19.9 de causa no tumoral. *Rev Clin Esp.* 2016;216(Espec Congr):698.
- Perri G, Vege SS, Marchegiani G. Monitoring Ca 19-9 during pancreatic cyst surveillance: better safe than sorry?. *UEG Journal* 2023; 11(7): 599-600.

778/368. OMALGIA.

Autores:

Espejo Martín, I.¹, Suárez Vega, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva

Descripción del caso

Paciente de 61 años, fumador y bebedor, con cirrosis hepática enólica con datos de hipertensión portal con varices esofágicas, pancitopenia en este contexto, osteoporosis con fracturas vertebrales crónicas D5 y L4. A raíz de ingreso hospitalario por neumonía comienza con dolor de hombro derecho, con importante limitación de la movilidad que no cede con analgésicos de 2º escalón. Es derivado a aparato locomotor donde se le diagnostica de síndrome subacromial, bursitis subacromial, tendinitis del manguito rotador y tratado con fisioterapia siendo dado de alta. Al mes del alta paciente vuelve a empeorar del dolor, momento en que se le solicita RNM hombro.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración hombro derecho: movilidad limitada por el dolor flexión 100º, abducción 90º con compensación por el dolor, rotación interna dolorosa y no completa.

Rx hombro derecho: no se observan alteraciones.

RMN hombro: Signos radiológicos de necrosis avascular de la cabeza humeral (Cruess 2) e infartos medulares diafisarios. Rotura parcial de alto grado del TSE. Bursitis subacromiosubdeltoidea. Probable lesión labral SLAP.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Necrosis avascular de la cabeza humeral

Rotura del tendón del supraespinoso

Bursitis subacromiosubdeltoidea

Diagnóstico diferencial

Patología del Manguito de los Rotadores

Artrosis

Bursitis subacromial

Neoplasia

Artritis

Comentario final

La necrosis avascular (NAV) de la cabeza humeral es una entidad clínica poco frecuente y poco conocida. Etiología puede ser traumática (después de fracturas

o luxaciones del hombro, tras cirugía reparadora del manguito de los rotadores) o atraumática (uso prolongado de corticoides, hemoglobinopatías, alcoholismo, Lupus, enf de Gaucher, hemofilia, radioterapia, etc). Se clasifica en 5 estadios (de menor a mayor gravedad). El tratamiento puede ir desde fisioterapia y manejo conservador en estadios iniciales I-II, bifosfonatos o tratamiento quirúrgico.

Bibliografía

- Qiang W, Lie H, Tijauw D. *Diagnosis and treatment of avascular necrosis of the humeral head: Current concepts. Journal of ISAKOS [Internet]. 2023 [Consultado 01 Abril 2024]; 108-13 (8). Disponible en: [https://www.jisakos.com/article/52059-7754\(22\)00102-X/fulltext](https://www.jisakos.com/article/52059-7754(22)00102-X/fulltext)*

778/371. MANEJO DE PACIENTE DIABÉTICO CON COMPLICACIONES RENALES.

Autores:

Torres Santos, M.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 44 años de edad con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 en tratamiento con Metformina-Sitagliptina, con Hemoglobina glicada (HBA1c) de 7.2% e Hipertensión Arterial (HTA) en tratamiento con Losartan 50 mg. Patologías conocidas desde 2013. Índice de Masa Corporal (IMC) 38. Antecedentes familiares: Padre con DM . Madre con Obesidad Mórbida. El paciente dejó todo el tratamiento por iniciativa propia. Ante aumento de valores de creatinina sanguínea ya albuminuria se derivó a Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración general habitual en Atención Primaria. Radiografía de Abdomen. Ecografía Abdominal con esteatosis hepática y riñones sin hallazgos significativos. Análítica de sangre y orina: Creatinina sanguínea 1,65. Incremento policlonal de Ig A . Albuminuria 606.8. Tras seis meses de control metabólico exhaustivo y una pérdida de peso de 18 kg , mejoraron los parámetros de albuminuria (30) y creatinina sanguínea (1).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

insuficiencia renal en probable relación con Nefropatía Diabética

Diagnóstico diferencial

Las causas más comunes de proteinuria en adultos son glomeruloesclerosis Focal Segmentaria, Nefropatía Membranosa y Nefropatía Diabética. Hay que considerar los distintos mecanismos de proteinuria: Afectaciones Glomerulares, Túbulointersticiales, por exceso de flujo, funcional. Es imprescindible

Comentario final

Es imprescindible el seguimiento en pacientes jóvenes diabéticos para detectar complicaciones precozmente. Si mejora el control metabólico también mejora la función renal en nuestro paciente.

Bibliografía

- Sequist Er etAl : *Familial clustering of diabetic renal disease: Evidence for genetic susceptibility and Diabetic Nephropathy. N EngJ Med 320:1161, 1989*

778/372. DOCTORA, ¿QUÉ ME ESTÁ PASANDO EN LAS MANOS?

Autores:

García Vélez, B.¹, Castillo Puértolas, M.², Becerra Barba, M.³

Centro de Trabajo:

(1) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla,* (2) *Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla,* (3) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla*

Descripción del caso

Mujer de 80 años. No refiere alergias a medicamentos. No hábitos tóxicos. Como antecedentes patológicos conocidos destaca Tiroidectomía total por Bocio multinodular en tratamiento con Eutirox 100 mcg. Hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 5 mg y Déficit de vitamina D en tratamiento con Calcifediol 25 mcg.

Acude por dolor en ambas manos e impotencia bilateral de años de evolución. El dolor aumenta con la actividad y es vespertino, sin rigidez matutina y sin tumefacción.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, no se aprecian alteraciones cutáneas ni onicopatías. Sin tumefacción ni sinovitis palpable. Balance articular conservado. Deformidad de dedos

de ambas manos con ráfaga cubital. Sin debilidad en cintura escapular ni pelviana.

Se solicita analítica con hemograma normal, VSG 10 mm/h. Bioquímica con perfil hepático y renal normal. Acido úrico 3.5 mg/dL. Colesterol 261 mg/dL con LDL 170 mg/dL. Ac (IgG) anti péptido cíclico citrulinado < 0.4 U/mL. Factor reumatoide < 3.3 UI/mL. Proteína C reactiva 0.7 mg/L.

Se solicita radiografía antero posterior y lateral de manos y muñecas con los siguientes hallazgos: Manos con presencia de rizartosis. Desviación cubital de falanges. Sin afectación erosiva de la cortical

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tras los resultados de las pruebas complementarias y las características del dolor, podemos descartar inflamación articular inflamatoria actualmente, orientando nuestro diagnóstico hacia una artrosis de las manos y rizartrosis.

Diagnóstico diferencial

Artritis reumatoide

Artropatía cristalina

Espondiloartropatía

Artritis reactiva

Comentario final

La exploración física detallada y una anamnesis exhaustiva son pilares fundamentales en el diagnóstico diferencial entre artrosis y artritis reumatoide. Estas herramientas clínicas nos permiten identificar patrones distintivos de dolor, inflamación, deformidad articular y limitaciones funcionales, lo que nos ayuda a orientar el enfoque terapéutico de manera precisa y oportuna. En un contexto donde ambas condiciones pueden compartir síntomas superpuestos, la habilidad del médico de familia para discernir entre ellas a través de una evaluación minuciosa es crucial para ofrecer un cuidado óptimo y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Bibliografía

- González CM, Carrasco G. *Guía práctica de la Artritis Reumatoide. Asociación Andaluza de Pacientes con Artritis Reumatoide (ASAPAR). 2018.*
- Roig Vilaseca D. *Guía para el tratamiento de la artrosis en atención primaria. Semergen. 2019;45(2):117-121.*

778/376. DOCTORA, NO PUEDO LEVANTAR EL CUELLO.

Autores:

Bernal Pavón, L.¹, Chico Espín, J.², Martos Borrego, M.³

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Ardales. Ardales. Málaga,* (3) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Jauja. Lucena. Córdoba*

Descripción del caso

Paciente varón de 68 años de edad, HTA, DM2, dislipemia. Acude a consulta por notarse "más torpe" para caminar, llegando incluso a usar bastón, asociando cervicalgia e incapacidad para mantener el cuello erguido de tres meses de evolución. Empeoramiento a lo largo del día. Astenia generalizada. Indagando en la anamnesis, refiere en ocasiones disfagia preferentemente a líquidos. Previamente hace meses consultó en urgencias hospitalarias por diplopía binocular, siendo valorado por Neurología con sospecha de una neuropatía craneal diabética (paresia III par craneal) y pendiente valoración en CCEE Neurología.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración neurológica destaca: ptosis bilateral de predominio derecho con diplopía a la supravversión de la mirada, habla hipofónica, cabeza caída en anteversión. No disimetrías. Marcha posible con bastón a pequeños pasos con anteversión del cuello.

Dada la clínica derivamos a urgencias por sospecha cuadro miasteniforme. Finalmente ingresa a cargo de Neurología por sospecha de síndrome miasténico con afectación bulbar. Se realizan pruebas complementarias durante su ingreso (TAC cráneo/cervical/cuello y tórax, analítica...) donde destaca la positividad de anticuerpos antireceptor de acetilcolina. Se inicia tratamiento con piridostigmina y prednisona con mejoría franca del cuadro.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miastenia Gravis

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Lambert-Eaton, ELA, miopatías, botulismo

Comentario final

La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune causada por autoanticuerpos que reducen los

receptores de acetilcolina de la unión neuromuscular (los más frecuentes, los anticuerpos antirreceptor de acetilcolina). La hiperplasia de timo y el timoma se asocia con la MG. Existen dos picos de incidencia, mujeres < 40 años y hombres > 60. La clínica puede ser ocular (ptosis palpebral o diplopía), bulbar (disartria o disfagia) o generalizada, con debilidad proximal en las extremidades. Se conoce como crisis miasténica el agravamiento de la clínica que cursa con insuficiencia respiratoria y necesidad de ventilación mecánica. Es importante un diagnóstico precoz mediante una adecuada historia clínica y exploración física ya que la fase más activa de la enfermedad suelen ser los primeros años, donde existe mayor riesgo de mortalidad.

Bibliografía

- García-Estévez DA, Fraga-Bau A, García-Sobrino T, Mederer-Hengstl S, Pardo-Fernández J. *Epidemiología de la miastenia grave en la península ibérica y Latinoamérica. Rev Neurol* 2023;76 (02):59-68

778/378. DÉFICITS FOCALES TRANSITORIOS.

Autores:

Rodríguez Palácios, M.¹, Álvarez López, I.², Vera, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorroón. Écija. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Merced. Osuna. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 64 años, antecedentes de protusión discal C5-C7, consulta por parestesias en miembro superior derecho de carácter intermitente tratado con pregabalina por sospecha de pinzamiento cervical. Una semana después, acude por hemiparesia derecha completa con acorchamiento facial. Se deriva a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

TA 136/85 mmHg, FC 75 lpm. Sat 98%. En consulta, exploración neurológica normal. Se realiza analítica normal y TAC craneal donde se objetiva hiperdensidad de giros corticales frontales derechos sin delimitar claras lesiones de carácter indeterminado (inflamatorio/infeccioso/neoplásico). Se decide ingreso en Medicina Interna. Solicitan RMN craneal con afectación focal me-

nígea frontal más edema cerebral compatible con linfoma vs otras opciones. BodyTac sin signos de proceso linfoproliferativo. Dada clínica intermitente, alta domiciliaria y cita con Neurología. Evolución. Control por MAP: durante los siguientes tres meses, empeoramiento progresivo con episodios de desorientación “no sabe moverse bien por casa”, dificultad en la coordinación fina, hormigueos intermitentes y ligera bradipsiquia. Su MAP, realiza diferentes interconsultas, intenta agilizar cita con Neurología (sin éxito). A los tres meses, tras tres interconsultas a servicio de Urgencias derivado por parte de MAP, se decide ingreso en Neurología realizando punción lumbar, nueva RMN, fondo de ojo, arteriografía cerebral y biopsia de lesión cerebral con diagnóstico final de angiopatía amiloidea versión inflamatoria.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Angiopatia amiloidea versión inflamatoria.

Diagnóstico diferencial

Ictus lacunar/meningitis/enfermedades de colágeno/angiopatía amiloide/tumoral/trastornos de hipercoagulabilidad.

Comentario final

Este caso remarca la importancia de la Atención Primaria en la asistencia global, coordinando los diferentes especialistas y mostrando apoyo a pacientes y familiares en el día a día de la evolución de la enfermedad. Así como insistir en la necesidad de una atención temprana y búsqueda de un diagnóstico para un correcto manejo. Además, es necesario conocer los riesgos de hemorragias cerebrales de esta patología, precisando un seguimiento de factores de riesgo como la HTA, plantear el uso de antiagregantes y evitar el uso de anticoagulantes, remarcando la importancia del seguimiento de prevención secundaria por parte de Atención Primaria.

Bibliografía

- Martín-Jiménez P, Sánchez-Tornero M, Llamas-Velasco S, et al. *Inflamación relacionada con angiopatía amiloide: características clínicas y respuesta al tratamiento en una serie de casos. Neurol (Engl Ed)*. 2021.

778/380. CONTUSION Y HERIDA LEVE EN CODO CON CONSECUENCIAS INESPERADAMENTE GRAVES.

Autores:

Aguiar Barceló, J.¹, García Balboteo, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepona. Estepona. Málaga*

Descripción del caso

MUJER DE 44 AÑOS SIN PATOLOGÍA DE INTERÉS, NI FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD TRAS RESBALAR CON RESTOS DE LIQUIDO, LA NOCHE ANTERIOR. SUFRIENDO TRAUMATISMO EN CODO IZQUIERDO Y PRESENTANDO EROSIÓN SUPERFICIAL Y DOLOR SIN IMPOTENCIA FUNCIONAL DEL BRAZO Y HOMBRO IZQUIERDO. ESTUDIO DE IMAGEN RX NORMAL. ES TRATADA CON ANALGÉSICOS, INMOVILIZACIÓN CON CABESTRILLO Y CURA DE HERIDA. TRANSCURRIDOS DOS DÍAS, VUELVE A CONSULTA CON INFLAMACIÓN DE PARTES BLANDAS EN BRAZO DAÑADO, IMPOTENCIA FUNCIONAL, EXUDADO POR HERIDA Y MAL ESTADO GENERAL. MOTIVO POR EL QUE SE TRASLADA A HOSPITAL DE REFERENCIA.

Exploración y pruebas complementarias

T.A.: NO DETECTABLE F.C.: 130 TEMPERATURA: 35,7 °C. MAL ESTADO GENERAL. CIANOSIS ACRA. CONSCIENTE. ANÁLISIS URGENTE CON LEUCOCITOSIS Y REACTANTES DE FASE AGUDA ELEVADOS. TRAS INGRESO HOSPITALARIO REALIZAN FASCIOTOMIA URGENTE EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, CON RESECCIÓN DE TRICEPS BRAQUIAL, SIENDO NECESARIA UNA SEGUNDA FASCIOTOMIA CON ABORDAJE SOBRE TRAPECIO IZQUIERDO. CULTIVO DE HERIDA CON RESULTADO POSITIVO PARA STREPTOCOCCO PYOGENES. EN SU EVOLUCIÓN SÉPTICA ES INGRESADA EN CUIDADOS INTENSIVOS, DONDE PRESENTA FALLO MULTIORGÁNICO RENAL Y HEPÁTICO ASÍ COMO COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA. A LOS 55 DEL INGRESO PRESENTA UNA GANGRENA HÚMEDA DE AMBOS PIES. PRECISANDO A CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y AMPUTACIÓN.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

FASCITIS NECROTIZANTE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO.

SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO COMPLICADO CON GANGRENA EN MIEMBRO INFERIORES.

Diagnóstico diferencial

PROCESOS TRAUMÁTICOS COMO CONTUSIONES O FRACTURAS.

PROCESOS INFLAMATORIOS REUMATOLÓGICOS NO TRAUMÁTICOS.

Comentario final

LA FASCITIS NECROTIZANTE ES UNA PATOLOGÍA DE CRECIENTE INCIDENCIA QUE ASOCIA UNA IMPORTANTE MORBIMORTALIDAD, DADO SU EVOLUCIÓN RÁPIDA Y SU AMPLIA DESTRUCCIÓN DE TEJIDOS, ASOCIADA EN SU EVOLUCIÓN EN MUCHOS PACIENTES, A LA APARICIÓN DE SHOCK SÉPTICO. LA SIMILITUD CLÍNICA EN SUS FASES INICIALES A DETERMINADAS PATOLOGÍAS TRAUMÁTICAS Y REUMATOLÓGICAS HACE NECESARIO PENSAR TAMBIÉN EN ESTA POSIBILIDAD EN SUS ESTADIOS INICIALES.

Bibliografía

- *B. Wilson.*
- *Necrotizing fasciitis.*
- *Am Surg, 18 (1952), pp. 416-431*
- *K.H. Yu, H.H. Ho, Y. Chen, S.F. Luo.*
- *Gout complicated with necrotizing fasciitis – Report of 15 cases.*
- *Rheumatology (Oxford), 43 (2004), pp. 518-521*
- *K. Taviloglu, N. Cabioglu, A. Cagatay, H. Yanar, C. Ertekin, I. Baspinar, et al.*
- *Idiopathic necrotizing fasciitis: Risk factors and strategies for management.*
- *Am Surg, 71 (2005), pp. 315-320*

MÉDICO RESIDENTE

778/1. PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA: MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DESDE EL DOMICILIO.

Autores:

Díaz Amorín, A.¹, Largaespada Pallavicini, G.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 91 años. Acuden sus hijas a consulta porque aprecian pérdida de memoria progresiva en su madre desde hace un año. Además, desde la pandemia, dejó de salir a la calle, se aisló y no tiene ganas de hacer nada. Como antecedentes personales destaca: HTA, DM tipo 2 no insulino dependiente con retinopatía diabética y dislipemia. Intervenido de fractura basicervical de cadera izquierda y cuello quirúrgico de húmero derecho.

Realiza tratamiento con un comprimido diario de: glicazida 30 mg, losartán 50 mg/hidroclorotiazida 12,50 mg y simvastatina 10 mg. Uso esporádico de lorazepam 1 mg.

Exploración y pruebas complementarias

Acudimos a su domicilio para valoración: TA 149/63 mmHg, FC 76 lpm. ACP: BMV, tonos rítmicos con soplo sistólico mitral grado II/VI. Sin edemas. Miniexamen cognitivo de Lobo 24 (deterioro cognitivo leve) y escala PHQ-9 14 (depresión moderada).

Solicitamos analítica de despistaje para deterioro cognitivo: Hb 11.9 g/dl, glucosa 87 mg/dl, HbA1c 5.9%, colesterol 148 mg/dl, vitamina B12 y ácido fólico en rango. Serología Treponema pallidum negativa. Resto de analítica sin hallazgos relevantes.

Planteamos a la paciente y a su familia iniciar tratamiento con sertralina 50 mg y valorar evolución. Suspendedemos glicazida 30 mg y simvastatina 10 mg.

Al mes realizamos consulta telefónica con su hija que aprecia leve mejoría en la memoria y el ánimo de su madre. A los 4 meses, volvemos a su domicilio y realizamos nuevamente Miniexamen cognitivo de Lobo 28 (ligero déficit cognitivo) y escala PHQ-9 9 (depresión leve).

Solicitamos nueva analítica para control de FRCV con buen control glucémico y de lípidos tras ajuste de tratamiento.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pseudodemencia depresiva.

Diagnóstico diferencial

Se planteó el diagnóstico diferencial inicial con demencia. Como diagnósticos menos probables anemia por déficit de vitamina B12 y sífilis terciaria.

Comentario final

La pseudodemencia depresiva debemos sospecharla fundamentalmente en pacientes ancianos, ante síntomas que pueden simular demencia y la mayoría de las veces es reversible con tratamiento adecuado.

Bibliografía

- Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Neurología. Documento consenso SEP-SEN. Depresión en pacientes con enfermedades neurológicas. Madrid: Grupo SANED; 2012.
- Custodio EN, Herrera DE, Lira DE, Montesinos R, Linares Y, Bendezú L. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? A Fac Med. 2012.

778/4. REPASANDO LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA A TRAVÉS DE UN CASO.

Autores:

Tena Santana, G.¹, Bermejo Vélez, M.², Saldaña Ortiz, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aracena. Aracena. Huelva

Descripción del caso

Varón de 83 años de edad, sin alergias, con factores de riesgo cardiovascular de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y dislipemia. Antecedentes personales de trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho hace 11 años y accidente cerebrovascular isquémico extenso occipital izquierdo hace 8 años. Intervenido de hernia inguinal izquierda hace 4 años. Realiza tratamiento habitual con atorvastatina 80 mg, amlodipino 10 mg, metformina 1G, linagliptina 5 mg y Ome-

prazol 20 mg. Situación basal RANKIN 4 con Barthel de 35 puntos, dependiente severo.

Es valorado en domicilio por equipo de Urgencias de su localidad por sospecha de accidente isquémico transitorio de repetición, asociando desaturación O₂ de hasta el 66% a la llegada del equipo médico, con clara cianosis facial. Tras colocación de ventimask y administrar corticoides intravenosos y dos ciclos de nebulizadores, se procede a traslado hospitalario con saturación al 87%.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada a urgencias hospitalarias, se encuentra taquicárdico y disneico, con disminución generalizada de ruidos respiratorios. Dificultad para la exploración neurológica por su situación basal, aunque parece que conserva fuerza y sensibilidad simétricas de miembros, que hace dudar de la sospecha clínica inicial.

La gasometría venosa no muestra alteraciones y el hemograma también es normal para las tres series, aunque con clara elevación de dímero-D de hasta 8641 mcg/ml y creatinina en 1,78 mg/dl. Ante sospecha de tromboembolismo pulmonar, se administra nefroprotección y se realiza angio-TAC de tórax que confirma el diagnóstico de sospecha: "enfermedad embólica pulmonar bilateral con material trombótico cabalgado en la división principal de la arteria pulmonar".

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Diagnóstico diferencial

Accidente isquémico transitorio / insuficiencia respiratoria / tromboembolismo pulmonar.

Comentario final

La clínica de desaturación con taquicardia en paciente inmóvil no anticoagulado que además ha presentado ya un episodio previo de enfermedad embólica, debe hacernos sospechar de tromboembolismo pulmonar.

Bibliografía

- García M, Maseda A, Sánchez A, Lorenzo L, Núñez L, Millán C. Enfermedad tromboembólica venosa en personas mayores: revisión de la literatura. *Gerokomos*. 2014;25(3): 93-7.
- Nápoles ND, Couto ND. Utilización de los factores de riesgo y modelos clínicos predictivos para el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica venosa. *Medisan* 2015;19(1): 88-101.

778/5. MENOS MAL QUE HE REPETIDO LA PRUEBA.

Autores:

Tena Santana, G.¹, Linares Canalejo, A.², de Cos Maestre, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva

Descripción del caso

Mujer de 26 años de edad, sin alergias, con tres gestaciones previas (un parto, una cesárea y un aborto); en toma de pastillas anticonceptivas diarias que consulta en urgencias de su Centro de Salud por cuadro de dolor abdominal de 4 horas de evolución sin náuseas ni fiebre. Recalca que aunque tiene pautadas las pastillas anticonceptivas no las ha tomado por olvido durante 3 días, manteniendo relaciones sexuales sin método barrera durante ese ciclo, comentando retraso menstrual de 10 días. El test de gestación en orina en su Centro de Salud es negativo, por lo que administran analgesia que resulta ineficaz, por lo que derivan a urgencias hospitalarias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada a urgencias hospitalarias se aprecia estabilidad hemodinámica con dolor abdominal que localiza a nivel hipogástrico, impresionando de signos de Blumberg y Rovsing positivos, adoptando posturas antiálgicas durante la exploración y refiriendo dolor insoportable. Ante sospecha inicial de apendicitis se extrae analítica preoperatoria con reactantes de fase aguda y se administra analgesia de tercer escalón; aunque sigue sin aliviar.

La analítica muestra normalidad de las tres series, con Proteína C Reactiva de 2,8 mg/dl. Avisan desde Cuidados Mínimos dado que la paciente debuta con metrorragia; decidiendo repetir test de gestación urgente que en esta ocasión resulta positivo. Se realiza ecografía transvaginal donde se aprecia formación anecoica intrauterina compatible con pseudosaco con hemoperitoneo, por lo que se procede a laparoscopia diagnóstica urgente realizando finalmente salpinguectomía izquierda por embarazo ectópico accidentado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Embarazo ectópico.

Diagnóstico diferencial

Embarazo ectópico / apendicitis / diverticulitis.

Comentario final

En ocasiones las pruebas arrojan un falso negativo o bien acaban positivizando con el paso del tiempo. En el caso de la paciente, aunque la historia clínica era sugestiva, la metrorragia resultó ser lo más indicativo para el diagnóstico, seguido de repetir el test de gestación que terminó resultando positivo.

Bibliografía

- Capmas, P, Bouyer J, Fernandez H. Embarazo ectópico. *EMC-Tratado de Medicina*. 2017;21(3): 1-5.
- Martínez M, Martínez O, Wattiez CR, López R. Embarazo ectópico. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol*. 1998;24(1): 13-7.

778/12. EL DESENLACE FATAL DE UN CUADRO EMÉTICO.

Autores:

Leyva Conde, M.¹, Pantoja de la Rosa, L.², Martínez Núñez, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada

Descripción del caso

Una mujer de 52 años sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos acude a la consulta de Atención Primaria refiriendo epigastralgia irradiada a espalda de 4 días de evolución asociada a vómitos y cibofobia. No pérdida de peso reciente. Presenta ictericia franca y prurito leve en dorso palmar. Heces acólicas.

No fiebre ni signos de infección.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración abdominal: abdomen blando, depresible, hepato, megalia con un dedo de través. Murphy dudoso. Signo de Courvoisier. No signos de peritonismo.

Ictericia esclerocutánea.

Ante la clínica y posible necesidad de pruebas para ampliar el estudio se decide remitir a la paciente a Ur-

gencias Hospitalarias donde se le realiza una analítica y ecografía urgente.

Se ingresa en planta de Digestivo por ictericia obstructiva secundaria a posible neoplasia en cabeza de páncreas con metástasis hepáticas.

Posteriormente se realiza un TAC de afiliación, impresionando de cuadro metastásico hepático muy avanzado a descartar proceso neofornativo de vía biliar principal (confirmado por Colangio-RM y RM hepática).

Se realiza CPRE con colocación de endoprótesis biliar con descenso de parámetros colestásicos.

Actualmente en espera de anatomía patológica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Colangiocarcinoma tipo II de Bismuth con metástasis hepáticas.

Diagnóstico diferencial

- Hepatitis
- Colelitiasis
- Hepatocarcinoma
- Cáncer de páncreas
- Colangiocarcinoma
- Ampuloma

Comentario final

- Reflexión sobre cómo algunas patologías se manifiestan de forma abrupta en estadios muy avanzados.
- Repercusión del diagnóstico de cáncer poco frecuente, dificultad de encontrar personas pasando por lo mismo.
- Comunicación de posibles malas noticias en el Servicio de Urgencias.
- Impacto del diagnóstico de neoplasia a nivel emocional en paciente joven.
- Importancia del médico de familia en la toma de decisiones urgentes.
- Acompañamiento del médico de Atención Primaria en patologías crónicas graves.

Bibliografía

- Pérez Navarro, J. V., Tello Barba, I. M., Anaya-Prado, R., Castelltort Cervantes, L. F., Schadegg Peña, D., Canton Diaz, A., & Ochoa Herrera, R. (2014). Colangiocarcinoma, una revisión de retos en diagnóstico y manejo. *Cirujano general*, 36(1), 48-57.

- Pérez Ramírez A, Ruz Zafra P, Pérez Estrada C, Sánchez Torrijos Y. Colangiocarcinoma: una revisión de la literatura actual. *RAPD Online*. 2023;46(1):26-37
- Gia L. Tyson, MD and Hashem B. El-Serag, MD, MPH. Risk Factors of Cholangiocarcinoma. *Hepatology*. 2011 July ; 54(1): 173-184

778/13. VACUNACIÓN: HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN LA PREVENCIÓN DE LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA.

Autores:

Pantoja de la Rosa, L.¹, Valverde Morillas, C.², Leyva Conde, M.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente mujer de 82 años con los siguientes AP: LES. FRCV: DM 2, HTA y Dislipemia.

Tratamiento: Metformina, Simvastatina, enalapril/HCTZ y hidroxicloroquina.

Acude a consulta refiriendo aparición de ampollas en cuero cabelludo hasta región preauricular izquierda, muy dolorosas de unas 36 horas de evolución.

Se pauta aciclovir 800 mg 5 veces al día.

Un mes después, la paciente vuelve a consulta refiriendo cefalea que describe como crisis de dolor lancinante, en región hemicraneal izquierda, con irradiación en recorrido de V1 y V2 asociando epífora y rinorrea, habiendo padecido 8-10 episodios de este dolor con una duración menor de 5 minutos.

Se pauta: Amitriptilina de 10 mg, Pregabalina 75 mg y Tramadol 50 mg.

La paciente acude a SUH en 3 ocasiones con dolor EVA 9/10 precisando de analgesia iv y siendo derivada finalmente a Unidad del Dolor donde realizan infiltración anestésica y con toxina botulínica.

Exploración y pruebas complementarias

En primera visita: exantema de base eritematosa con vesículas agrupadas en zona parietooccipital izquierda que se extienden hacia recorrido V1 y V2 del nervio trigémino.

En segunda visita: PINR, MOEC, PPCC conservados. Habla sin disartria. Fuerza conservada en MMSS y MMII. Hiperalgnesia en recorrido V1 y V2.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cefalea hemicraneal izquierda con síntomas trigémino-autonómicos ipsilaterales, en el contexto de una NPH secundaria VHZ

Diagnóstico diferencial

- Cefalea trigémino-autonómica
- NPH V1-V2 secundaria a VHZ

Comentario final

El dolor de la NPH puede llegar a ser extremadamente limitante y refractario llegando a tener un impacto muy significativo en la calidad de vida de los pacientes.

Entre los factores que influyen en la mayor probabilidad de presentar NPH, el más importante es la edad, por ello, desde la consulta de AP, debemos fomentar la prevención del herpes zóster mediante vacunación. Según el nuevo calendario de vacunaciones Andalucía de Enero de 2024, se recomienda una pauta de 2 dosis de dicha vacuna para adultos mayores de 65 años.

Bibliografía

- *Calendario de Vacunaciones de Andalucía 2024 (Instrucción DSGPyOF-1/2024)*
- *Guía para Profesionales.*
- *Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.*
- *Consejería de Salud y Consumo.*
- Tang, J., Zhang, Y., Liu, C., Zeng, A., & Song, L. (2023). Therapeutic strategies for postherpetic neuralgia: Mechanisms, treatments, and perspectives. *Current Pain and Headache Reports*, 27(9), 307-319

778/16. CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN PABELLÓN AURICULAR IZQUIERDO.

Autores:

Tuyani Solimán, I.¹, Delgado Vicario, L.², Andrades Fernández, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud I - Centro. Ceuta, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud II - Otero. Ceuta, (3) Residente de 1er año de

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud I - Centro. Ceuta

Descripción del caso

Me encuentro en mi centro de salud pasando la consulta de un adjunto que estaba de permiso cuando acude un paciente varón de 83 años con antecedentes personales de IMACEST (4 Stents) e HTA que acude consulta para renovación de fármacos de su mujer. Dado que es un paciente conocido (ex-profesor) me dispongo a abrazarlo cuando me percató que en el pabellón auricular tiene una lesión costrosa. Refiere que la tiene desde hace unos 5-6 meses y que continuamente, pica y se rasca desprendiéndose parte de la excrecencia aunque al cabo de unos días recibida.

Exploración y pruebas complementarias

Lesión perlada en interior de concha auricular izquierda que al rascado se desprende parte y sangra. Tras la exploración se procede a contactar con ORL (vía telefónica) quien insta a derivarlo con carácter urgente a consulta.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma epidermoide.

Diagnóstico diferencial

Carcinoma epidermoide vs queratitis actínica.

Comentario final

Tras ser evaluado por ORL el paciente fue programado para cirugía con alta sospecha de carcinoma epidermoide, se extirpó la lesión y fue enviada a anatomía patológica (dado que el caso es muy reciente está pendiente de resultado definitivo de la biopsia). Durante la exploración en consulta le pregunté si su médico se lo había visto contestándome que se lo había comentado y que le había mandado una pomada (metilprednisolona) ya que lo daba por un eccema. Una de las cosas más importantes e interesantes del caso al margen de la propia patología (conocimiento de su historia natural, manejo y tratamiento) es la importancia de valorar al paciente en su conjunto y de fijarse en los pequeños detalles por muy apurada y masificada que tengamos la consulta. En muchas ocasiones los pacientes tienen problemas que se prolongan en el tiempo precisamente por no ser valorados correctamente, algunos son naturaleza banal y otros pueden llegar a poner en riesgo su vida (el carcinoma epidermoide es capaz de invadir las cadenas ganglionares de la cabeza y cuello pudiendo metastatizar).

Bibliografía

- Lim JL, Asgari M. Cutaneous squamous cell carcinoma (cSCC): Clinical features and diagnosis. En: UpToDate, Stern RS, Robinson JK (eds), UpToDate, Waltham, MA, 2022.

778/17. TUMOR ORBITARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Sánchez Leal, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 57 años con Diabetes Mellitus 2 tratada con Metformina 1g/ Empagliflozina 5 mg 1-0-1. Inicia sintomatología de edema palpebral bilateral y acude ese mismo día a su centro de salud, donde se pautó tratamiento antibiótico y corticoterapia en colirio sin mejoría clínica. Seis días después se desplazó al servicio de urgencias hospitalarias, puesto que inició una pérdida de agudeza visual y diplopía. En el TC se apreció una masa quística orbitaria, por lo que se decide su ingreso en neurología donde se le hizo una RMN y se le recetó al alta dexametasona 4mg/24h. Se deriva al servicio de oftalmología especializado en órbita, donde deciden intervenir para biopsiar. En posteriores revisiones, la paciente presenta importante mejoría clínica. Se realizó una RMN a los 2 meses de la cirugía, donde se aprecia que la lesión ha disminuido de tamaño (13x9.8x8.9 mm). Se procede a pauta descendente de prednisona (2,5mg) hasta suspensión.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, normohidratada, normoperfundida normocoloreada, eupneica en reposo. PA 102/67 mmHg, FC 82 lpm, SatO2 97%. Presenta edema periocular bilateral más acentuado en ojo izquierdo (OI), además de proptosis.

-Neurología: ptosis palpebral izquierda. Limitación para abducción y superversión izquierda del ojo izquierdo, resto de la oculomotricidad sin alteraciones. Diplopía binocular. Sin alteraciones en la campimetría por confrontación y en negligencia. No hay nistagmus asociados. Resto de pares craneales normales. No alteraciones de la sensibilidad ni fuerza.

Se realizó: analítica (normal), TAC con contraste y RMN. Se apreció una masa quística orbitaria izquierda retroocular, probable malformación linfática o hemangioma cavernoso. Presenta un tamaño de 17 mm x 23 mm en el plano axial y 18 mm de diámetro craneocaudal. Condiciona un exoftalmos de órbita izquierda.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Quiste seroso orbitario izquierdo.

Diagnóstico diferencial

Causas de proptosis: Graves, pseudotumor orbitario, celulitis orbitaria, fístula carotideocavernosa.

Comentario final

Los tumores orbitarios pueden aparecer a cualquier edad. Debemos sospecharlos si hay proptosis, diplopía, dolor y disminución de la agudeza visual. Se diagnostica con TC, RMN y biopsia.

Bibliografía

- *Harrison: Principios de Medicina Interna. 21 ed. Madrid: McGraw Hill; 2018 [citado 18 de febrero de 2024]*

778/18. DOLOR ESCROTAL AGUDO.

Autores:

García Sánchez, F.¹, García Sánchez, C.², De Hita Molina-Bailén, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 1º año de Enfermería. Hospital General de Hospitalet. Granada., (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

No alergias medicamentosas. Antecedentes personales de cardiopatía isquémica (STEMI anterior en 2004). Varón de 69 años de edad acude a consulta por fiebre y dolor escrotal de reciente aparición. Refiere intervención de Herniorrafia inguinal derecha hace una semana, con inicio de fiebre de hasta 38°C desde entonces. Refiere dolor escrotal moderado, difuso, de escasas horas de evolución. No clínica miccional asociada. No relaciones sexuales de riesgo

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a palpación. No masas ni megalias.

Peristaltismo conservado. Herida quirúrgica con buen aspecto. A nivel genital, edema tanto en región suprapúbica como escrotal. Hematoma escrotal. Teste derecho indurado al tacto y doloroso a la palpación. Reflejo cremastérico derecho abolido. Se realiza en consulta una Eco-doppler testicular, donde se objetiva teste derecho de ecogenicidad heterogénea sin conseguir evidenciar flujo en su interior.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Isquemia teste derecho postherniorrafia.

Diagnóstico diferencial

Torsión testicular, orquitis, epididimitis, trombosis vena espermática, gangrena de Fournier.

Comentario final

El dolor escrotal agudo, se define como dolor moderado a severo que se desarrolla en el transcurso de minutos a uno o dos días, en adultos. Las enfermedades que conforman el síndrome escrotal agudo demandan atención frecuente en los servicios de urgencias, y requieren una valoración rápida para garantizar la viabilidad testicular y evitar complicaciones. Entre las causas más comunes de dolor escrotal agudo en adultos se encuentra la epididimitis aguda y la torsión testicular, siendo menos frecuente la gangrena de Fournier, la torsión del apéndice testicular, el traumatismo, la orquitis de paperas, o el cáncer testicular. La evaluación inicial incluye una historia clínica dirigida y examen físico detallado. Se debe preguntar a los pacientes sobre la naturaleza y el momento de la aparición del dolor, su localización y la presencia de síntomas del tracto urinario inferior y síntomas constitucionales. El abdomen, la región inguinal y el escroto deben examinarse cuidadosamente. Se debe realizar una analítica completa, análisis y cultivo de orina, así como cultivos diagnósticos para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Siendo necesaria la realización de prueba de imagen en caso de duda diagnóstica

Bibliografía

- *Wampler SM, Llanes M. Problemas escrotales y testiculares comunes. Prim Care 2010; 37:613.*

778/19. CUERPO EXTRAÑO EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO DERECHO.

Autores:

Tuyani Solimán, I.¹, Delgado Vicario, L.², Andrades Fernández, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud I - Centro. Ceuta, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud II - Otero. Ceuta, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud I - Centro. Ceuta

Descripción del caso

Paciente mujer de 6 años que es traída a mi por presentar desde esa misma mañana dolor de garganta y tos seca. Su madre me comenta que está preocupada porque su hija estaba teniendo otitis externa de repetición en oído derecho requiriendo valoración reiterada por su pediatra casi mensualmente.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración de la faringe se aprecia leve eritema sin alteraciones amigdalares. Auscultación: eupnéica, murmullo vesicular conservado; tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Oído izquierdo: signo del trago negativo, conducto auditivo externo y tímpano sin alteraciones. Oído derecho: signo del trago positivo, movilización del pabellón molesta; a la otoscopia se aprecia cuerpo extraño morado (impresiona de algún tipo de ficha o pieza de juego de mesa o incluso tapón de bolígrafo) con conducto eritematoso y edematoso junto con cerumen

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cuerpo extraño en oído derecho.

Diagnóstico diferencial

- Cuerpo extraño en conducto auditivo externo.
- Otitis externa aguda de repetición.
- Otitis media aguda crónica.

Comentario final

Tras ser objetivado el cuerpo extraño se contacta con ORL (otorrinolaringía) de guardia para extracción del citado cuerpo extraño. Lo más llamativo de este caso no es el hecho de que tuviese un cuerpo extraño sino que lo tuviese desde hace 2 años (la paciente admitió que llevaba desde los 4 años con la ficha) por lo que debemos incidir siempre en la importancia de una buena exploración¹.

Debido a que en ocasiones por problemas de agenda o masificación de la consulta se tiende a correr pudiendo cometer errores como este.

Bibliografía

- Isaacson GC, Ojo A. Foreign bodies of the outer ear (pinna [auricle] and external auditory canal): Diagnosis and management. En: UpToDate, Stack AM (ed), UpToDate, Waltham, MA.

778/20. NO TODA "TOS" ES COVID.

Autores:

Delgado Vicario, L.¹, Tuyani Solimán, I.², Andrades Fernández, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud II - Otero. Ceuta, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud I - Centro. Ceuta, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud I - Centro. Ceuta

Descripción del caso

Varón, 26 años, nacido en Ceuta, consulta a su médico de Atención Primaria (AP) en plena pandemia de COVID por disnea progresiva de varias semanas, y de mínimos esfuerzos el último mes. Previamente había consultado en urgencias, siendo dado de alta como crisis asmática.

Antecedentes personales. Asma bronquial y fumador. ITS no especificada en 2015.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril. Buen estado general y hemodinámicamente salvo taquipnea leve y saturación basal de O₂ 64%.

En mucosa de prácticamente toda cavidad bucal, se vieron extensas placas blancas tipo candidiasis orofaríngea. Auscultación cardio-pulmonar anodina.

Tras comentar que le había salido "algo" en el ano, se ven múltiples condilomas acuminados.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Desde AP se pensó en posible inmunodepresión, así como patología neumológica infrecuente.

Se derivó de forma urgente al hospital universitario de Ceuta para continuar estudio. Allí se realizaron pruebas:

- Analítica: PCR 10,8, leucocitos 4,1, eosinófilos 0,3, basófilos 0.
- Gasometría arterial: discreta acidosis respiratoria.

- Radiografía tórax: infiltrado intersticial bilateral, predominante en región centrohiliar. Hilios engrosados sobre todo el derecho con imagen suferente de adenopatía.

En su ingreso, el angioTC de tórax también sugirió neumonía intersticial por germen atípico. Y se encontró serología positiva para VIH con linfopenia (total de 510/mmc y de T4 en 3/mmc).

Juicio clínico: Neumonía por germen atípico en paciente VIH inmunodeprimido. Por su buena respuesta a Trimeproprina-Sulfametoxazol y corticoides sistémicos, se sospechó en el germen *Pneumocystis*.

Diagnóstico diferencial

Neumonías o entidades patogénicas similares como:

- por SARS-CoV2 u otros gérmenes
- No específica (NINE)
- tuberculosis miliar, sarcoidosis, asbestosis, colagenosis,
- neumonitis por hipersensibilidad o por drogas

Comentario final

En pacientes VIH+ inmunodeprimidos con neumonía intersticial, debemos sospechar microorganismos atípicos, siendo frecuente el *Pneumocystis* (1), y pautar tratamiento empírico dado que se relaciona con aumento de la supervivencia (2).

Desde AP, destacar la importancia de la exploración física y de insistir en el uso de métodos de barrera durante las relaciones sexuales.

Bibliografía

- Lee YT, Chuang ML. *Pneumocystis jirovecii pneumonia in AIDS and non-AIDS immunocompromised patients. JIDC. 2018; 12(10):824-34.*
- Ewald H, et al *Adjunctive corticosteroids for Pneumocystis jirovecii pneumonia in patients with HIV infection. Cochrane Database Syst Rev. 2015(4):CD006150*

778/22. FIBROELASTOMA (ELASTOFIBROMA) DORSI BILATERAL.

Autores:

Delgado Vicario, L.¹, Laserna Ragel, M.², Querol Gutierrez, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud II - Otero. Ceuta, (2) Especialista

en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud II - Otero. Ceuta

Descripción del caso

Mujer, 61 años consultó en su médico de cabecera por presentar desde hace varios meses tumoraciones en zona dorsal bilaterales. Sin fiebre ni otros síntomas.

No tenía antecedentes personales de interés.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor a la palpación en tumoración referida, del lado izquierdo.

Se aprecia mayor tamaño en la tumoración derecha.

Tenían consistencia firme y elástica; localización subescapular bilateral.

Se solicitó analítica de sangre básica, que resultó normal.

Desde Atención Primaria se derivó al servicio de Cirugía general, que mandó un TC torácico sin contraste, en el cual se apreciaron dos masas de partes blandas delimitadas por una banda grasa superficial y con el borde interno (que contactaba con los planos más profundos y pared torácica) mal delimitado. Localizadas en zona dorsal profunda del tórax, a altura aproximada del tercio inferior escapular. En su interior se alternaban zonas hiperdensas con hipodensas; de mayor tamaño la masa derecha. Hallazgos compatibles con fibroelastomas dorsi.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fibroelastomas (elastofibromas) dorsi bilaterales

Diagnóstico diferencial

Cualquier tumoración musculoesquelética, especialmente de región subescapular y en mujer de edad media, tales como:

- lipomas
- liposarcoma
- sarcoma
- tumores óseos o cartilagosos
- fibromas

Comentario final

El fibroelastoma dorsi es un tumor benigno, de lento crecimiento poco frecuente e infradiagnosticado. Típicamente localizado en región infra- o periescapular (1). La importancia del médico de atención primaria es una buena exploración y un buen manejo del paciente, en

cuanto a saber el destino próximo (derivación oportuna) para orientar el diagnóstico.

Como aprendizaje, recalcar que en ese momento no se pudo llevar a cabo la ecografía, la cual habría sido una herramienta muy útil en el diagnóstico inicial de sospecha. Además, no requiere de biopsia para su diagnóstico aunque sí es la cirugía el tratamiento definitivo (2), teniendo un papel fundamental el médico de atención primaria en su manejo asistencial.

Bibliografía

- Goyal P, et al. Elastofibroma dorsi. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2017 Jul;30(3):340-42.
- Deveci MA, et al. Elastofibroma dorsi: clinical evaluation of 61 cases and review of the literature. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2017 Jan;51(1):7-11

778/23. DE NEUMONÍA A PROCESO LINFOMATOSO: EL SORPRENDENTE GIRO EN EL DIAGNÓSTICO MÉDICO.

Autores:

Alonso Carmona, R.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Hombre de 43 años que acudió a consulta de Atención Primaria por sintomatología concordante con neumonía, que al estudio se determinó que fue consecuencia de un linfoma de Hodgkin, tratado y en remisión completa en la actualidad.

Exploración y pruebas complementarias

El 17/09/2019 acudió por primera vez a su MAP con síntomas catarrales sin fiebre. En la exploración: BEG, normocoloreado, bien perfundido e hidratado. Consciente y orientado. Eupneico. Saturación de O₂: 96%. ACR: rítmico, sin soplos, con crepitantes derechos. Se realiza una radiografía de tórax donde se aprecia una masa mediastínica que desplaza la tráquea, que, al comparar con una radiografía anterior (2015), probablemente ya existía, pero menos llamativa. Cuando el paciente vuelve a consulta, se le informa de lo que se observa en la placa, se deriva a urgencias y se acaba ingresando en Medicina Interna. En planta, se realizan distintas pruebas complementarias (PPCC), a resaltar: ecocar-

diograma, se observa una impronta extracardiaca sobre aurícula izquierda; TC de tórax, con un fundido adenopático paratraqueal derecho, adenopatías carinales y en ventana aortopulmonar, subcarinal y paraesofágicas, con desplazamiento traqueal. En el PET-TC se observan adenopatías sugestivas de malignidad con un conglomerado en mediastino superior derecho. Finalmente, se realizó una video-mediastinoscopia para biopsiar, llegando al diagnóstico de linfoma de Hodgkin.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Al principio, neumonía de lóbulo inferior derecho. Finalmente, linfoma de Hodgkin clásico rico en linfocitos II-B.

Diagnóstico diferencial

Neumonía vs proceso linfomatoso.

Comentario final

El linfoma de Hodgkin es más frecuente en hombres, entre los 15 y 40 años. Gran parte de los afectados presentan un defecto progresivo de la inmunidad celular, lo que contribuye a un mayor número de infecciones bacterianas, como la neumonía que padeció el paciente expuesto. Resulta fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial con el mayor número de opciones presentes ante un cuadro neumónico en un paciente joven y prestar mucha atención a las PPCC previas.

Bibliografía

- Martin P, Leonard JP. Linfoma de Hodgkin. En: Aaron DM, Abuzeid WM, Adamolekun B, Adigun CG, Afshar M, Andriole GL et al, eds. *Manual MSD [Internet]*. New York: Weill Corner Medicine; 2020 [revisado en junio de 2020; citado en febrero de 2024]. Disponible en: *Manual MSD versión para profesionales*

778/25. COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y TROMBOFLEBÍTICAS EN USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Arzua Moya, J.¹, Andrade Piña, A.², Moron Losada, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribeira. Ribeira. La Coruña, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Da Barbanza. Ribeira. La Coruña

Descripción del caso

Un varón de 48 años con un historial de uso prolongado de drogas intravenosas, específicamente heroína marrón, presentó con dolor y edema en la mano y antebrazo derecho. Este caso destaca por la recurrencia de consumo después de un periodo de abstinencia y por el desarrollo de complicaciones significativas a pesar del informe de prácticas de inyección seguras, tales como el uso de agujas limpias y no compartidas.

Exploración y pruebas complementarias

La evaluación clínica inicial reveló lesiones de aspecto livedoide y acrocianosis en la mano afectada. Se realizaron estudios como ecocardiograma, el cual descartó valvulopatías y endocarditis. La analítica mostró leucocitosis con desviación izquierda y una anemia normocítica, sugiriendo un proceso inflamatorio activo. Además, se destacó una mejoría progresiva del paciente aunque con control deficiente del dolor nocturno, ajustándose la analgesia correspondiente.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

El diagnóstico incluyó celulitis y tromboflebitis en el contexto de la inyección de drogas, con una preocupante sospecha de vasculitis infecciosa versus tóxica. Se observaron complicaciones adicionales como tenosinovitis infecciosa y posiblemente vasculitis infecciosa vs. tóxica focal en la mano derecha.

Diagnóstico diferencial

Se consideraron diagnósticos diferenciales tales como vasculitis autoinmune, trombosis arterial de grandes vasos y otras infecciones cutáneas sin complicaciones tromboflebíticas.

Comentario final

Este caso enfatiza la importancia de una evaluación cuidadosa en usuarios de drogas intravenosas, incluso cuando se informan prácticas seguras de inyección. Las complicaciones tromboflebíticas pueden ser un indicador de problemas más graves y requieren un enfoque multidisciplinario para su manejo, incluyendo la cooperación entre servicios de Medicina Interna, Cardiología, Dermatología y Traumatología para abordar las diversas complicaciones. La coordinación entre los servicios proporcionó una intervención integral que abarcó desde la gestión de la infección hasta el tratamiento de las complicaciones vasculares.

Bibliografía

- *Johannessen K, Bodtger U. Lemierre's syndrome: current perspectives on diagnosis and management. Infect Drug Resist. 2016;9:221-227.*
- *Dimitropoulou D, Lagadinou M, Papayiannis T, et al. Septic Thrombophlebitis Caused by Fusobacterium necrophorum in an Intravenous Drug User. Case Rep Infect Dis. 2013;2013:870846.*
- *Correia MS, Sadler C. Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Septic Internal Jugular Thrombophlebitis: Updates in the Etiology and Treatment of Lemierre's Syndrome. J Emerg Med. 2019;56(6):709-712.*

778/31. DOCTORA, MI LUMBALGIA NO ES COMO ANTES.

Autores:

Aguilera Ortiz, C.¹, Martín Hidalgo, A.², de Ochoa Morán, M.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 90 años pluripatológica (fibrilación auricular, polimialgia reumática, hipertensión arterial y dislipémica) y parcialmente dependiente para las ABVD, solicita una visita domiciliar urgente por lumbalgia desde hace cuatro días. Dos días antes, acudimos a su domicilio donde la paciente refirió presentar dolor lumbar de características mecánicas que empeora con los cambios posturales sin signos de alarma que no estaba mejorando a su analgesia habitual. En esta primera visita, se decidió pautar dexametason 4 mg intramuscular durante 3 días junto con su analgesia habitual (paracetamol 1 gramo y metamizol 575 mg). Sin embargo, la paciente refiere que desde que ha comenzado la medicación el dolor se ha convertido "una descarga eléctrica por toda la pierna" y además cree que la medicación le ha producido una reacción alérgica porque le ha aparecido una erupción en la pierna derecha.

Exploración y pruebas complementarias

A nivel cutáneo, presenta lesiones de tipo vesiculoso sobre una base eritematosa con distribución metamérica a lo largo de toda la pierna derecha algunas de ellas presen-

taban escoriación, sin presentar signos de sobreinfección bacteriana. Por otro lado, a nivel osteomuscular, presentaba hiperalgesia en miembro inferior derecho, junto con disminución de fuerza respecto a miembro contralateral. No existía alteración en los reflejos osteotendinosos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Herpes zóster acompañado de neuralgia, debe sospecharse ante pacientes inmunodeprimidos (inmunosupresión y toma crónica de corticoides)

Diagnóstico diferencial

: Lumbalgia aguda (dolor de características mecánicas a nivel de región lumbar, generalmente por sobrecarga muscular), ciática aguda (dolor en región lumbar que se irradia hacia miembros inferiores), neuropatía herpética aguda (dolor ardiente, pruriginoso, agudo o punzante y constante o intermitentemente, puede acompañarse de hiperalgesia).

Comentario final

Importancia de la longitudinalidad y la accesibilidad en atención primaria que nos permite reevaluar a los pacientes. Por otro lado, ante pacientes con neuralgia herpética o reactivación de herpes zóster debemos replantearnos si existe o no indicación de vacunación

Bibliografía

- Programa de vacunación de herpes zóster en Andalucía 2023
- Ortega E, MD. Neuralgia post-herpética. In: UpToDate, Shefner JM (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on January 2024)

778/32. DOLOR TORÁCICO POTENCIALMENTE FATAL.

Autores:

García Sánchez, F.¹, García Sánchez, C.², Quero Martín, Á.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 1º año de Enfermería. Hospital General de Hospitalet. Granada., (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga

Descripción del caso

No alergias medicamentosas. Antecedentes personales de Obesidad grado II e HTA en tratamiento con Lo-

sartan50/Hidroclorotiazida 12,5mg. Varón de 55 años acude a consulta refiriendo episodio de dolor centrotorácico tipo opresivo, de inicio en reposo y de aproximadamente 30 minutos de duración. No irradiación. No cortejo vegetativo asociado. No palpitations. No clínica de dificultad respiratoria. No otra clínica acompañante. Refiere episodio similar hace una semana, por el cual no consultó.

Exploración y pruebas complementarias

TA 130/85mmHg Fc 105lpm SatO2 98% basal. Asintomático. ACP: Rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Extremidades: no signos edemas. Se realiza electrocardiograma en centro de salud donde se visualiza presencia de ondas T bifásicas en derivaciones V1-V2-V3. Tras hallazgos electrocardiográficos y anamnesis del paciente, se decide derivación hospitalaria para realización de pruebas complementarias y valoración especializada. Durante su estancia en urgencias se solicitó analítica sanguínea con marcadores de daño miocárdico normales. Tras ser valorado por servicio de Cardiología, se cursó ingreso, con posterior realización de coronariografía a las 24h, objetivándose estenosis severa en el segmento medio de la descendente anterior.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Wellens tipo 1

Diagnóstico diferencial

Hipertrofia ventricular izquierda, TEP, síndrome de Wolff-Parkinson-White, efectos digitálicos, eventos isquémicos y patrón de onda T juvenil.

Comentario final

El síndrome de Wellens (SW) es una manifestación electrocardiográfica de la obstrucción crítica de la arteria descendente anterior. La incidencia es del 10-15% del total de los síndromes coronarios agudos.

El SW puede presentarse con dos patrones diferentes: el tipo 2, con presencia de ondas T invertidas, profundas y simétricas en precordiales; y el tipo ondas T bifásicas en las derivaciones V2 a V3.

El ECG es una herramienta fundamental, en el cual destacan: la ausencia de ondas Q, elevación insignificante del segmento ST, progresión normal de la onda R en las precordiales y enzimas miocárdicas normales.

Es una patología de difícil diagnóstico y requiere de una alta sospecha clínica, ya que hasta en el 75% de

los casos evoluciona hacia un infarto extenso de pared anterior, de ahí la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz.

Bibliografía

- Cardona-Vélez, J. Ceballos-Naranjo, L. Síndrome de Wellens: mucho más que una onda T. *Arch Cardiol Mex* 2018;88:64-67

778/34. ENFISEMA SUBCUTÁNEO Y NEUMOMEDIASTINO TRAS EXTRACCIÓN DENTAL.

Autores:

López Vázquez, P¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva

Descripción del caso

Paciente sin AP de interés que acude por tumefacción y dolor en región ángulomandibular derecha, con sensación de crujido de la piel de la zona a raíz de haberse realizado una extracción dentaria en el día actual. No fiebre ni otra sintomatología por aparatos. Acudió a su Médico de Familia, donde se evidenció enfisema subcutáneo mediante la exploración y la derivaron a nuestro servicio, donde llegó afebril, normotensa y saturando al 100% sin aporte de O₂, eupneica en sedestación.

Exploración y pruebas complementarias

ACP: tono rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado, ventilación en todos los campos. No ruidos sobreañadidos. ORL: Huevo de exodoncia sin sangrado activo ni otras hallazgos. ÁNGULO MANDIBULAR: crepitación a la palpación de ángulo mandibular derecho, acompañado de molestias. Se realizó RX de tórax, donde no se apreció patología aguda. Rx de mandíbula: dudosa imagen de aire a nivel de ángulo mandibular. Posterior a ésta se procede a TAC de cara que evidencia enfisema cervico-facial con afectación de planos profundos y neumomediastino. Analítica completa con hemograma, coagulación, bioquímica y PCR sin alteraciones de interés. Se contactó con cirugía maxilofacial, que indicó antibioterapia y observación. La paciente ingresó en observación para iniciar antibioterapia (se encontraba en el 3º día de tratamiento con amoxicilina) y ver evolución durante las próximas horas. Se contactó con Cirugía torácica, que aconsejó observación durante 24-48h y posterior alta a domicilio con vigilan-

cia de posible aparición de síntomas compatibles con mediastinitis, en cuyo caso debiera volver a consultar.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumomediastino secundario a enfisema subcutáneo en relación a uso de instrumental neumático tipo turbina en el proceso de extracción dental

Diagnóstico diferencial

Hematoma Reacción alérgica Angioedema

Comentario final

El caso presenta una de las complicaciones poco frecuentes de la cirugía oral. Es importante conocer las más frecuentes e inusuales, con el fin y la posibilidad de prevenirlas y diagnosticarlas a tiempo.

Bibliografía

- Sexton ADJ, Smith BA. Mediastinitis postoperatoria tras cirugía cardíaca. 2023; 2. Michael Miloro, Antonia Kolokythas, Management of complications in oral and Maxilofacial Surgery. 2022.

778/35. ECCEMA DORADO.

Autores:

Ruiz Carrasco, P¹, Celis Romero, M.², Burrahay-Anano Tenorio, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Belén. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén

Descripción del caso

Varón de 33 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consulta por lesión cutánea asintomática en tobillo izquierdo de un año y medio de evolución. Lo atribuye a la presión de las botas o los calcetines que usa en su trabajo.

Exploración y pruebas complementarias

Mancha hiperpigmentada de color pardo-amarillenta de unos 8cm de alto por 4cm de ancho con lesiones purpúricas milimétricas en región supramaleolar interna del tobillo izquierdo.

Dermatoscopia: fondo rojo cobrizo, con puntos y glóbulos marrones y rojos, puntos grises y un pseudoretículo formado por líneas pigmentadas interconectadas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Liquen aureus

Diagnóstico diferencial

Dermatitis de contacto purpúrica por ropa, reacción de hipersensibilidad a fármacos, púrpura por estasis venoso, púrpura por trombocitopenia, exantema purpúrico secundario a infección viral, vasculitis leucocito-clástica, hematoma.

Comentario final

El liquen aureus es una entidad rara, englobada dentro del grupo de las dermatosis purpúricas pigmentadas, benigna y de curso crónico. Se trata de una variante más localizada, generalmente única o con escaso número de lesiones, y persistente en el tiempo. Cursa con la aparición brusca de pequeñas pápulas amarillo-anaranjadas, de aspecto liquenoi-de con tendencia a confluir en placas de entre 1 y 20 centímetros, asociadas a lesiones purpúricas milimétricas. La localización más frecuente son las extremidades inferiores (tobillo), aunque pueden aparecer en cualquier zona. Más frecuente en los varones adultos. Suelen ser asintomáticas.

Los mecanismos patogénicos son desconocidos, pero desencadena una fragilidad capilar, extravasando los hematíes y liberando hemosiderina, que se deposita en la dermis superficial.

El diagnóstico es clínico y dermatoscópico con confirmación mediante biopsia cutánea, además de analítica para descartar trombopenia, autoinmunidad, coagulopatías o infecciones crónicas.

No existen tratamientos estandarizados, alguno de los empleados son: corticoides tópicos de media y alta potencia, inhibidores de la calcineurina tópicos, fototerapia, pentoxifilina, ácido ascórbico y bioflavonoides. Puede ir autorresolviéndose poco a poco.

En el caso del paciente, se le explicó la naturaleza benigna de la lesión, se le pautó hidroquinona en crema por la noches en la mancha, masajeando la zona y fotoprotector solar 50+.

Bibliografía

- Martínez Pallás I, Conejero del Mazo R, Lezcano Biosca V. *Dermatitis purpúricas pigmentadas. Revisión de la literatura científica. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2020;111(3):196-204. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.013>*

778/38. ABORDAJE INTEGRAL DE PACIENTE CON PSORIASIS EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Sillero Ureña, M.¹, Navarrete Espinosa, C.², Martín Caño, S.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 75 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de Diabetes Mellitus, HTA, Dislipemia, FA, y SAHS; En tratamiento con Metformina/Empaglifozina, Insulina, Enalapril/Hidroclorotiazida, Simvastatina, Carvedilol, Sintrom y Furosemida que acude a nuestra consulta por erupción cutánea generalizada.

Refiere presentar desde hace varios meses celulitis de repetición en miembros inferiores sin mejoría tras múltiples tratamientos antibióticos junto con episodios de úlcera de evolución tórpida en pie diabético izquierdo, realizándose diversas curas locales y por los que fue atendido en repetidas ocasiones en servicio de urgencias. Ahora acude a consulta por presentar lesiones eritematodescarnativas en piernas, codos y rodillas; Lo relaciona con toma previa de antibióticos.

No antecedentes familiares de psoriasis ni otras afectaciones dermatológicas, no fiebre, no otra sintomatología sistémica asociada actualmente.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración Física: Buen estado general, normohidratado y normoperfundido; afebril. ACR: arrítmico sin ruidos patológicos, mvc sin ruidos sobreañadidos. MMII: lesiones eritematosas de borde neto con descamación nacarada de piel y fenómeno de Koebner positivo; signos de insuficiencia circulatoria crónica con pulsos pedios conservados.
- Pruebas complementarias: Cultivos úlceras en pie diabético, ecodoppler venoso (sin evidencia de trombosis venosa), realizados en consulta de angiología y cirugía vascular.

Raspado metódico de Brocq con signo de la bujía, signo de Duncan-Buckley y signo de Auspitz o rocío sangrante. Escala BSA 9%-moderada.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

PSORIASIS VULGAR EN PACIENTE ANCIANO PLURIPATOLÓGICO.

Diagnóstico diferencial

Celulitis /Úlcera pie diabético/ Vasculitis/Eccema/Linfoma cutáneo de células T/Dermatofitosis o Tiñas.

Comentario final

Se explicó naturaleza del problema, pronóstico y opciones de tratamiento. Se pautó tratamiento tópico con Calcipotriol+Betametasona en espuma cutánea una aplicación cada 24 horas por la noche en las lesiones, cuatro semanas durante el brote y de mantenimiento dos veces en semana si lesiones, además de hidratar la piel.

Paciente con una buena evolución clínica, sin nuevas lesiones dérmicas a día de hoy.

Remarcar, la importancia del abordaje integral del paciente pluripatológico en el ámbito de atención primaria y la posibilidad de enmascaramiento de las diferentes lesiones de la piel en el paciente pluripatológico, junto con la necesidad de realizar un buen diagnóstico de exclusión.

Bibliografía

- Bidaurrazaga AG, Oyarzabal JB. Comorbilidades de la psoriasis cutánea, un campo para el médico de familia. *FMC* 2021;28(10):563-6.

778/39. DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN COLECISTITIS AGUDA Y EL ROL DETERMINANTE DE LA ECOGRAFÍA: UN ESTUDIO DE CASO.

Autores:

Arzua Moya, J.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Una paciente de mediana edad es referida al servicio de urgencias hospitalarias tras ser derivada por su médico de atención primaria debido a un cuadro de 6 horas de duración de intenso dolor en el cua-

drante superior derecho, con intensidad de 9/10 en la Escala Visual Analógica (EVA), acompañado de náuseas y vómitos. No presenta antecedentes médicos relevantes.

Exploración y pruebas complementarias

Inicialmente, se administró Diclofenaco (75mg) y Metoclopramida (10mg), lo que alivió las náuseas pero no el dolor. En urgencias, se administró Paracetamol intravenoso (1g) y Fentanilo (0.775mcg), sin lograr alivio del dolor. La analítica de sangre y las radiografías de tórax y abdomen no mostraron signos de patología. La ecografía abdominal reveló una vesícula biliar dilatada (11 cm x 4.7 cm) con un cálculo de 23 mm, junto con signo de Murphy sonográfico positivo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

La ecografía abdominal sugiere una colecistitis aguda, evidenciada por la dilatación vesicular y la presencia de un cálculo biliar significativo, en el contexto de un cuadro clínico compatible.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye patologías como el cólico biliar, la pancreatitis aguda, la úlcera péptica perforada y el infarto miocárdico agudo inferior, dada la localización del dolor.

Comentario final

Este caso resalta la importancia de la ecografía abdominal en el diagnóstico de colecistitis aguda, especialmente en situaciones donde las pruebas convencionales no son concluyentes. Subraya la necesidad de considerar la ecografía tempranamente en el abordaje diagnóstico de dolor abdominal agudo.

Bibliografía

- Pérez A, López M, Díaz JF. Colecistitis aguda: revisión de la literatura y actualización del diagnóstico y tratamiento. *Rev Gastroenterol Mex.* 2021;86(2):150-160.
- García E, Rodríguez G, Martínez J. El valor de la ecografía en urgencias en el diagnóstico de la colecistitis aguda. *Emergencias.* 2020;32(4):251-255.

778/40. DOCTOR ME DUELE LA PANZA.

Autores:

Maatala mohamed bachir, B.¹, Díaz Sarmiento, S.², Millán Rodríguez, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 57 años. NAMC. AP: EPOC, HTA, Dislipemia. Fumador de 15 cig/día. TH: Ramipril 5 mg diario, Simvastatina 10 mg diario.

Consulta por dolor epigástrico de moderada intensidad, fijo y de forma intermitente. Presenta un mes de evolución y se asocia a náuseas. Niega tos, fiebre, dolor torácico, disnea o pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, eupnéico en reposo. SpO2 98%. ACP sin hallazgos. Abdomen: globuloso, blando y depresible. Doloroso a la palpación profunda en epigastrio sin defensa voluntaria. Murphy y Blumberg negativos.

Análítica: Glu: 87, Urea 35 GGT 30, TGP 35, GOT 37. Amilasa 50, PCR 15. Hemograma sin alteraciones. Heces fecales H. Pylori positivo.

ECG: RS 75 lpm. QRS estrecho, sin alteración en la repolarización ni signos de isquemia aguda.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Infección por H Pylori.

Diagnóstico diferencial

Gastritis crónica

IMA

Pancreatitis

Comentario final

La prevalencia de la infección por H. pylori varía según la edad, siendo más alta en países

menos desarrollados (90%) y en países desarrollados al 50%. El mecanismo de transmisión se debe a transmisión fecal oral, oral-oral o con agua contaminada. La mayoría de infectados son asintomáticos. Los métodos diagnósticos no invasivos que se realizan en atención primaria son el test de aliento y detección de antígeno en heces fecales, las cuales tienen alta sensibilidad y especificidad.

Bibliografía

- Feldman M, Friedman LS, Brandt U, Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease 10th. 2 vol. 2016
- IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección Helicobacter pylori pathophysiology heptol 2016;39:697-672

778/41. SI? PUEDE REPETIRLO POR FAVOR?

Autores:

Mengual González, C.¹, Mejías Estévez, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Miranda de Ebro. Burgos, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 69 años acude al centro de salud por otalgia unilateral derecha y cefalea de 3 días de evolución. Se trató como una otitis externa con gotas beclometasona+clioquinol. Al día siguiente volvió por cefalea que cedió con terapia analgésica intravenosa. Dos días después, vino a la consulta refiriendo cefalea punzante, sensación opresiva a nivel periorbitario y acúfenos en el oído derecho.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración ausencia de inflamación en el conducto auditivo externo, hiperemia selectiva de la cadena osicular sin alteración timpánica y discreto nistagmo horizontal.

Se indicó tratamiento con levofloxacino 500mg/24h y betahistina.

A los dos días acudió por mejoría del dolor ótico, pero sensación de inestabilidad, sustituyéndose betahistina por sulpiride 50mg/8 h. 48 horas después notaba parestesias en la hemicara derecha desde esa misma mañana, ageusia en la hemilengua derecha y durante la entrevista apreciamos blefaroespasmos en el ojo izquierdo, confirmándose en la exploración una parálisis facial periférica derecha (asimetría facial al sonreír y al soplar, así como una ligera abertura ocular derecha al indicarle que cerrara los ojos), por lo que se derivó a urgencias de hospital para valoración otorrinolaringológica. La audiometría mostró una leve caída en agudos en el oído derecho. Los pares craneales fueron normales.

excepto el VII.No tenía nistagmus espontáneo.La otoscopia mostró hiperemia en la porción superior del CAE y se visualizaron pequeñas vesículas en el pabellón auricular derecho,por lo que fue ingresada con el diagnóstico "Síndrome-Ramsay-Hunt derecho"para iniciar tratamiento con aciclovir intravenoso y control evolutivo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome-Ramsay-Hunt

Diagnóstico diferencial

parálisis bell/otitis externa/vih/

Comentario final

En conclusión,las complicaciones neurológicas del VZV son mucho más frecuentes en los pacientes inmunocomprometidos,especialmente, en los infectados de HIV.En estos casos,se observan formas cutáneas diseminadas que simulan una varicela y compromiso visceral,incluido el sistema nervioso central. En este sistema,lo más común es el compromiso vascular(vasculitis/angeítis granulomatosa de grandes vasos),que puede simular un accidente cerebrovascular agudo(encefalitis de grandes vasos),y la hemiparesia contralateral tardía,denominada así porque ocurre generalmente algunas semanas después de un episodio herpes zóster con afección de la primera rama del trigémino.El compromiso de las meninges,comprobada en los dos casos que se presentan,es muy infrecuente y está escasamente citada en la literatura médica

Bibliografía

- Méndez Guerrero A, Gata Maya D, Domingo Santos A, Hernández Gallego J. Protocolo diagnóstico de la afectación del nervio facial. *Medicine*. 2015;11(76):4580-5.

778/42. NO ME PISES QUE LLEVO CHANCLAS.

Autores:

Mengual González, C.¹, Mejías Estévez, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Miranda de Ebro. Burgos, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 67 años de edad consulta por presentar melanoniquia estriada,asintomática, en el dedo gordo de

pie izquierdo de 1 año de evolución, que ha progresado en los últimos dos meses. La paciente refiere que su lesión había sido totalmente asintomática. Sin antecedentes personales de interés.

Exploración y pruebas complementarias

En el examen físico se observó melanoniquia longitudinal estriada, consistente en tres bandas irregulares, que comprometen alrededor del 30% del ancho de la uña, con diferentes tonalidades de café, con medidas de 2mm, 2cm y 1mm respectivamente, de izquierda a derecha. Teniendo en cuenta lo observado en el examen físico y la impresión clínica generada, se decide efectuar una biopsia incisional de la lesión, que informó melanoma in situ, de tipo lentiginoso acral en matriz ungueal. La enferma es valorada de manera integral, tanto clínica como imagenológicamente, resultando negativo para adenopatías y metástasis a distancia. Se decide una valoración por ortopedia oncológica, para desarticulación de las dos últimas falanges del dedo comprometido. El estudio histopatológico, confirma el diagnóstico de melanoma maligno con invasivo completamente reseccionado, nivel de Clark II, espesor de Breslow de 1 mm, en fase de crecimiento horizontal, figuras mitóticas ocasionales, patrón citológico de predominio epitelioide, poca respuesta linfoide acompañante, sin úlceras, sin fenómeno de regresión, sin satelitosis y sin invasión linfática ni perineural.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Melanoma subungueal

Diagnóstico diferencial

paroniquia, queratoacantoma, granuloma piogénico, tumor glómico, nevus, fibroma, exostosis, onicotilomanía, radiodermatitis, onicomycosis, carcinomas

Comentario final

En este caso se optó por una medida terapéutica radical, con resección completa de la lesión teniendo en cuenta su estadio: la biopsia reportó melanoma de crecimiento horizontal con microinvasión, que según el sistema de estadificación de Clark y Breslow, se catalogó en el nivel II, equivalente a un espesor <1mm, con escasas figuras de mitosis y sin invasión linfática ni perineural, lo que demuestra una fase temprana. El tamaño, la ausencia de ulceración e invasión linfovascular y la mínima tasa mitótica reportada, fueron los criterios para que se le realizara resección quirúrgica, con amputación del dedo comprometido, sin vigilancia del ganglio centinela

y sin vaciamiento ganglionar, ya que, no se documentaron adenopatías ni siembras a distancia.

El paciente presentó una evolución favorable, sin signos de recaída tras las revisiones posteriores al tratamiento, por lo que se puede inferir que esto se debió principalmente a un diagnóstico temprano y a una intervención igualmente precoz.

Bibliografía

- Tirado-Cedano J, Martínez-Raygada S. Cuidados de la piel del anciano. *Dermatología Peruana* 2008;18(2):106-110.

778/44. SU MÉDICO NO LE DEJÓ PLAN-TADO.

Autores:

Díaz Sarmiento, S.¹, Hussein Alonso, D.¹, Clavijo López, B.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 51 años de edad. NAMC. AP de Feocromocitoma intervenido. Jardinero de profesión. Acude por presentar desde hace 11 días lesiones en mano izquierda. Inicialmente las describe como unos bultos violáceos en el primer dedo que, posteriormente, progresaron hacia la palma y finalmente produjeron un enrojecimiento de la cara anterior del antebrazo. No ha presentado fiebre durante el proceso ni ningún tipo de sintomatología digestiva, respiratoria u urinaria.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se aprecian dos lesiones pápulo-nodulares de coloración violácea con reborde eritematoso en primer dedo de la mano derecha y en la palma de la misma mano, junto a pequeñas lesiones del mismo tipo satélites sin esta coloración. Estas lesiones presentan un aumento marcado de la temperatura con respecto a tejido sano periférico. No existe pérdida de solución de continuidad en la piel. En cara anterior del antebrazo destaca un área longitudinal hiperémica y con aumento de temperatura, compatible con linfangitis.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Esporotricosis

Diagnóstico diferencial

Artritis reumatoide

Leishmania

Nocardiosis cutánea

Comentario final

Este paciente fue derivado al servicio de Urgencias hospitalarias para filiación de la lesión. Durante su estancia en dicho servicio se realizó una analítica en la que se evidenció un aumento de reactantes de fase aguda (PCR 10.2mg/L). Finalmente se realizó punch para biopsia y cultivo de las lesiones.

La esporotricosis es una infección fúngica crónica causada por el *Sporothrix schenckii*, que se caracteriza por la presencia de nódulos cutáneos o subcutáneos ulcerados, eritematosos y/o verrucosos, con frecuencia asociada a afectación linfática nodular. Este hongo se aísla frecuentemente en el suelo y las plantas, por lo que aquellos trabajos que impliquen su manipulación predisponen a la infección. Esta se produce por inoculación del hongo en la piel, generalmente a través de objetos contaminados. Aunque la sospecha del diagnóstico la defina la clínica y antecedentes del paciente, la confirmación se realiza mediante cultivo procedente de una biopsia del tejido afectado.

Bibliografía

Niklitschek S, Porrás N, González S, Romero W. Esporotricosis [Sporotrichosis]. *Med Clin (Barc)*. 2015 Nov 6;145(9):418. Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2015.01.027. Epub 2015 Apr 19. PMID: 25899646.

Tobin EH, Jih WW: Sporotrichoid lymphocutaneous infections: Etiology, diagnosis and therapy. *Am Fam Physician* 63(2):326-332, 2001.

778/45. 'ME NOTO BURBUJAS EN EL PECHO'.

Autores:

Medina Cobos, A.¹, Sánchez Martínez, I.², Garzón Aguilar, J.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 38 años sin alergias conocidas, destacando antecedente de linfoma no Hodgkin en la infancia con cura completa que precisó tratamiento con quimioterapia. Como efecto secundario, se desarrolló una miocardiopatía dilatada tóxica que precisó el año pasado implantación de DAI-R en prevención primaria sin incidencias. En tratamiento con sacubitrilo/valsartán, carvedilol, eplerenona y dapaglifozina con buenos controles y vida muy activa. Acude por haber presentado de forma súbita hace 3 días, tras acceso de tos, molestias a nivel torácico que describe como 'burbujeo' sin palpitations, disnea u otros datos asociados. No proceso infeccioso concomitante ni datos a otros niveles.

Exploración y pruebas complementarias

Excelente estado general. Talla: 181 cm; peso: 67 kg. Constantes en rango. Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos y signo de Hamman (chasquido a nivel precordial). Buena tolerancia al decúbito y relleno capilar rápido. Se realizó en un primer momento electrocardiograma sin alteraciones agudas y ante los antecedentes del paciente se realizó radiografía en el centro de salud, detectándose banda radiotransparente paracardíaca. Se decide traslado al hospital de referencia con la sospecha de neumopericardio, confirmándose en TAC, donde además se detecta traslocación de cable de ventrículo derecho como causante. Posteriormente, ha sido intervenido por cirugía cardíaca.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumopericardio.

Diagnóstico diferencial

Cardiopatía isquémica, pericarditis, insuficiencia cardíaca descompensada

Comentario final

El neumopericardio es una entidad poco frecuente en adultos, correlacionada principalmente con la iatrogenia en procedimientos invasivos a estos niveles. Otras causas posibles están desencadenadas por mecanismos que aumentan la presión intratorácica, principalmente tos e hipo. Su presentación clínica es variada y es importante atender a su principal complicación, el taponamiento cardíaco. La radiografía es una herramienta rápida y sencilla para su diagnóstico aunque muchas veces se requieren pruebas de imagen más específicas para filiar el origen.

Bibliografía

- Esteve Ruiz I, Zamora Sierra M, Romero Rodríguez N. Una causa poco frecuente de dolor torácico: neumopericardio. *Cardiocoore [Internet]*. 2018;53(1):38.

778/47. LESIÓN ERITEMATOSA OCCIPITAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Blanco Capitán, M.¹, Negrillo Villalón, M.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 23 años, con antecedentes personales de alergia estacional con neumoalergenos positivos, consulta por lesiones eritematosas y escamosas en región cervical posterior y cuero cabelludo de 2 meses de evolución. Inicialmente, se diagnosticó de dermatitis seborreica, recibiendo tratamiento con ciclopirox champú sin mejoría.

Ante evolución y persistencia de lesiones, consulta de nuevo y se aprecia lo siguiente:

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física se observan lesiones eritematosas con leve descamación y costrosas con bordes bien delimitados en región occipital.

No presenta lesiones en otra parte del cuerpo.

No se palpan adenopatías regionales.

Dermatoscopia: Escamas blanquecinas y vasos puntiformes sobre base rosada.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Psoriasis del cuero cabelludo.

Diagnóstico diferencial

- Dermatitis alérgica de contacto.
- Dermatitis seborreica.
- Dermatofitosis.
- Escabiosis.
- Eritrasma.
- Pénfigo benigno familiar.

Comentario final

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune que afecta a la piel y a las articulaciones, caracterizada por una fuerte proliferación e incompleta diferenciación de los queratinocitos.

La prevalencia de psoriasis es variable, estimándose que afecta el 2-4% de la población occidental.

La psoriasis del cuero cabelludo afecta al 80% de los paciente psoriásicos y generalmente se asocia a otras formas clínicas. Su presentación puede ir de cuadros leves a formas muy graves, provocando gran impacto psicológico y afectando a la calidad de vida del paciente.

El tratamiento debe conseguir y mantener a largo plazo una afectación leve, localizada y controlable con medicación tópica.

En psoriasis leve-moderada se utiliza tratamiento tópico, reservándose formas sistémicas para las severas.

Actualmente, como tratamiento tópico, la combinación de corticoides y análogos de vitamina D es la terapia de mayor eficacia y que facilita la adherencia al tratamiento al aunar dos principios activos, cuya acción es la reducción de hiperqueratosis cutánea y de hiperplasia epidérmica de forma más rápida que la corticoterapia tópica.

Bibliografía

- Puig L, Carretero G. Update on Topical Treatments for Psoriasis: The Role of Calcipotriol Plus Betamethasone Dipropionate Aerosol Foam. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2019 Mar;110(2):115-123.
- Semergen. Psoriasis, área dermatología. *Documentos clínicos semergen*. 2020.

778/49. EMPEZANDO EL AÑO CON MAL PIE.

Autores:

Díaz Sarmiento, S.¹, Millán Rodríguez, A.², Maatala mohamed bachir, B.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 47 años. NAMC. AP: Síndrome de Diógenes, Esquizofrenia y trastorno ansioso-depresivo. En supuesto seguimiento por psiquiatra privado. Paciente con problemática social. No IQ. TH con Venlafaxina 150mg 1 comp diario, Mirtazapina 15mg 1 comp diario y Diazepam 10mg si precisa por ataque de ansiedad.

Acude a consulta por presentar dificultad para hacer footing de cuatro semanas de evolución. Lo que inicialmente surgió como una pequeña molestia en el pie derecho se ha convertido en dolor constante que le obliga incluso a cojear. Según él refiere tuvo problemas hace ocho meses con el mismo pie debido a una infección micótica que mejoró paulatinamente con tratamiento prescrito por podólogo.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, afebril. A la exploración llama la atención el mal olor que desprende el MID, en el cual se evidencian signos de isquemia y necrosis húmeda en el quinto y cuarto dedo, junto a eritema hasta el tercio inferior de la pierna.

Se deriva al servicio de Urgencias hospitalarias.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pie diabético

Diagnóstico diferencial

Infección micótica

Comentario final

Finalmente este paciente fue ingresado en el Hospital a cargo de Cirugía y tuvo que realizarse amputación del cuarto y quinto dedo durante su estancia.

Fue valorado por Medicina Interna y Endocrinología por presentar una HbA1c de 10'3, siendo diagnosticado de Diabetes.

La neuropatía diabética es una complicación frecuente de la diabetes en las que los pacientes deben realizar un estrecho seguimiento de sus pies para evitar complicaciones como lo sucedido en nuestro paciente. Es reseñable que este caso se haya producido y el paciente no haya consultado antes, aunque dados sus antecedentes psiquiátricos podrían explicar esta situación. Por suerte, la mayoría de pacientes diagnosticados de DM están en seguimiento estrecho para evitar estas complicaciones y es infrecuente que el diagnóstico se realice debido a la aparición de una complicación de este tipo.

Bibliografía

- Carro GV, Saurral R, Witman EL, Braver JD, David R, Alterini PA, Illuminati G, Carrió LM, Torres JC. Ataque de pie diabético. Descripción fisiopatológica, presentación clínica, tratamiento y evolución [Diabetic foot attack. Pathophysiological description, clinical presentation, treatment and outcomes]. Medicina (B Aires). 2020;80(5):523-530. Spanish. PMID: 33048798.

778/50. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA COJERA EN EL ADOLESCENTE A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO: EPIFISIOLISIS FEMORAL DE CADERA.

Autores:

Rivera Fresneda, C.¹, Algorri Ferrero, S.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 11 años que consulta en su Centro de Salud por cojera y dolor en rodilla e ingle derechas de un mes de evolución tras traumatismo directo en rodilla mientras jugaba con una amiga, sin fiebre ni otra clínica asociada. Inicialmente se pauta tratamiento empírico con AINES sin mejoría, motivo por el que reconsulta.

Exploración y pruebas complementarias

Durante la inspección, sorprende la cojera que presenta la paciente, con importante impotencia funcional de todo el miembro inferior derecho (MID), aunque sin signos inflamatorios ni tampoco dolor a la palpación. Sin embargo, sí aparece dolor en la cadera derecha con la movilización pasiva del MID así como con la flexo-extensión y la abducción-aducción de la misma. Por este motivo se solicita radiografía de rodilla derecha, así como de ambas caderas en proyección axial y anteroposterior. Mientras que en la radiografía de rodilla no se objetivan alteraciones óseas, en las caderas llama la atención una asimetría entre ambas cabezas femorales, distinguiéndose un desplazamiento de la epífisis derecha respecto a la metáfisis.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Estos hallazgos radiográficos junto con la clínica son sugestivos de epifisiolisis de la cabeza femoral.

Diagnóstico diferencial

Teniendo en cuenta la anamnesis, el primer diagnóstico a considerar sería el de contusión o traumatismo. Por edad y la clínica, habría que pensar en la sinovitis transitoria de cadera y en la enfermedad de Perthes. Otros diagnósticos menos frecuentes pero más graves serían los tumores óseos.

Comentario final

En pacientes de 11-16 años con cojera y en periodo peripuberal es importante tener presente en el diagnóstico diferencial la epifisiolisis de la cabeza femoral. La etiopatogenia está estrechamente relacionada con la obesidad y por tanto su frecuencia está en aumento. Además, el tratamiento de elección es fundamentalmente quirúrgico (fijación con tornillos) y habitualmente requiere intervención profiláctica en la articulación no afecta. Asimismo, este caso pone de manifiesto la importancia de solicitar dos proyecciones radiográficas cuando sea posible.

Bibliografía

- De Inocencio Arocena J. Cojera. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. 2019;47-55.
- Martínez-Álvarez S, Martínez-González C, Miranda Gorozarri C, Abril JC, Epeldegui T. Epifisiolisis de la cabeza femoral. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2012 Nov;56(6):506-14.

778/51. DIARREA PERSISTENTE. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Autores:

González Barrau, M.¹, Vaca Fernández, I.², Celestino Del Caño, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid

Descripción del caso

Paciente de 49 años con antecedentes personales de cólicos biliares acude a urgencias derivado de Atención primaria por diarrea de 15 días de evolución, rec-torragia en últimas deposiciones. El último día fiebre de 40°C. Asocia dolor abdominal en hipogastrio y fosa iliaca derecha (FID), para descartar apendicitis aguda

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACION: TA 112/86 mmHg; Tº 37°C

Abdomen blando, depresible, globuloso, doloroso a la palpación generalizada, mas acusado en FID e hipogastrio. No se palpan masas ni megalias Defensa, Blumberg positivo.

Tacto rectal anodino

Analítica: Leucocitos 16000 $\times 10^3/\mu\text{L}$; Neutrófilos 85%, PCR 157. Perfil hepático y renal sin alteraciones. Lones sin alteraciones

Ecografía de abdomen: compatibles con diverticulitis aguda.

TC de abdomen: intensa reacción de aspecto inflamatorio en la pared del colon sigmoide a nivel supramesocólico con una colección adyacente a su pared con pequeñas burbujas de gas, reacción inflamatoria de la grasa adyacente y líquido libre, sugestivo de

Colelitiasis.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Con la historia clínica del paciente y su exploración la primera sospecha diagnóstica fue una apendicitis aguda, coincidiendo en el tiempo con una gastroenteritis aguda (GEA).

Tras analítica y pruebas de imagen se pudo confirmar el diagnóstico de diverticulitis aguda complicada con colección.

Diagnóstico diferencial

Infección del tracto urinario, Apendicitis aguda, Cólico biliar, colitis isquémica, GEA. Diarrea del viajero

Comentario final

La diverticulitis aguda es la inflamación de uno o más divertículos. Se define como complicada cuando se asocia a obstrucción intestinal, estenosis, absceso, fístula o perforación. El síntoma más común es el dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo, más infrecuente es la presentación con dolor suprapúbico y en cuadrante inferior derecho generalmente debido a la inflamación del colon sigmoide, o mucho menos común, a diverticulitis cecal. Cuando la presentación clínica no es la habitual, el diagnóstico diferencial lo haremos mediante las pruebas de imagen. El TC es la prueba de imagen elegida cuando la diverticulitis aguda es la primera sospecha clínica, además, nos permite clasificarla en complicada/no complicada, lo que cambiará la actuación clínica.

Bibliografía

- UpToDate [Internet]. Pemberton JH, Peery A. Clinical manifestations and diagnosis of acute colonic diverticulitis in adults. 2023 Jan 05 [cited 2024 Feb 29]. Available from: <https://sso.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-colonic-diverticulitis-in-adults>

778/52. PUSTULOSIS PALMO-PLANTAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Blanco Capitán, M.¹, Negrillo Villalón, M.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 51 años que consulta por episodio de lesiones dérmicas muy pruriginosas en las plantas de los pies de más de un mes de evolución. Refiere que las lesiones son más extensas que en cuadros anteriores y que están apareciendo también en las palmas de las manos. Como antecedentes personales destacan: alergias alimentarias y primer episodio similar en 2018, diagnosticándose de dermatitis de contacto en plantas de los pies que fue tratado con corticoterapia tópica; posteriormente, el cuadro se ha desarrollado unas dos veces por año.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta lesiones pustulosas amarillentas sobre base eritematosa con fisuración y descamación en plantas. No afectación de dedos de pies.

En palmas de manos se aprecia leve descamación en eminencias tenares.

No lesiones en otras localizaciones.

Pruebas complementarias: se realiza analítica sanguínea que es anodina y cultivo de exudado de lesiones plantares, aislándose Pseudomonas aeruginosa y Streptococcus pyogenes.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pustulosis palmo-plantar.

Diagnóstico diferencial

- Dermatitis de contacto.

- Eczema dishidrótico.
- Escabiosis.
- Micosis fungoide.
- Tiña pie.

Comentario final

La pustulosis palmo-plantar (PPP) es una enfermedad inflamatoria crónica de piel que se caracteriza por pústulas estériles en palmas y plantas sobre base eritematosa. Se engloba dentro del grupo de psoriasis de difícil tratamiento y afecta mayormente a mujeres de mediana edad.

Su diagnóstico se basa en la historia clínica y exploración física. No existen pruebas específicas de laboratorio. La biopsia cutánea se realizará en casos de diagnóstico incierto.

Su tratamiento consiste inicialmente en corticoides tópicos de alta potencia o en combinación con derivado de vitamina D, requiriendo, si el tratamiento tópico no es efectivo, asociación de corticoterapia sistémica. En casos más resistentes, se tratará con fármacos biológicos.

Así mismo, en los casos que requieran ingreso hospitalario, la asociación de terapia tópica ha demostrado la reducción del tiempo de hospitalización.

Los antibióticos no se recomiendan de forma generalizada salvo que exista afectación sistémica.

La PPP supone un reto en consulta de Atención Primaria, por lo que importante realizar un correcto diagnóstico diferencial evitando su confusión con otras patologías, así como tratamientos innecesarios y retraso en adecuado manejo.

Bibliografía

- *Semergen. Psoriasis, dermatología. Documentos clínicos semergen. 2020.*

778/54. TU MÉDICO DE FAMILIA, SIEMPRE AL PIE DEL CAÑÓN.

Autores:

Borrego García, A.¹, Díaz Ortega, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 34 años que presenta traumatismo en miembro inferior derecho (MID) por accidente de tráfico. Se activa al Médico de familia del Centro de Salud debido a ocupación de recursos extrahospitalarios. Se activa Código Trauma por mecanismo del accidente, ya que el paciente salió despedido de motocicleta. Se traslada a hospital con collarín cervical y tabla espinal.

Exploración y pruebas complementarias

X: no hemorragia exanguinante.

A: vía aérea permeable, sin restos hemáticos nasales ni orofaríngeos. Colocación de collarín cervical.

B: murmullo vesicular conservado bilateral, sin ruidos sobreañadidos. No disnea, ni tiraje intercostal. No traumatismo torácico.

C: auscultación rítmica, sin soplos. Buena frecuencia cardiaca, buena tensión arterial y pulsos palpables en todas las extremidades.

D: consciente, orientado en las tres esferas, pupilas normales, movimientos oculares conservados, fuerza disminuida en ambos miembros inferiores. No traumatismo craneoencefálico.

E: normotermo.

Evaluación secundaria: presenta dos heridas abiertas de más de 2 centímetros en MID.

TAC de cráneo, columna cervical, tórax, abdomen y pelvis sin hallazgos.

TAC de columna dorsal, lumbar y sacra: fractura-aplastamiento del cuerpo vertebral L1, con pérdida de altura del 40%, afectación del muro posterior con fragmento óseo que se introduce 7 milímetros hacia canal central, condicionando la estenosis del canal central. Línea de fractura transversa del sacro a nivel de S5. Línea de fractura longitudinal que atraviesa la espina ciática derecha.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fractura-aplastamiento de L1 que condiciona estenosis del canal medular.

Diagnóstico diferencial

Politraumatizado grave versus Código Trauma.

Comentario final

Desde Atención Primaria debemos estar preparados para enfrentar urgencias y tomar decisiones

rápidas. En un primer momento se sospechó una fractura en MID, por lo que la exploración era difícil. Si no se hubiese tomado la decisión de activar Código Trauma, se había retrasado el manejo de una lesión medular. Nuestra especialidad nos empuja a estar siempre preparados para enfrentar multitud de escenarios.

Bibliografía

- *Montero Pérez FJ, Del Campo Vázquez P, Martos Órpez C y Jiménez Murillo L. Atención inicial al paciente con traumatismo grave. En: Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias, guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª edición. Barcelona: Elsevier. 848-863.*
- *Atención al politraumatizado. En: Manual de protocolos asistenciales. Plan de Urgencias y Emergencias. PAUE. Sevilla: Edita SAS. 277-294.*

778/55. LA CLÍNICA SIEMPRE MANDA.

Autores:

González Moles, L.¹, Sánchez Martínez, I.¹, Girón Prieto, M.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Acude a consulta de urgencias acompañado de sus padres Carlos, paciente de 15 años de edad sin ningún antecedente personal de interés que refiere cuadro de rash cutáneo de miembros inferiores de 4 horas de duración que aumenta de forma progresiva. Nunca antes había tenido un cuadro similar.

Sus padres nos comentan que empezó hace aproximadamente 1 semana con un cuadro catarral de vías altas no complicado que se resolvió progresivamente con tratamiento sintomático. Durante la anamnesis Carlos también nos confirma que durante el día de ayer ha tenido 2 micciones de color "rosadas" (algo que nunca antes le había pasado) sin otros signos o síntomas miccionales. No otra clínica de interés por aparato y sistemas.

Dados los antecedentes, la edad del paciente y la clínica que presenta en el momento actual se decide derivación a urgencias hospitalarias para valoración de posible caso de púrpura de Schonlein-Henoch.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración :

- BEG, CyO, NH, NP, Eupneico
- TA: 113/77, FC: 86, SatO2: 100%, 36'2°C
- ACR: Rítmico con MVC sin ruidos sobreañadidos
- Abdomen globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación. No signos de peritonismo.
- MMII : se aprecian lesiones maculares eritematosas no confluyentes que no desaparecen a la vitropresión.

Pruebas complementarias :

Combur test : hematies +++

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Púrpura de Schonlein-Henoch

Diagnóstico diferencial

Vasculitis leucocitoclástica, Púrpura Trombocitopénica Idiopática, SD de Churg-Strauss

Comentario final

La púrpura de Schonlein-Henoch es la vasculopatía más frecuente en población pediátrica. Es una entidad que se caracteriza por presentar púrpura palpable (habitualmente en MMII), artritis/artralgias, dolor abdominal y afectación renal. Es importante recalcar que su diagnóstico es clínico y debe sospecharse ante la aparición de dos o más de los síntomas previamente descritos, por lo que la correcta realización de la anamnesis y exploración física es fundamental a la hora de evaluar a estos pacientes. El pronóstico habitualmente es favorable y el tratamiento sintomático.

Bibliografía

García-Porrúa, C. (2001). Síndrome de Schoenlein-Henoch. Revista Española de Reumatología, 28 (1), 9-14

778/56. ESTE 'BULTO' TIENE NOMBRE PROPIO.

Autores:

Martínez Núñez, P.¹, Rodríguez Ruiz, P.², Pantoja de la Rosa, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2)

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartuja. Granada

Descripción del caso

Varón de 40 años que consulta por dolor a nivel lumbosacro. Refiere tumefacción en fosa renal derecha con progresión de tamaño e irradiación a región inguinal. Como antecedente personal relevante, sufrió accidente de moto hace 20 días con traumatismo sobre costado y fosa renal derecha y mecanismo de arrastre a nivel de muslo derecho. No presenta hematuria ni otra clínica de interés.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, dolor a la palpación de últimos arcos costales derechos. Se solicitan radiografías y analítica. Cuando el paciente vuelve a la consulta tres semanas después para recoger resultados, informamos de pruebas anodinas sin signos de anemización. Sin embargo, refiere empeoramiento con aumento de tamaño de la tumefacción y aparición de hematoma. Esa misma mañana ha presentado Tª 37.8°C. Por antecedentes expuestos y aparente evolución tórpida, se decidió remitir a Urgencias. Allí, se repite analítica y se realiza TC abdominopélvico para filiar colección. En dichas pruebas complementarias, no presenta leucocitosis ni elevación de RFA. En TC, se describe región hipocaptante, en tejido celular subcutáneo glútea ipsilateral de 11x3.6x15cm. Se realiza IC a COT que, dada la ausencia de signos de complicación que sugieran infección, se descarta intervención quirúrgica en el momento, recomendándose vigilancia domiciliaria. Como tratamiento al alta, analgesia habitual si dolor y se sugiere uso de faja compresiva para mayor comodidad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Seroma de Morell-Lavallée complicado

Diagnóstico diferencial

- Sarcoma de partes blandas
- Necrosis cutánea
- Coagulopatía
- Infección osteomuscular

Comentario final

Las lesiones de Morell-Lavallée se producen por cizallamiento durante un traumatismo de las capas de piel, produciendo un espacio virtual entre piel y fascia donde se puede acumular líquido seroso. La infección y necrosis son las complicaciones más frecuentes,

donde requeriría intervención quirúrgica con drenaje. A pesar de ello, es poco frecuente al tratarse de un compartimento cerrado, por lo que el manejo es conservador, pudiéndose aplicar medidas compresivas.

Bibliografía

- Boushnak MO, Rabah H, Saleh MH, Aaraj GA, Hajjar S, Moussa MK. Post-traumatic Late Presentation of Morel-Lavallée: Case Report and Review of Literature. *J Orthop Case Rep.* 2021 May;11(5):92-95. doi: 10.13107/jocr.2021.v11.i05.2222.
- de Pablo Márquez B, Serra Gallego M, González Chavero D, Arevalo Genicio A. Seroma de Morell-Lavallée. *Semergen.* 2014;40(6):350-1. doi: 10.1016/j.semerg.2013.11.004

778/57. HACER DE TRIPAS, CORAZÓN.

Autores:

Millán Rodríguez, A.¹, Díaz Sarmiento, S.², Maatala mohamed bachir, B.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Centro. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 63 años con antecedentes de dislipemia y Diabetes tipo I que acude por epigastralgia continua no irradiada, de 1 día de evolución, con mareo y náuseas con vómitos. Refiere haberse levantado en el día de ayer con un control glucémico de 43 mg/dL, y desde entonces con controles glucémicos bajos, sin cambios ni trasgresión dietética. Sin fiebre ni otra sintomatología añadida.

Exploración y pruebas complementarias

AEG, COC, BHyP, eupneica en reposo.

AC: tonos ritmicos a normofrecuencia sin soplos

AP: MVC sin ruidos sobreañadidos

Abdomen: blando, depresibles, sin masas ni megalias, con dolor a la palpación en epigastrio. Blumberg -, Murphy -.. RHA presentes

ECG: ritmo sinusal a 65 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización. Presencia de onda T negativa en

II, III y aVF y onda T aplanada en V3, V4, V5 y V6. QRS estrecho. PR normal.

TA: 140/75 mmHg

Glucemia capilar: 59 mg/dL

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ante la clínica, antecedentes (Diabetes tipo I, DLP) y las pruebas complementarias que disponemos, se sospecha de un posible síndrome coronario agudo vs hipoglucemia por mal control diabético.

Diagnóstico diferencial

Hipoglucemia

Gastritis

Comentario final

La paciente fue remitida del centro de salud al servicio de urgencias donde tras realizar pruebas complementarias se diagnosticó de un SCAEST.

Bibliografía

- VALDÉS RAMOS, Eduardo René; RIVERA CHÁVEZ, Marjoris; BENCOSME RODRÍGUEZ, Niurka. *Comportamiento del infarto agudo del miocardio en personas con diabetes mellitus de la provincia Granma. Revista Cubana de Endocrinología, 2012, vol. 23, no 2, p. 128-138.*

778/58. DOCTORA, NO ME TRAGO LAS PASTILLAS Y ME DUELE MUCHO EL PECHO.

Autores:

Martínez Núñez, P.¹, Aguilera Ortiz, C.¹, Navarro Valero, M.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 71 años que consulta por síncope en domicilio tras ingesta de medicación, que se acompaña de dolor retroesternal y epigástrico. Además, refiere que los días previos a presentado vómitos e intolerancia oral. No presenta dolor entre comidas y no le recuerda al dolor típico cardiológico por vasoespasmos. No presenta fiebre ni otra clínica por aparatos. Entre sus antece-

dentos personales, destaca angina vasoespástica, HTA y Mieloma Múltiple.

Exploración y pruebas complementarias

No presenta focalidad neurológica, orofaringe ligeramente hiperémica, abdomen anodino. Se proporciona NTG sublingual, con la que no nota mejoría y se realiza ECG, que no muestra alteraciones. Se intenta tolerancia con líquidos, constatando incapacidad para la deglución de los mismos. Se deriva a Urgencias donde se descarta mediante pruebas complementarias TEPA (dímero D elevado), obstrucción abdominal y SCA (TPI negativas y ECG normal). Presenta hallazgo de hernia de hiato por deslizamiento con marcada dilatación esofágica en toda su extensión, apreciando abundante contenido intraluminal. Se decide ingreso a cargo de Digestivo.

Durante ingreso, EDA y Tránsito baritado muestran esófago con imagen en sacacorchos característico de espasmo esofágico difuso, dismotilidad en tercio superior y úlceras de bordes elevados, eritematosos y fondo fibrinado sugerentes de etiología infecciosa. Se realiza PCR de biopsia esofágica que evidencia CMV e hifas fúngicas. Se comienza tratamiento con ganciclovir y fluconazol. A las dos semanas la paciente presenta gran mejoría, persistiendo dolor retroesternal. Se decide alta con estudio posterior de manometría esofágica para valorar motilidad tras resolución de cuadro infeccioso.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Esofagitis infecciosa por CMV y hongos con trastorno motor asociado

Diagnóstico diferencial

- Acalasia
- Angina vasoespástica
- Esofagitis eosinofílica

Comentario final

El estado de inmunosupresión es habitual en las esofagitis infecciosas. El diagnóstico es endoscópico, histológico y microbiológico. Aunque la radiología baritada no presenta valor diagnóstico, sí fue necesaria para evaluar el trastorno motor asociado. Los trastornos motores se pueden ver asociados a patología infecciosa, produciéndose su resolución semanas e incluso meses tras el tratamiento del desencadenante.

Bibliografía

- Ligerio RMO, Robles LS. *Esofagitis eosinofílica. Esofagitis infecciosa. Esofagitis tóxicas. Esofagitis cáusticas.*

cas. *Medicine* [Internet]. 2016;12(1):22–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2016.01.003>

- FJC Caballero, AD Maroto, AI Chaves - RAPD online [Revista en Internet], 2017 - sapd.es

778/59. INESTABILIDAD DE LA MARCHA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Pegalajar Moral, B.¹, García Sánchez, I.², Anguita Mata, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén

Descripción del caso

Nos avisan del centro coordinador, acudimos al domicilio de nuestro paciente, varón de 50 años, consumidor de tóxicos (alcohol, cocaína y cannabis), como antecedentes personales presenta VHA, VHB, VHC, VIH. No tratamiento activo. Nos avisan por mareo, sin giro de objetos, inestabilidad de la marcha sobre todo hacia la derecha y visión borrosa. Último consumo de tóxicos la noche anterior. Mientras estamos realizando la exploración, observamos que comienza con disartria.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, descuidado, eupneico en reposo. TA 160/100, alerta, orientado, lenguaje disartrico entendible, no alteraciones oculomotoras ni campimétricas, no asimetría facial, no alteraciones de fuerza, no alteraciones sensitivas, dismetría en dedo-nariz y talón-rodilla derecho. Bipedestación posible con apoyo, con lateropulsión derecha al intentar deambular.

ECG:FA a 85 lpm.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ictus cerebeloso de origen cardioembólico.

Diagnóstico diferencial

Síndrome vertiginoso vs ictus cerebeloso vs efecto tóxicos consumidos

Comentario final

Solo se diagnostica lo que se sabe, es fundamental un buen diagnóstico diferencial ya que en este caso si no

hubiésemos pensado en posible ictus cerebeloso el paciente no habría tenido posibilidad recuperación.

Palabras Clave: inestabilidad, disartria, tóxicos. Es imprescindible que los profesionales estemos muy formados en estas patologías tiempo-dependientes, pues todo va a depender de ello.

Bibliografía

- Kasper D, Fauci A, Stephen H, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, editors. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 19 ed. Madrid: McGraw Hill; 2016.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Compendio de Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 6 ed. Madrid: Elsevier; 2018.

778/60. SECUESTRO PULMONAR Y HEMOPTISIS EN PACIENTE ADULTA TRAS ANTECEDENTE DE CÁNCER DE MAMA.

Autores:

Jiménez Hernández, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 40 años acude a consulta de atención primaria tras presentar tos seca, afonía y expectoración de hebras hemáticas de 4 días de duración. Como antecedentes personales destacan artritis reumatoide seronegativa, fibromialgia y carcinoma de mama izquierda que precisó mastectomía, quimioterapia y radioterapia. Actualmente en tratamiento con tamoxifeno, hidroxiquina y duloxetina. La exploración física es normal. Se solicita analítica de sangre y radiografía de tórax, con resultados dentro de la normalidad. Ante empeoramiento y aparición de esputos hemoptoicos de mayor cuantía progresiva se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física es normal y orofaringe sin lesiones aparentes ni sangrado activo. Se visualiza en la muestra de esputo sangrado leve con presencia de coágulos mezclado con la saliva. Se realiza analítica sanguínea, gasometría venosa y radiografía de tórax, sin alteraciones. Ante persistencia de la sintomatología, se decide realizar Angio-TAC-to-

rácico, objetivándose infiltrados pulmonares bilaterales y, como hallazgo incidental, la rama de la arteria mamaria interna izquierda hipertrofiada, de aspecto arrosariado, que comunica a través de intercostal izquierda con mediastino pericárdico y con las venas pulmonares ipsilaterales, sugerente de hipertrofia de arterias sistémicas no bronquiales con shunt pulmonar a nivel de la rama de arteria mamaria interna izquierda.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Shunt pulmonar-secuestro pulmonar causante de la hemoptisis.

Diagnóstico diferencial

Ante la presencia de sangrado por cavidad oral debemos discernir si se trata de hemoptisis, hematemesis u otro origen en la vía aérea superior. Los principales diagnósticos diferenciales de hemoptisis son: lesión de la vía aérea (bronquiectasias, neoplasias...), lesión del parénquima pulmonar (infecciones, tumores...); lesiones vasculares como malformaciones arteriovenosas, aneurismas o fístulas arteriovenosas; coagulopatías; inhalación de cocaína; hemoptisis catamenial.

Comentario final

Se debe realizar un diagnóstico de confirmación ante la persistencia de episodios de hemoptisis, para valorar la gravedad y plantear una estrategia diagnóstico-terapéutica precoz. La paciente precisó antibioterapia, corticoterapia, antifibrinolítico, antitusígeno y actualmente pendiente de valoración por Radiología Intervencionista.

Bibliografía

- Atchinson PR, Hatton CJ, et al. *The Emergency Department Evaluation and management of Massive Hemoptysis. The American Journal of Emergency Medicine.* 2021; 50:148–55.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Manual de urgencias y emergencias. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2023; p. 273-276.*

778/61. CONJUNTIVITIS QUE EMPEORA. HERPES SIMPLE OFTÁLMICO.

Autores:

Doncel De La Cruz, T.¹, Chaves Rendon, M.¹, García Martín, Á.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Varón de 16 años. No RAM. No AP de interés. En tratamiento con Tobradex colirio.

Acude a consulta por empeoramiento de conjuntivitis bacteriana en OD de 1 semana de evolución, a pesar de tratamiento con Tobradex. Desde hace 2 días presenta aparición de lesiones vesiculosas dolorosas en párpado y región periocular.

Tras valoración y diagnóstico diferencial en A.Primaria se derivó de Oftalmología de manera urgente para descartar afectación intraocular.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones vesiculosas cuantiosas en párpado y región periocular, algunas de ellas con secreción serosa, no purulenta, y otras con costra amarillenta; sobre piel eritematosa y con cierto edema, que junto con la secreción; no permite apertura ocular. Signo de Hutchinson positivo.

A la exploración ocular, no presenta hiperemia, las pupilas son isocóricas normorreactivas a la luz, tras tinción con fluoresceína no presenta úlceras ni lesiones corneales.

Se solicitó hemograma y bioquímica urgente, y serologías y PCR para VHS, VVZ, con resultado positivo para VHS-1.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Blefaritis por VHS-1 sobreinfectada por impetigo

Diagnóstico diferencial

Herpes Zoster oftálmico, celulitis preorbitaria, impetigo

Comentario final

Finalmente el paciente acudió a Urgencias, y por la extensión de las lesiones y afectación ocular se decidió ingreso hospitalario para tratamiento intravenoso (Aciclovir y Augmentine IV). Los antivirales son el pilar del tratamiento de la enfermedad epitelial herpética.

Nuestra labor en Atención Primaria fue realizar el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas y ante afectación ocular; derivación para valoración por Oftalmología. El diagnóstico de infección VHS suele ser clínico

en consulta. En casos de afectación extensa, lesiones atípicas, lactantes, embarazadas o inmunodeprimidos sí puede confirmarse etiología mediante cultivo de vesículas, PCR y serologías. El tratamiento en casos leves será sintomático, y el tratamiento antiviral en etapas tempranas será beneficioso. Siempre debere- mos tener en cuenta signos/síntomas de infección ge- neralizada grave como son la encefalitis o meningitis.

Bibliografía

- Kanski JJ. *Conjuntivitis infecciosas*. En: Kanski JJ, *Oftalmología Clínica*. 6ª ed. Barcelona; Elsevier; 2009. pp. 213-38.
- Kanukollu VM, Patel BC. *Herpes Simple Ophthalmicus*. [Actualizado el 17 de abril de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Enero de 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559194/>

778/63. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PUERPERIO: CASO CLÍNICO DE PREECLAMPSIA TARDÍA.

Autores:

Rivera Fresneda, C.¹, Algorri Ferrero, S.¹, Jiménez Pérez, N.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 39 años, puérpera desde hace 3 días, sin antecedentes previos de interés que consulta en 5 días hasta en 15 ocasiones en su centro de salud y en los servicios de urgencias por cefalea occipital y cifras elevadas de tensión arterial (TA), en torno a 170/110 mmHg. La TA se trató con distintos hipotensores sin mejoría. Dado que inicialmente no presentaba signos o síntomas de alarma, en todas las ocasiones se indicó seguimiento por su médica de familia. Sin embargo, al octavo día tras el parto comienza con parestesias en miembros inferiores, pérdida de fuerza en miembro superior derecho, fotopias y cefalea pese a analgesia.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial sistólica de 150-170 mmHg y diastólica de 90-110 mmHg en todas las ocasiones. Además, se objetiva

disminución de fuerza en miembro superior derecho grado 4 según la escala de Daniels. Resto de la exploración totalmente anodina. Todas las pruebas complementarias solicitadas se encontraron dentro de la normalidad, esto incluye: TAC craneal, fondo de ojo, analítica, sistemático de orina, electrocardiograma y radiografía de tórax.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Preeclampsia tardía.

Diagnóstico diferencial

Antes de llegar al diagnóstico de preeclampsia tardía debemos cerciorarnos de que efectivamente la hipertensión ha debutado después del parto y de que no existía antes del embarazo. Tras descartar hipertensión esencial previa, otros diagnósticos menos frecuentes pero más graves a considerar serían el síndrome de vasoconstricción reversible o el accidente cerebrovascular.

Comentario final

Alrededor del 4.6% de los embarazos se complican con preeclampsia. Sin embargo, tan solo el 5% de estos casos son de preeclampsia tardía, lo que podría retrasar el diagnóstico. Por ello, en una puérpera de menos de 6 semanas con hipertensión de difícil control no conocida y cefalea siempre deberíamos pensar en esta entidad, especialmente si se trata de una paciente obesa, nulípara o de >36 años. El hallazgo analítico más frecuente en la preeclampsia es la proteinuria, aunque no es indispensable para el diagnóstico. Otros criterios serían: elevación de creatinina, transaminasas, plaquetopenia, edema pulmonar o síntomas visuales.

Bibliografía

- Phyllis August, Baha Sibai. *Preeclampsia: Clinical features and diagnosis* [Internet]. UpToDate. 2024 [citado el 3 de enero de 2024]. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia%20tardia&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1350842828

778/64. RABDOMIÓLISIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Añez Martínez, B.¹, Colino Ramos, P.², López Domínguez, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Enfermero. Centro de Salud Purullena. Purullena. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Descripción del caso

Mujer de 29 años, sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes médicos ni familiares de interés ni tratamiento crónico.

Refiere que tras ejercicio extenuante y sin preparación previa (2 días solo de entrenamiento) en crossfit comienza con mialgias en ambos miembros superiores de 1 semana de evolución, posteriormente asocia importante edematización de los miembros y orinas colúricas. No ha tenido fiebre. No episodios previos de esta magnitud.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientada. Eupneica en reposo. Constantes: TA 114/56 mmHg, FC 65 lpm, SpO2 99% basal, apirética. Miembros superiores: edema hasta raíz incluida la mano sin lesiones ni ampollas, dolor a la palpación con pulsos presentes. Miembros inferiores sin edemas.

En analítica se observa función renal normal; perfil hepatobiliar: GOT 226, GPT 145; iones normales; CPK 9330; PCR y PCT negativas; GSV: pH 7.38, CO2 44, BIC 25, láctico 1; sistemático de orina negativo; hemograma normal y coagulación en rango. Ecografía doppler de miembros superiores sin trombosis venosa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Rabdomiólisis tras ejercicio físico vigoroso.

Diagnóstico diferencial

Traumatismo, infección, tromboflebitis superficial, trombosis venosa, artritis inflamatoria, síndrome compartimental, síndrome de la vena cava superior.

Comentario final

Se derivó a urgencias hospitalarias, donde traumatología descarta síndrome compartimental y se ingresa para vigilancia del edema y administración de corticoides, analgesia y sueroterapia.

En planta evoluciona sin incidencias, con disminución de los edemas de miembros superiores, manteniendo función renal normal, con descenso de CPK a 102 U/L y transaminasas en rango al alta.

Desde Atención Primaria hay que tener en cuenta que los pacientes jóvenes o sin antecedentes de interés también pueden presentar patologías agudas. En este caso mencionar que la rabdomiólisis se caracteriza por la tríada de mialgias, debilidad muscular y orina de color rojo a marrón debido a la mioglobulinuria; varias enzimas musculares séricas están elevadas y habría que tener en cuenta que podría desencadenar una insuficiencia renal aguda (debido a la mioglobina del músculo dañado), un síndrome compartimental, arritmias cardíacas (debido a la hiperpotasemia e hipocalcemia) y coagulación intravascular diseminada (debido a la liberación de tromboplastina y otras sustancias protrombóticas del músculo dañado).

Bibliografía

- Torres PA, Helmstetter JA, Kaye AM, Kaye AD. Rhabdomyolysis: pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Ochsner J* 2015; 15:58.

778/65. A PROPOSITO DE UN CASO, ENFERMEDAD DE WHIPPLE ATÍPICA.

Autores:

Mazón Castro, L.¹, Rodríguez Armesto, A.², Blanco Rodríguez, R.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 62 años, que acude a su médico por alteraciones de la marcha, debilidad en miembros superiores e inferiores, caídas sin pérdida de consciencia y quejas de pérdida de memoria de instauración progresiva desde hace 20 días.

Como antecedentes destaca una artritis reumatoide seronegativa de 15 años de evolución, no enfermedad erosiva, pero curso agresivo, tratada con antiinflamatorios no esteroideos y corticoides (sintomático), Metotrexate y Leflunomida (suspendidos por intolerancia), Influximab (suspendido por desarrollo de tendosinovitis de extensores y tuberculosis), Rituximab, con escasa respuesta. La paciente sólo presenta mejoría clínica con la instauración de tratamiento antibiótico por procesos infecciosos intercurrentes. No es alérgica a medicamentos y fuma 1 cigarrillo día.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: confirma la debilidad de miembros y ataxia con la marcha. Análisis de sangre muestra 18500u/ml. Última colonoscopia (1 año antes) normal, con biopsia negativa.

Ante la evolución progresiva de la clínica neurológica a lo largo de 3 semanas, desde atención primaria se solicita TAC encefálico, confirma hidrocefalia triventricular. Posteriormente, ingresa en neurología completa el estudio con una punción lumbar con resultado positivo para *Tropheryma Whipplei*, se inicia tratamiento con Trimetropin/Sulfametoxazol con mejoría clínica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

ENFERMEDAD DE WHIPPLEI

Diagnóstico diferencial

artritis reumatoide, enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final

Ante un paciente con artritis reumatoide seronegativa de curso tórpido, sin mejoría tras múltiples tratamientos debemos de pensar en entidades menos comunes como la enfermedad de Whipplei.

Bibliografía

Cappellini A, Minerba P, Maimaris S, Biagi F. Whipple's disease: A rare disease that can be spotted by many doctors. *Eur J Intern Med.* 2023 Dec 16:50953-6205(23)00446-6.

Russo TA, Glassman SR. Enfermedad de Whipple. In: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. eds. *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 21e. McGraw-Hill Education; 2022

778/70. NO SUBESTIMES LA CLÍNICA (AUNQUE TU PACIENTE SEA JOVEN).

Autores:

Herrera Cámara, A.¹, Tretiakova, O.², Sevilla Moreno, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 21 años, fumadora activa y con antecedentes de obesidad que acude a su médico de Atención Primaria (MAP) por fiebre y tos reiterativa con esputos hemoptoicos en las últimas horas. Refería episodio similar unos meses antes por el que no consultó.

Exploración y pruebas complementarias

Estaba afebril, con saturación basal de oxígeno del 96%, frecuencia cardíaca 130 lpm y frecuencia respiratoria 15 rpm. Peso aproximado 120 kg. auscultación con tonos rítmicos taquicárdicos e hipofonosis generalizada. No edemas ni signos de trombosis en miembros inferiores. Fue derivada a urgencias, realizándosele analítica con resultados normales salvo Dímero D (DD) de 2558 ng/ml y posteriormente angioTAC que mostró defectos de repleción en arteria lobar inferior izquierda e infartos pulmonares en lóbulo inferior. Se inició anti-coagulación con HPBM ajustada a peso con control posterior de niveles de anti-Xa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tromboembolismo pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Al tratarse de una paciente joven, aunque fumadora, con cuadro febril previo y tos frecuente, podríamos pensar en que el origen de la hemoptisis fuera una infección (bronquiectasias, tuberculosis...) y menos probablemente una neoplasia (mayor riesgo de malignidad a mayor edad y duración de hábito tabáquico). No olvidando otras posibles causas como el tromboembolismo (a pesar de no presentar la paciente insuficiencia respiratoria mostraba una elevada frecuencia cardíaca en reposo). En este caso, de probabilidad moderada según escala de Wells, el valor del DD orientó las pruebas de imagen para confirmar la sospecha de tromboembolismo pulmonar.

Comentario final

La hemoptisis no amenazante para la vida supone un reto diagnóstico para el médico de atención primaria, pudiendo ser causado por patologías potencialmente mortales como es el tromboembolismo de pulmón. No debemos banalizar la clínica en pacientes jóvenes, que ya de por sí minimizan sus síntomas. Respecto al tratamiento, ajustar dosis de heparina y en pesos extremos, realizar control mediante niveles de anti-Xa.

Bibliografía

- Haro Estarriol M, Vizcaya Sánchez M, Jimenez López J, Tornero Medina A (Etiología de la hemoptisis: análisis prospectivo de 752 casos). *Rev Clin Esp* 2001; 201: 696. - Stein PD, Saltzman HA, Weg JC. *Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism. Am J Cardiol* 1991; 68: 1723.

778/73. HOY NO ME PUEDO LEVANTAR.

Autores:

Herrera Cámara, A.¹, Sevilla Moreno, I.², Tretiakova, O.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 54 años, obesa, diabética, hipertensa, dislipémica e hipotiroidea. En tratamiento con insulina, levotiroxina 125 mcg, atorvastatina 40 mg y enalapril 20 mg. Consulta a su médico de atención primaria (MAP) por debilidad en miembros inferiores de seis meses de evolución que asociaba a caída casual previa, por la cual permaneció en reposo domiciliario

Exploración y pruebas complementarias

Fuerza conservada en miembros superiores, miembros inferiores fuerza psoas 2/5, cuádriceps 3/5, dorsiflexión distal 4/5, con reflejos osteotendinosos abolidos. Ante la sospecha de que se tratara de una polineuropatía asociada a su diabetes o a una estenosis de canal lumbar se remitió al hospital para ingreso. Hospitalizada en Medicina Interna la analítica mostró elevación de enzimas musculares (GOT 173, GPT 144, CK 4691, aldolasa 55). Ante la posibilidad de miopatía por estatinas se suspendió dicho tratamiento. Se completó el estudio mediante resonancia de columna con hallazgos de cambios artrósicos degenerativos sin estenosis de canal lumbar y estudio neurofisiológico sin datos de polineuropatía. Fue la resonancia de muslo izquierdo la prueba que aportó datos de interés, identificando edema muscular miofascial en los abductores sugiriendo miositis/denervación muscular. La determinación de anticuerpos

antihidroximetilglucaril CoA reductasa positivos confirmó la sospecha, siendo negativo el resto de estudio de autoinmunidad. Se administraron bolos de metilprednisolona junto a inmunoglobulinas, rituximab y azatioprina hasta conseguir mejoría clínica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miopatía necrosante inmunomediada por estatinas

Diagnóstico diferencial

Se descartó la estenosis de canal lumbar mediante pruebas de imagen y la polineuropatía mediante estudio neurofisiológico. La miopatía necrosante inmunomediada por estatinas se caracteriza por debilidad muscular progresiva predominantemente proximal y simétrica con niveles elevados de enzimas musculares y ausencia de mejoría clínica tras suspender el tratamiento.

Comentario final

La debilidad muscular por estatinas suele presentarse entre el primer y segundo mes de tratamiento, pero puede aparecer incluso después de varios años tras su inicio. El estudio neurofisiológico y la biopsia ayudan al diagnóstico confirmado por la determinación de anticuerpos anti-HMGCR.

Bibliografía

- Mammen AL. *Miopatía autoinmune asociada a estatinas. N Engl J Med* 2016; 374: 664. - Thompson PD, Clarkson P, Karas RH. *Miopatía asociada a estatinas. JAMA* 2003; 289: 1681

778/74. CUANDO EL MÉDICO ES EL PACIENTE.

Autores:

Bueno Navarrete, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 50 años, médico, que acude a nuestra consulta por dolor abdominal de meses de evolución y diarrea de unas 2 semanas de evolución. Antecedentes personales: Anodinos.

Se muestra tranquilo ya que está convencido de la banalidad de los síntomas los cuales atribuye a la situa-

ción de estrés en los últimos meses en el trabajo y a su grado de implicación emocional con el mismo así con las diversas situaciones personales de sus pacientes. En la última semana se ha acentuado dicho dolor abdominal con aumento de meteorismo tras las comidas y restos de sangre en alguna deposición siendo esto último el motivo de principal preocupación por el que acude a contarnos su situación. Tras hablar con el y realizar una exploración se proponen una serie de pruebas diagnósticas que en principio rechaza.

Exploración y pruebas complementarias

- Analítica de sangre
- SOH
- Rx abdominal
- TC Abdominal

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cáncer de Colon

Diagnóstico diferencial

- Colitis
- Enf Crohn
- Cáncer de colon

Comentario final

Para los médicos es muy difícil enfrentar la enfermedad en la condición de pacientes. Ser pacientes nos coloca en la misma situación de quienes se sientan frente a nosotros y nos cuesta aceptar el cambio de identidad profesional.

Frente a la posibilidad de enfermar, los médicos reaccionan en muchas ocasiones con un sentimiento de invulnerabilidad.

Esa presunción de que la enfermedad solo afecta a los demás, parece estar muy arraigada en la profesión médica. El imaginario de la sociedad también participa del mito al atribuir a los médicos una exención a enfermar.

Bibliografía

- Terra C. *Cuando el médico se transforma en paciente [Internet].* Ñuñoa (Santiago), Chile: Copesa; 2014.
- Bastos, L. O. de A., Andrade, E. N. de, & Andrade, E. de O. (2017). *Relación médico-paciente en oncología: un estudio desde la perspectiva del paciente.* *Revista Bioética*, 25(3), 563-576. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253213>.
- Kraus A. *El médico como paciente*, 2016. Disponible en: <http://www.nexos.com.mx/?p=29990>.

778/75. UNA RARA E INFRECIENTE CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL.

Autores:

Herrera Cámara, A.¹, Sevilla Moreno, I.², Raposo Puglia, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Cirugía. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 47 años. No hábitos tóxicos. Como único antecedente, trombosis de senos venosos cerebrales hace años en el puerperio, no anticoagulada actualmente. Acudió en múltiples ocasiones a urgencias por epigastralgia irradiada a hipocondrio izquierdo, sin otros síntomas acompañantes, refractaria a analgesia pautada.

Exploración y pruebas complementarias

Inicialmente, la analítica fue normal decidiéndose el alta hospitalaria. Sin embargo, en las consultas posteriores destacó leve citólisis y colestasis hepática, con elevaciones de reactantes de fase aguda. Por ello, se realizó una ecografía abdominal sin hallazgos. Durante su estancia en observación, presentó empeoramiento clínico con signos de peritonitis, realizándosele TAC abdominal urgente que informó de trombosis de vena porta y mesentérica superior, así como discreto engrosamiento inespecífico mural de yeyuno con edema de grasa mesentérica y líquido libre. Ante dichos hallazgos, fue valorada por Cirugía, decidiéndose realizar laparoscopia exploradora para descartar complicación del cuadro trombótico, precisando intervención quirúrgica urgente ante el sorprendente hallazgo de isquemia intestinal aguda. Posteriormente se inició anticoagulación que deberá mantener de forma indefinida a pesar de haberle realizado estudio de trombofilia con resultado de normalidad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Isquemia I. delgado por trombosis venosa de vena porta principal, izquierda y vena mesentérica. Resección de yeyuno y anastomosis latero-lateral.

Diagnóstico diferencial

La isquemia intestinal es un cuadro de elevada mortalidad e inicialmente de difícil diagnóstico por síntomas de presentación inespecíficos. De todos los pacientes

que acuden a urgencias sólo un 0.5% tienen esta patología. El diagnóstico diferencial inicial incluiría cualquier causa de dolor abdominal, si bien en su evolución habría que descartar otras causas de abdomen agudo.

Comentario final

La isquemia intestinal se produce por hipoperfusión del intestino secundario a embolia o trombosis arterial/venosa, en este último caso la clínica es aún más larvada. Debemos sospechar origen vascular cuando el dolor sea desproporcionado a la exploración y pruebas complementarias, sea refractario a analgesia y además presente antecedentes personales/familiares de eventos tromboticos y/o riesgo cardiovascular.

Bibliografía

- Kumar S, Sarr MG, Karmath PS. Mesenteric venous thrombosis. *N Engl J. Med* 2001; 345: 1683.- Ookura R, Masuko H, Ishizu H, et al. Inferior mesenteric venous thrombosis that required operations: report of two cases. *Hepatogastroenterology* 2009; 56: 687

778/76. TRANSAMINITIS SECUNDARIA EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE HIPERTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Fàbrega Ramon, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Onze de Setembre. Lérida

Descripción del caso

Paciente de 75 años diagnosticada recientemente de hipertiroidismo subclínico, consulta por episodio de cefalea de varios días de evolución. Refiere control de la clínica con paracetamol puntual, sin presentar ningún signo de alarma asociado ni otra clínica. Durante la anamnesis y la revisión de los parámetros analíticos sanguíneos (AS), se detecta GGT 950 FA 280 GOT 32 GPT 44 TSH 25,7 T4 libre 3,2 AcTPO normales Glucosa 179 HbA1 7,3 Colesterol 252 HDL 81 LDL 143 TG 137 FG >90 .

Antecedentes patológicos: Hipertiroidismo, transaminitis, neuralgia del trigémino, HTA, DM2, dislipemia, esteatosis hepática, discopatía lumbar, riesgo cardiovascular, BCRDH, déficit vitamina D. Hábitos tóxicos: tabaquismo. Fármacos: Diamicron 30mg 0,5 c/24h. Hidroferol 0,266 mg 1/mes. Metformina 850 mg

1/12h. Atorvastatina 20 mg 1/24h. Ramipril 5mg 1/24h. Propranolol 10mg 1/24h. Tirodril 5mg (1-1-1). Alergias: metamizol, carbamazepina.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física dentro de la normalidad. Dadas las alteraciones analíticas se valora ecografía abdominal descartando vía biliar dilatada. Tamaño hepático normal. No se visualizan lesiones ocupantes de espacio (LOEs) intra-hepáticas. Se evidencia esteatosis hepática grado I.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se valoran posibles causas de alteración de las enzimas hepáticas revisando la medicación, coincidiendo en el tiempo el inicio del tratamiento hipotiroideo, con elevación de transaminasas. Se retira Tirodril como posible causante de toxicidad hepática con control analítico a las semanas, presentando mejoría de las enzimas hepáticas.

Diagnóstico diferencial

Transaminitis secundaria a fármacos: estatinas, paracetamol, betabloqueantes, antidiabéticos, metamizol. Esteatosis hepática, hepatitis aguda.

Comentario final

En AS de control: TSH 0,08 Fosfatasa alcalina 113 GOT/AST 21 GPT/ALT 25 GGT 148 TSH s 0,08 T4 libre 11. Se corrobora el diagnóstico y se valora seguimiento conjunto desde Atención Primaria con el soporte de endocrinología, priorizando control de las transaminasas al desajuste de la hormona TSH, en paciente con hipertiroidismo subclínico.

Bibliografía

- Robles F, Sanz F. Hipotiroidismo e hipertiroidismo subclínico en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38 (2): 110-5.
- Muñoz C, Martínez E. Hipo e Hipertiroidismo Tratado de Geriátrica para residentes. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG)

778/77. ¿DOLOR TORÁCICO TÍPICO?

Autores:

Burrahay-Anano Tenorio, M.¹, Ruiz Carrasco, P.², Celis Romero, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de

Salud Belén. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 16 años sin antecedentes personales de interés que acude a servicio de urgencias por dolor interesternal irradiado al centro del tórax que le ha despertado hace una hora. Refiere cortejo vegetativo asociado y sensación de disnea. No síncope. No se modifica con la posición ni los esfuerzos. Cuadro de amigdalitis hace una semana en tratamiento con antibioterapia. No episodios previos de características similares.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientado. Eupneico en reposo. Afebril. Exploración física: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos, resto de exploración normal. Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal a 70lpm. Eje normal. QRS estrecho. Elevación del ST en I, II, V3-V6 con infradesnivelación en AVR y V1. Rx tórax: senos costofrénicos libres, no signos de condensación ni masas, índice cardiotorácico normal. Analítica: Hemograma, coagulación y bioquímica en rango. PCR: 87.4, Troponina I: 22852. Ecocardiografía: Ventrículo izquierdo de aspecto globuloso sin defectos segmentarios de la contractilidad con fracción de eyección limitrofe para su edad. Resto dentro de la normalidad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miopericarditis.

Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo, costocondritis, tromboembolismo pulmonar, reflujo gastro-esofágico, episodio de ansiedad.

Comentario final

La pericarditis es la enfermedad del pericardio más habitual en la práctica clínica. Su incidencia y prevalencia son difíciles de determinar. Es muy importante realizar una buena anamnesis y exploración clínica a los pacientes para realizar un buen diagnóstico diferencial y llegar a un juicio clínico. En este caso, se puede realizar un estudio más avanzado y llegar a un diagnóstico final de enfermedad autoinmune. Este tipo de casos son muy importantes para el médico de familia, porque puede orientar a pacientes que a priori parecen tener una patología banal y sin embargo son consecuencias

de enfermedades que sí requieren un seguimiento y tratamiento crónico.

Bibliografía

- Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. *Eur Heart J* [Internet]. 2015;36(42):2921-64. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/36/42/2921/2293375>

778/78. TOS CRÓNICA.

Autores:

Riera Sendra, A.¹, Signes Ribes, S.², Medina Olivier, K.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Grau. Gandía. Valencia, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Oliva. Oliva. Valencia

Descripción del caso

Varón de 56 años que consulta en numerosas ocasiones durante 3 meses a Atención Primaria por tos irritativa. Sin alergias conocidas. Niega tóxicos. Hipertenso, controlado con Enalapril 5 mg al día desde hace más de un año. Antecedente quirúrgico de amigdalectomía. Tratado con varios fármacos (ambroxol, prednisona, budesonida y levofloxacino) y diagnosticado de bronquitis. Progresión a disfonía, disfagia a líquidos, disnea y tos nocturna asfíctica. Se introduce Omeprazol 20 mg al día por sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y se solicitan varias interconsultas (otorrinolaringología, neumología, digestivo y neurología) para valoración. Mejoría clínica con Omeprazol, por lo que se aumenta la dosis a 40 mg al día y se indican medidas higiénico-dietéticas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientado. Normocoloreado y normohidratado. Eupneico. Constantes vitales estables. Neurológicamente normal. Auscultación cardiopulmonar normal. No adenopatías ni masas. Analítica sanguínea, radiografía de tórax, espirometría y nasofibroscopia normales. Gastroscopia que evidencia hernia hiatal deslizante de 3 cm. Pendiente de poligrafía respiratoria.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

ERGE.

Diagnóstico diferencial

Asma bronquial, síndrome de apnea obstructiva del sueño y goteo postnasal.

Comentario final

La ERGE es una entidad frecuente que causa principalmente acidez y regurgitaciones, pero también tos seca, ronquera, disfonía, dolor de garganta y disfagia. Etiología múltiple, entre ellas hernia hiatal. Diagnóstico clínico, siendo útil prueba-tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) 3 meses. Pueden realizarse endoscopia, manometría esofágica y prueba de pH esofágico. Tratamiento higiénico-dietético (dieta, pérdida de peso, dejar de fumar, elevar la cabecera de la cama, etc.) y farmacológico (IBP, antiácidos y antihistamínicos) que evita complicaciones y aporta buen pronóstico.

Bibliografía

- Kristle Lee Lynch, MD. *Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)* [Internet]. MSD Manuals; 2022. [Citado el 20 de Febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-gastrointestinales/trastornos-esofágicos-y-de-la-deglución/enfermedad-por-reflujo-gastroesofágico-erge>

778/79. "DOCTOR@ SIEMPRE ESTOY LLENA." A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Muñoz Muriel, M.¹, García Martínez, A.², Sánchez Leal, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Especialista en Gastroenterología. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 45 años, sin alergias medicamentosas. Fumadora de medio paquete diario (índice paquete año 15). No bebedora. Antecedentes Personales: Hiperreactividad bronquial y esteatosis hepática. Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía. Tratamiento: bromuro de ipratropio. Acude a su Médico de Familia refiriendo dispepsia de meses de evolución con ingesta reducida de alimentos. Pautamos medidas no farmacológicas, así como tratamiento empírico con domperidona y omeprazol 20 mg sin mejoría tras cuatro meses de tratamiento. Se solicitó estudio analítico completo

(normal). Ante la persistencia de sintomatología, se solicitó una endoscopia digestiva alta (EDA).

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratada y perfundida, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: Buena coloración y temperatura. Blando, depresible con molestias leves en epigastrio. Murphy y Blumberg: negativos. No signos de irritación peritoneal. No masas ni hernias.

Tensión arterial 125/84 mmHg, saturación de oxígeno 99%. ECG: Ritmo sinusal a 75lpm. Analítica: Hemograma, bioquímica general, sistemático de orina, perfil vitamínico, férrico y celíaco: normal. Antígeno de Helicobacter pylori negativo. Test del aliento para detección de sobrecrecimiento intestinal bacteriano negativo. EDA: Hernia de hiato mixta y probable vólvulo gástrico. Criterio de derivación a unidad de Aparato Digestivo. Dicho servicio, solicitó para ampliar estudio un tránsito baritado con hallazgo de hernia de hiato mixta, estando herniados tanto la unión esofagogástrica como parte del estómago (fundus y cuerpo), el cual se encontraba volvulado con vólvulo organoaxial. Por ello, la paciente fue remitida para cirugía siendo intervenida quirúrgicamente y mejorando sintomatología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hernia Hiatal mixta. Vólvulo gástrico organoaxial.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad por reflujo gastroesofágico, Sobrecrecimiento intestinal bacteriano (SIBO).

Comentario final

La Medicina de Familia y Comunitaria, constituye el primer eslabón de entrada al sistema sanitario para nuestros pacientes. Es esencial realizar una escucha activa, empática y comprender la situación de cada paciente. No toda dispepsia es sinónimo de malos hábitos alimentarios, un estudio adecuado con otros especialistas hospitalarios, ayudan a solucionar y paliar la problemática de nuestros pacientes. Es crucial indagar en hábitos tóxicos, alimenticios, conocer su estado emocional y hacerles sentirse comprendidos.

Bibliografía

- Borda A, Estremera F. Actualización: Dispepsia. Clasificación, manejo diagnóstico y terapéutico. *Enfermedades Aparato Digestivo (II)*. Medicina. 2016;12 (02):57-65.

778/80. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL: LOS PASOS PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO EN PACIENTE JOVEN.

Autores:

Tretiakova, O.¹, Herrera Cámara, A.², Vallejo Gómez de Travedo, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 23 años acude por cefalea holocraneal de 7 días de evolución y TA elevada.

No RAMc. Antecedentes personales: Trombopenia inmune primaria ANA+ (seguimiento por Hematología, valores normales en actualidad). No tratamiento habitual.

Antecedentes familiares: HTA (madre a los 54 años, hermana a los 33 años), muerte súbita (padre a los 49 años, todos los tíos paternos antes de los 50 años).

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: TA 160/113 mmHg, FC 83 lpm, resto de exploración física normal.

AMPA: 145-150/90-100 mmHg.

Analítica: general normal, cortisol, aldosterona, TSH normal, función renal normal, sedimento urinario normal, no proteinuria.

Ecografía renal + Doppler: sin alteraciones.

Ecografía cardiaca: hipertrofia septal del ventrículo izquierdo con FEVI conservada.

TC abdominal: normal (no evidencia de neoplasias suprarrenales).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

HTA esencial, HVI septal en paciente con AF de muerte súbita.

Diagnóstico diferencial

HTA secundaria: HTA renovascular, enfermedad renal parenquimatosa, hiperaldosteronismo, hipercortisolismo, feocromocitoma, hipertiroidismo, hipotiroidismo, coartación de aorta, HTA inducida por fármacos.

Comentario final

Según la estadística 90-95% de HTA tiene origen primario. Sin embargo, para llegar a su diagnóstico hay que descartar las causas secundarias. Entre los escenarios clínicos cuando se debe sospechar el origen secundario se encuentran: edad antes de la pubertad, edad < 30 años sin antecedentes personales de HTA, edad > 60 años, resistencia al tratamiento.

En el caso de esta paciente el debut temprano, antecedentes personales de una enfermedad autoinmune y antecedentes familiares de muerte súbita nos podrían sugerir una posible causa secundaria de HTA. No obstante, las alteraciones encontradas durante la búsqueda de la causa secundaria no la justificaron. HVI septal no suele originar HTA, sino ser su consecuencia en pacientes con mal control tensional durante un tiempo prolongado. Por otro lado, HVI septal puede tener origen genético y causar muerte súbita, por lo que debe ser estudiada a nivel genético.

Por último, el tratamiento con IECA a dosis baja fue efectivo, lo que permitió tras finalizar el estudio completo llegar a la conclusión del origen primario de HTA en este caso.

Actualmente, la paciente está en seguimiento por Cardiología, Hematología y Medicina Interna.

Bibliografía

- Santamaría, R. and Gorostidi, M. (2015) *Hipertensión Arterial secundaria: Cuándo y cómo debe investigarse*. Nefrología.
- Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005;365:217-23.

778/81. EL DOLOR ABDOMINAL COMO DATO RELEVANTE.

Autores:

González Jiménez, C.¹, Arroyo Pérez, A.², Rodríguez Carrasco, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 57 años, intolerancia a ácido clavulánico, sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual. Acu-

de urgencias por presentar desde hace 5 días, fiebre hasta 40°C, anorexia, dolor abdominal, cefalea y orina colúrica. No otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 100/66 mmHg. A la exploración abdominal dolor a la palpación en hipocondrio derecho con Murphy dudoso. Resto de la exploración anodina.

Analítica: 19.170 leucocitos/ μ L con 88% de neutrófilos, GGT 140 U/L, ALT 144 U/L, PCR 362.70 mg/L, procalcitonina 21.87 mg/L, resto normal.

TC abdomen: Masa heterogénea de morfología en racimo que ocupa casi todo el lóbulo hepático izquierdo de aproximadamente 78x82x84 mm. Asocia conducto biliar dilatado en cúpula hepática y presencia de líquido libre perigástrico y periesplénico. Hallazgos que junto a los datos clínicos aportados sugieren absceso hepático.

Drenaje percutáneo de Absceso de Hígado, guiado por TC, con extracción de hemocultivos donde crece *Streptococcus intermedius*.

RM hígado: Lesión que sugiere como primera posibilidad absceso en LHI heterogéneo, con áreas sólidas y líquidas, aunque no se puede descartar totalmente neoplasia sobreinfectada. Colección retrogástrica con realce de pared, probablemente también infectada. Trombosis de vena suprahepática izquierda.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tumor hepático abscesificado LHI. Colección retrogástrica. Trombosis de vena suprahepática izquierda.

Diagnóstico diferencial

Colangitis: dolor en hipocondrio derecho, fiebre, orina colúrica y elevación de enzimas hepáticas.

Comentario final

Algunos de los síntomas más comunes del tumor hepático son: pérdida de peso, anorexia, náuseas, dolor abdominal, hinchazón abdominal e ictericia. Otros síntomas pueden incluir fiebre, venas agrandadas en el abdomen que se pueden observar a través de la piel, y sangrado o moretones anormales.

La mejor opción para curar el cáncer de hígado consiste en una resección quirúrgica o un trasplante de hígado.

En nuestra paciente, como tratamiento hospitalario se pautó HBPM cada 24 horas y antibioterapia con meropenem cada 6 horas + metronidazol cada 6 horas +

vancomicina cada 12 horas. Además, se realizó hepatectomía izquierda robótica por tumor hepático.

Bibliografía

- Wessel M, Wyant T, Peña C, et al. ¿Qué es el cáncer de hígado? [Internet]. *Cáncer.org: American Cancer Society*; 1 de abril de 2019 [consultado 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-higado/acerca/que-es-cancer-de-higado.html>

778/82. DOCTOR NO SE ME CURA EL RESFRIADO.

Autores:

Signes Ribes, S.¹, Riera Sendra, A.¹, Medina Olivier, K.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Francesc de Borja de Gandía. Gandía. Valencia

Descripción del caso

Varón de 23 años sin alergias medicamentosas, ni antecedentes médicos o quirúrgicos de interés, fumador de 4-5 cigarrillos al día, sin tratamiento habitual que acude al centro de salud por dolor dorsal no irradiado al toser y a la inspiración profunda de 12h de evolución, tras clínica catarral el último mes con tos y expectoración amarillenta. No fiebre ni disnea, sin cortejo vegetativo.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneico en reposo y hemodinámicamente estable, consciente y orientado normocoloreado y normohidratado, con constantes normales, temperatura 36°C y Saturación O₂ 97%. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar con hipofonía en hemitórax derecho. Resto de exploración sin interés. Ante sospecha de neumotórax espontáneo se remite al paciente al centro hospitalario para ampliar pruebas complementarias. Pruebas analíticas (hemograma, bioquímica y coagulación) con parámetros dentro de la normalidad, radiografía de tórax en espiración forzada se evidencia neumotórax de campo pulmonar derecho sin desviación de la línea media.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumotórax espontáneo.

Diagnóstico diferencial

Neumonía adquirida en la comunidad, neumonía atípica y neumotórax espontáneo.

Comentario final

Tras el diagnóstico se hospitaliza al paciente tras realizar drenaje torácico en urgencias bajo anestesia local. Dando de alta 2 días después con estabilidad hemodinámica y tras comprobar radiológicamente reexpansión pulmonar completa tras retirada de tubo de drenaje sin incidencias. El paciente vuelve a estar a cargo de Medicina de Familia para control evolutivo con tratamiento analgésico e indicaciones de evitar sobreesfuerzos y carga de peso durante una semana, realización de fisioterapia respiratoria y abandono de hábito de tabaco. El neumotórax espontáneo es la presencia de aire en la cavidad pleural sin un origen traumático o iatrogénico que produce un colapso pulmonar. Puede diferenciarse entre: neumotórax espontáneo primario sin enfermedad pulmonar previa, secundario si asocia enfermedad subyacente o catamenial en relación con la endometriosis. Desde atención primaria es imprescindible una buena historia clínica y anamnesis, así como una buena exploración para poder llegar a una sospecha diagnóstica y un buen manejo del cuadro.

Bibliografía

- Gary Lee YC. *Clinical presentation and diagnosis of pneumothorax*. [Internet]. UpToDate; 2023 [Citado en Febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pneumothorax-in-adults-epidemiology-and-etiology?search=neumotorax&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

778/83. NO PUEDO COMER, TENGO GANAS DE VOMITAR.

Autores:

Signes Ribes, S.¹, Medina Olivier, K.¹, Riera Sendra, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Oliva. Oliva. Valencia, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Grau. Gandía. Valencia

Descripción del caso

Mujer de 81 años que consulta por vómitos alimenticios y astenia acompañado de estreñimiento de 3 días de evolución. Afebril. No presenta factores de riesgo cardiovascular, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. No hábitos tóxicos. Antecedentes personales: hernioplastia en 2018, hernia de hiato

en 2022 y suboclusión intestinal en 2023. En tratamiento actual con Omeprazol 40 mg diario y Paracetamol 650 mg. Acudió hace 2 días por mismo motivo a atención primaria con tratamiento con Ondansetrón al alta sin llegar a tomar el fármaco.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril, constantes estables, normocoloreada, regularmente hidratada, eupneica en reposo y sin focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos con correcta ventilación pulmonar sin ruidos patológicos. Abdomen distendido, timpánico, con molestias en fosa iliaca izquierda sin defensa abdominal, Blumberg y puñopercusión bilateral negativos. Tacto rectal sin sangre en guante. Bioquímica: Urea, 141 mmg/dL, Creatinina 1,09 mg/dl, Sodio 131 mmol/L, Cloro 91 mmol/L, PCR 20,28 mg/L, Amilasa 201 U/L, con resto de bioquímica, hemograma y coagulación normal. Gasometría venosa: Lactato 2,1 mmol/L. Sedimento de orina con 2-5 leucocitos por campo. Rx abdomen en bipedestación: niveles hidroaéreos con dilatación de asas. Ante hallazgos se amplía pruebas de imagen con un TC abdomino-pélvico: Hallazgos compatibles con oclusión de intestino delgado de asa cerrada compatible con vólvulo y dilatación de asas hasta 4,5cm.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Oclusión intestinal

Diagnóstico diferencial

Suboclusión u Oclusión intestinal mecánica o funcional.

Comentario final

La oclusión intestinal puede diferenciarse entre funcional o mecánica y según origen se diferenciada en benigna (vólvulo) o maligna (masa tumoral). La clínica varía según tiempo de evolución y la altura de la obstrucción, siendo frecuente el dolor abdominal y el estreñimiento. Resulta de utilidad las pruebas de imagen siendo de elección el TAC abdominal para orientar localización y posible etiología o posible perforación. El tratamiento inicial consta de control sintomático, descompresión gastrointestinal, fluidoterapia, corrección electrolítica y tratamiento específico de cada etiología, mediante cirugía.

Bibliografía

- Bondeianou L, Dante Yeh D. *Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults* [Internet]. UpToDate, 2023. [Citado en Febrero 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults>

uptodate.com/contents/etiologies-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults?search=obstruccion%20intestinal&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2

778/84. DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN INCIERTO.

Autores:

Medina Zuheros, T.¹, Yélamos Lorente, M.¹, Ortega Bautista, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada

Descripción del caso

Paciente de 35 años, nueva en nuestro cupo y procedente del Reino Unido, refería dolor abdominal punzante y distensión abdominal de dos años de evolución que empeoraba tras la ingesta de alimentos sin mejoría al liberar gases ni al ingerir alimentos como leche. Asociaba estreñimiento y pirosis sin presentar fiebre, náuseas, vómitos ni pérdida de peso. La paciente nos comentó que, en alguna ocasión, había visto parásitos en las heces. Desde que llegó había tomado mebeverina sin clara mejoría de los síntomas. Estaba en seguimiento por especialistas de digestivo en su país que le iban a realizar una endoscopia digestiva alta a la que no pudo acudir.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando y depresible, sin signos de peritonismo, doloroso a la palpación en epigastrio, mesogastrio e hipocondrio derecho. Ruidos hidroaéreos normales. En Atención Primaria se realizó analítica con hemograma, bioquímica básica, sistemático de orina, helicobacter pylori en heces, proteína C reactiva, calprotectina y cultivo de heces en búsqueda de parásitos. Los resultados fueron normales, siendo el helicobacter pylori negativo, los valores de proteína c reactiva normales y los niveles de calprotectina ligeramente elevados. El cultivo de las heces fue negativo y el sistemático de orina normal. También se dio cita con profesional del centro de salud que realizaba ecografía abdominal, el cual indicó la ausencia de hallazgos patológicos en la prueba.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ante la persistencia de síntomas y la mala respuesta al tratamiento con fármacos procinéticos

se decidió realizar teleconsulta al servicio de aparato digestivo que citó posteriormente a la paciente para realizarle una endoscopia digestiva alta de la que aún desconocemos los resultados. La paciente continúa en seguimiento por nuestra parte y por el servicio de aparato digestivo. Juicio Clínico: Dispepsia funcional.

Diagnóstico diferencial

Dispepsia orgánica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, coledocolitiasis.

Comentario final

La dispepsia es un motivo de consulta muy común en atención primaria y a la que a veces tendemos a infravalorar. Este caso nos muestra que un síntoma que afecta a la calidad de vida de la paciente a veces requiere de un estudio más extenso. Destacar la importancia y valor de la ecografía como prueba complementaria en atención primaria.

778/85. LUCES Y SOMBRAS EN LA OSCURIDAD: DESAFIANDO LA REALIDAD VISUAL

Autores:

Barrera Martínez, Y.¹, García Medero, S.², Casini Merino, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 72 años, IABVD con antecedentes de cataratas maduras bilaterales. Consulta por la presencia de alucinaciones visuales desde hace aproximadamente 6 meses. El paciente describe ver patrones geométricos y figuras humanas en su campo visual, especialmente cuando está en ambientes con poca iluminación. No presenta otros síntomas neurológicos ni trastornos cognitivos.

Exploración y pruebas complementarias

Examen Oftalmológico: Confirmación de cataratas maduras bilaterales. Ausencia de otras patologías oculares significativas.

Exploración Neurológica: Sin hallazgos anormales. Funciones cognitivas normales.

Resonancia Magnética Cerebral: No revela anomalías estructurales ni lesiones que expliquen las alucinaciones visuales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

El paciente presenta alucinaciones visuales que son compatibles con el síndrome de Charles Bonnet. Las cataratas en ambos ojos contribuye a la pérdida de la función visual y, por ende, a la aparición de alucinaciones visuales.

Diagnóstico diferencial

Migraña con Aura: Las migrañas pueden causar síntomas visuales, pero la resonancia magnética descartó lesiones cerebrales que podrían explicar estas manifestaciones. Además, el paciente no presenta historial de migrañas.

Patología psiquiátrica: Aunque el síndrome de Charles Bonnet implica alucinaciones visuales, la conciencia del paciente sobre la irrealidad de las mismas excluye un trastorno psicótico.

Trastorno Neurodegenerativo en Etapa Temprana: A pesar de la resonancia magnética normal, se considera la posibilidad de un trastorno neurodegenerativo en etapa temprana. Sin embargo, la ausencia de otros síntomas neurológicos significativos hace que este diagnóstico sea menos probable.

Efectos secundarios de medicamentos

Trastornos del sueño

Comentario final

El síndrome de Charles Bonnet es una afección que puede manifestarse en distintos contextos de pérdida de visión. En este caso, las cataratas maduras contribuyen a la aparición de alucinaciones visuales. El abordaje terapéutico se centrará en la gestión de la pérdida de visión y la educación y el apoyo emocional serán esenciales en el manejo de este síndrome. El reconocimiento de este síndrome, realizando un diagnóstico preciso es crucial para evitar tratamientos innecesarios.

Bibliografía

- Oliver Bretón P, Cuartielles Berenguer A, López Perales B, Martínez Melero M. Manejo del síndrome de Charles Bonnet en atención primaria. A propósito de un caso. *Rev Sanit Investig ISSN-e 2660-7085, Vol 2, No 12 (Diciembre), 2021*

778/87. ¿SOLO UNA NEUMONÍA?

Autores:

Gándara González, E.¹, Garralón Gómez, I.¹, Díaz Ortega, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 16 años con antecedentes de talasemia menor. Acude a consulta refiriendo cuadro de una semana de evolución de tos con expectoración verdosa y fiebre de hasta 39°C, asociados a astenia moderada. En semanas previas había estado de vacaciones familiares en Marruecos.

Exploración y pruebas complementarias

Palidez mucocutánea. Roncus dispersos a la auscultación pulmonar. Se indica analítica completa además de Rx tórax de manera preferente en centro de salud y revisión en los siguientes días. El día de la extracción recibimos una alerta de pánico de laboratorio por cifras de hemoglobina en 6.3 g/dL con VCM de 70 fL. Al revisar Rx visualizamos área de consolidación en lóbulos inferior y superior izquierdos. Decidimos contactar con el paciente y derivarlo al Servicio de Urgencias Hospitalarias del área.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se realiza nuevo análisis en el que destaca LDH en 611 U/L, bilirrubina indirecta en 1 mg/dL. Neutrofilia de $19.37 \times 10^9 /L$. Haptoglobina de 223 UI/L

Frotis con anisocitosis y marcada hipocromía de hemáties, sin esquistocitos; y un Coombs directo IgM positivo, C3b positivo. Tras inicio de antibioterapia se ingresa a paciente en Neumología con el diagnóstico de neumonía bilobar y anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos fríos (AHA), confirmándose posteriormente mediante serología la presencia de IgM positiva para *Mycoplasma pneumoniae*. Buena evolución posterior con resolución completa del cuadro.

Diagnóstico diferencial

Hemólisis por anticuerpos calientes.

Comentario final

La AHA secundaria a neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* es una entidad poco común, causada por acti-

vación de aglutininas frías (IgM) contra el antígeno I de superficie eritrocitaria, produciendo dicha inmunoglobulina hemólisis además de activación de complemento, asociando así fagocitosis eritrocitaria

Se debe sospechar ante una neumonía con positividad para aglutininas frías, confirmándose el diagnóstico mediante serología y test de Coombs. Las manifestaciones clínicas son las propias de neumonía y anemia hemolítica y la gravedad dependerá de la extensión de esta.

Bibliografía

- Arango M, Arenas M, Martínez O. Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* complicada por anemia hemolítica por aglutininas frías. *Acta Med Colomb* 2013; 38:91-94
- Rodríguez G. Anemia hemolítica autoinmune por crioaglutininas secundaria a una infección por *Mycoplasma pneumoniae* en un paciente con drepanocitosis. *Acta Pediatr Esp*. 2019; 77(7-8): e148-e150

778/88. DOCTORA, ¿MI HIJA ESTÁ DEPRESIVA?

Autores:

Jiménez Pérez, N.¹, Algorri Ferrero, S.², Rivera Fresneda, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 28 años, antecedentes personales de alergia a codeína y amitriptilina, fumadora 5 cigarros/día y fibromialgia. Consulta a Médico de Atención Primaria (MAP) porque desde hace un mes presenta importante apatía, y hace 48 horas comienza además con debilidad en MMII que dificulta bipedestación, bradipsiquia, mutismo y pérdida de control de esfínteres. Varias consultas a urgencias, con orientación diagnóstica de síndrome depresivo ya que la paciente manifestó ansiedad en tratamiento con valeriana, y su madre también sospechaba clínica depresiva e incluso de abuso de benzodiazepinas. Derivada a Urgencias Hospitalarias, donde tras diagnóstico de LOE cerebral ingresa en planta neurocirugía. Intervenida realizándose craneotomía frontotemporal y exéresis de la lesión. Evolución postquirúrgica favorable, recupera deambulación, siendo alta a domicilio con seguimiento en consultas.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración por aparatos normal. Sin focalidad neurológica pero tendente al sueño, bradipsiquia y actitud poco colaboradora, conversación escasa. No se explora marcha porque paciente insiste que no tolera bipedestación. ECG normal.

Analítica sanguínea sin alteraciones.

TC cráneo estudio compatible con LOE hemisférica derecha condicionando significativo efecto masa.

Body TC sin signos de afectación neoplásica sólida macroscópica toracoabdominopélvica y RM craneal que concluye como primera opción diagnóstica la lesión glial de alto grado.

RM craneal postquirúrgica objetiva resección parcial de lesión neoplásica con focos de rotura de BHE en el margen medial del lecho quirúrgico sugestivos de restos tumorales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Glioma de alto grado fronto-temporal derecho

Diagnóstico diferencial

LOE, Trastorno depresivo.

Comentario final

Con este caso queremos resaltar la correcta decisión del MAP a pesar de que la clínica y la exploración que presentaba la paciente no era excesivamente llamativa. Sin embargo, detalles como la pérdida de control de esfínteres y la actitud de negativa constante de la paciente fueron el detonante para derivar a la paciente al SUH, lo que permitió un estudio más completo que a su vez derivó en una continuidad asistencial sin demora y efectiva.

Bibliografía

- Roux A, Zanella M, Simboli G.A, Varlet P, Tauziède-Espariat A, Beccaria K et al. Clinico-Radio-Histo-Molecular and Neurocognitive Characteristics of Diffuse Gliomas in Adolescent and Young Adults: A Comprehensive Review. *Oncology*. 2023;101(4):240-251.

778/89. MUJER DE 89 AÑOS CON CAÍDAS FRECUENTES.

Autores:

Gándara González, E.¹, Díaz Ortega, E.², Garralón Gómez, I.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 89 años con antecedentes de HTA y enfermedad de Parkinson tipo vascular. Acude a consulta por dolor en zona de rodilla tras caída en días previos. Tras indagar en motivos de la caída, la paciente refiere caídas frecuentes en los últimos meses, precedidos de pérdida brusca de consciencia con recuperación completa tras los mismos.

Exploración y pruebas complementarias

Erosión superficial anterior en rodilla derecha. Exploración neurológica con miosis de pupila derecha sin otros hallazgos.

Dada la clínica de la paciente y los hallazgos a la exploración se decide realizar analítica sanguínea completa y solicitar TC craneal.

En analítica no se aprecian alteraciones significativas.

Tras la realización de TC craneal se evidencian: signos de atrofia cortico-subcortical con leve dilatación de sistema ventricular. Dolicoectasia vertebrobasilar. No se identifican signos de sangrado o trombosis en territorios vasculares.

Ante los hallazgos se decide derivar a la paciente a Neurología de manera preferente.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tras valorar a la paciente por parte de Neurología se confirma mediante RNM y angioTC la existencia de dolicoectasia vertebrobasilar. Se determina que sería causa de la clínica de la paciente, por producción de fenómenos de robo de flujo, asociando además un Síndrome de Horner parcial por compresión asociada. Dada la edad y comorbilidades se decide tratamiento conservador.

Diagnóstico diferencial

Accidente cerebrovascular, malformación vascular cerebral.

Comentario final

La dolicoectasia vertebrobasilar se define como una anomalía anatómica de prevalencia rara, consistente en la elongación y dilatación de la arteria vertebrobasilar.

La presentación clínica va a depender tanto de la generación de compresión de estructuras del tallo cerebral (neuralgia del trigémino, Síndrome de Horner, hidrocefalia por oclusión de tercer/cuarto ventrículo) como de la presencia de un flujo anterógrado en la zona. Constituye además un factor de riesgo para presentar accidente cerebrovascular, bien por el estasis venoso de la zona como por disección vascular.

El tratamiento es controvertido, requiriendo individualización y control de factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

- Zanetti MR, Romero S, Tandon L, González A. Síndrome de Horner por dolicoectasia vertebrobasilar. Arch Soc Canar Oftal. 2013; 24: 73-77
- Lou M, Caplan LR. Vertebrobasilar dilatative arteriopathy (dolichoectasia). Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2010 [citado el 26 de febrero de 2024];1184(1):121-33.

778/90. ¿SEÑALES SILENCIOSAS? IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UNA MUJER EMBARAZADA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS.

Autores:

Zuazo Aycart, M.¹, Argüello Suárez, C.², Eraso Arribas, C.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Gestante de 32 años, acude acompañada por la policía a las urgencias de un centro de salud por sangrado vaginal y elevado grado de ansiedad, en contexto de agresión sexual por parte de su pareja. Tras ser atendida, la policía procede a la detención de su agresor y ofrece asesoramiento dirigido a la atención de víctimas de violencia de género. Se le proporcionan todas las alternativas de las que dispone, tras lo cual la paciente decide ponerse en contacto con el Instituto Andaluz de la Mujer. Una vez allí, fue remitida al servicio de Atención Especial a la Mujer de la zona correspondiente, quienes derivan nuevamente al trabajador social del centro de salud de la paciente. En la primera entrevista

con el mismo, se detecta situación de VG en mujer embarazada y se activa protocolo de ayuda. A raíz de entonces se ha ido haciendo un seguimiento estrecho de la paciente en el centro de salud por las/os distintas/os profesionales.

Exploración y pruebas complementarias

Se le realiza exploración física evidenciando hematomas en extremidades, sangrado vaginal y lesiones por mordedura humana, tras lo cual realizan parte de lesiones al juzgado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Violencia de género en mujer embarazada.

Diagnóstico diferencial

No procede otro diagnóstico.

Comentario final

Esta paciente es un claro ejemplo de superación y es un caso muy particular del que se extraen muchas conclusiones muy enriquecedoras. Por un lado, hay mucho que mejorar en la detección de la violencia de género y en la formación del personal sanitario a la hora de atender a estas mujeres. Por otro lado, es un caso que ha evolucionado muy bien gracias a la colaboración interprofesional que ha habido con la paciente.

Bibliografía

- *Guía de actuación ante la violencia de género durante el embarazo* Ma Casilda Velasco Juez África Caño Aguilar. Stella Martín de las Heras: s/f. 2. Autoría IR, Pérez coordinación, editores. *Protocolo de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género* /. Consejería de Salud y Familias, s/f.

778/92. MAS ALLÁ DE LOS VÓMITOS.

Autores:

Rodríguez Palácios, M.¹, Domínguez Villatoro, M.², Fabián Quirós, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casariche. Casariche. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 66 años solicita AVD por vómitos de tres días de evolución.

A nuestra llegada, el paciente se encuentra tirado en el suelo, cubierto por restos de vómitos. El paciente refiere vómitos oscuros de varios días, acompañado de diarrea sanguinolenta y pérdida de peso de semanas. Afebril.

Antecedentes personales: No RAM, FRCV: HTA, fumador y bebedor activo, síndrome ansioso-depresivo.

Vive solo. No sale de casa. Viudo desde hace dos años, desde ahí refiere "no levanta cabeza y se ha dejado". Tiene un hermano que vive en el mismo pueblo, pero tiene una hemiparesia y no puede ayudarle en casa.

Exploración y pruebas complementarias

TA 70/40 mmHg, FC 100 lpm. Sat 95% sin aporte de oxigenoterapia. Regular estado general, consciente, orientado, caquético, palidez cutánea. ACP: tonos rítmicos sin soplos, MVC sin ruidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no peritonismo. Tacto rectal con restos de coágulos.

Pruebas complementarias: dada la clínica del paciente y dificultad para controlar sintomatología decidimos trasladar a Urgencias al paciente, donde queda ingresado para estudio. La semana anterior, su MAP había solicitado control analítico con MT y SOH y derivación a Digestivo mediante proceso colorrectal.

Evolución: Ingresa en Medicina Interna para estudio. En TAC abdominal se confirma carcinoma de recto con metástasis. Nos ponemos en contacto con trabajadora social para gestionar ayuda en domicilio.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma colorrectal. Problemática social.

Diagnóstico diferencial

HDA. Cáncer colorrectal.

Comentario final

Con este caso queremos poner de manifiesto la importancia de conocer al paciente y su entorno, así como el valor de realizar una anamnesis y exploración física detallada para reconocer signos de alarma de forma precoz, ya que el cáncer colorrectal se trata del tumor más frecuentemente diagnosticado en nuestro país y supone la segunda causa de muerte por cáncer.

Bibliografía

- *Guía clínica de Cáncer de colon. Fisterra.com. Enero 2020. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cancer-colon/>*

778/93. LA TOS NO SE ME VA.

Autores:

Medina Olivier, K.¹, Riera Sendra, A.¹, Signes Ribes, S.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Francesc de Borja de Gandia. Gandia. Valencia

Descripción del caso

Mujer de 57 años, Alérgica a Penicilina, Exfumadora desde hace 12 años, sin otros antecedentes médicos o quirúrgicos, que consulta repetidamente durante 6 meses a Atención Primaria por tos productiva con expectoración verdosa, diagnosticada como Bronquitis aguda, recibiendo durante ese tiempo múltiples terapias con Salmeterol, Acetilcisteína, Deflazacort.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneica, hidratada, afebril (36oC), Glasgow 15 puntos, saturación O2 97%. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar con hipoventilación en base derecha, y sibilantes espiratorios bibasales. Resto sin interés. En vista de persistir con síntomas pese a tratamiento, desde Atención Primaria solicitan Rx. Tórax: resultado normal, Analítica Sanguínea sin resultados resaltables, y Espirometría: FVC: 3,25 117%, FEV1: 2,14 91,6%, IT: 0,65 compatible con patrón obstructivo. Realizan interconsulta a Neumología, donde posterior a valoración añaden broncodilatadores, y TAC de Tórax que concluye: Bronquiectasias basales en LMD y en los dos lóbulos inferiores.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Bronquiectasias basales

Diagnóstico diferencial

EPOC, Asma, Fibrosis Quística, Tuberculosis Pulmonar, Carcinoma

Bronquioloalveolar, Metástasis Pulmonares.

Comentario final

La Bronquiectasia comparte características clínicas con el EPOC, que incluye inflamación, colapso y obs-

trucción del flujo de aire. El diagnóstico se establece clínicamente con los síntomas de tos crónica con esputo mucopurulento, menos específicas, disnea, hemoptisis y sibilancias. Desde AP se deben seguir las exacerbaciones con toma de cultivos, los patógenos más frecuentemente aislados son *P. aeruginosa*, *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *S. aureus* y *Moraxella*. El adecuado manejo, la Fisioterapia, soporte nutricional y vacunación disminuyen el riesgo de agudizaciones.

Bibliografía

- *Martínez-García MÁ, Máiz L, Oliveira C, et al. Normativa sobre la valoración y el diagnóstico de las bronquiectasias en el adulto. [Internet] Arch Bronconeumol. 2018 Feb;54(2):79-87. Disponible en [Pubmed]*

778/94. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA.

Autores:

Algorri Ferrero, S.¹, Rivera Fresneda, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 50 años que acude por dolor en fosa iliaca izquierda, no irradiado localizado a punta de dedo de 12 horas de evolución. No acompañado de náuseas, vómitos ni cambios en hábito intestinal. Está pendiente de una hemorroidectomía. Niega sangrado actualmente. No presenta clínica urinaria. Sin fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

A la llegada presenta buen estado general, aunque afectado por el dolor. EVA 8/10. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Hemodinámicamente estable. Afebril. La auscultación cardiopulmonar es normal. El abdomen es depresible, con dolor localizado casi a punta de dedo en fosa iliaca izquierda y defensa en dicha zona. La puñopercusión bilateral es negativa. En el tacto rectal se palpan hemorroides internas no complicadas. Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia, serie roja y plaquetas normales. Bioquímica con función renal e iones normales y una PCR elevada (76). El sistemático de orina muestra nitritos negativos y microhematuria. Se solicita TAC abdominal con contraste cuyo resultado indica: Pandiverticulosis. En la zona de transición entre colon descendente se visualiza una afectación mural continua (14cm de extensión)

y concéntrica. Está asociada a cambios desintométricos inflamatorios de su respectivo mesocolon, a una lengüeta de líquido libre sobre la gotera parietocólica izquierda y al signo del “peine vascular”. Hallazgos compatibles con diverticulitis aguda no complicada (WSES-Grado0).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Diverticulitis aguda no complicada.

Diagnóstico diferencial

Por localización e intensidad del dolor, el diagnóstico diferencial sería con: enfermedad diverticular, hernia inguinal complicada, cálculo renal, infección urinaria o hemorroide trombosada (por antecedentes).

Comentario final

La clínica, la exploración y las pruebas complementarias hacían sospechar que tuviera una diverticulitis, aunque se confirmó con el TAC. La clasificación de WSES divide la diverticulitis en no complicada (afecta solo al colon) y complicada (se extiende a peritoneo). En el caso del paciente, se limitaba al colon. Al ser no complicada, se pudo realizar manejo ambulatorio con antibioterapia y dieta blanda, aunque se facilitó una cita para valoración temprana por cirugía.

Bibliografía

- Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan Fet al. . 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg* 2020;15:32.

778/95. LA IMPORTANCIA DE UNA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA COMPLETA.

Autores:

Algorri Ferrero, S.¹, Rivera Fresneda, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 77 años que acude por vómitos de 24 horas de evolución, que han mejorado tras metoclopramida y debilidad en miembros inferiores. No diarrea. No fiebre. Como antecedentes de interés únicamente destaca hipertensión arterial (HTA) e hiperplasia benigna

de próstata (HBP), ambas sin tratamiento por decisión del paciente. Es totalmente independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Exploración y pruebas complementarias

Acude en camilla. Presenta buen estado general, consciente y colaborador. Bien hidratado y perfundido. TA 170/90. La auscultación cardiopulmonar es anodina y la exploración abdominal también lo es. Neurológicamente se encuentra orientado en las tres esferas con un lenguaje conservado y coherente. Sin nistagmo. Pares craneales sin alteraciones. Fuerza y sensibilidad conservada. No se explora la marcha al encontrarse en camilla. La analítica sanguínea es anodina con unos iones dentro de rango y una proteína C reactiva de 11.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Gastroenteritis aguda.

Diagnóstico diferencial

Ante un cuadro de vómitos, el diagnóstico diferencial sería: Gastroenteritis aguda, apendicitis, pancreatitis, invaginación intestinal, vértigo periférico o central o lesión sistema nervioso central.

Comentario final

Se reevalúa al paciente tras los resultados para darle el alta. Antes de ello, se le pasa a una silla de ruedas y se observa la imposibilidad de mantenerse en pie. Por tanto, se explora de nuevo observándose además de lo anterior, una disimetría derecha. Se activa el código ictus. En el TAC se observa: isquemia aguda establecida en el territorio de la arteria cerebelosa superior y en el AngioTAC: estenosis corta de arteria cerebral posterior izquierda. Al tratarse de un ictus establecido, no es subsidiario de tratamiento reperfusor. Este caso demuestra la importancia de una exploración completa porque lo único que tenía afectado el paciente era la marcha y la disimetría que no se exploró en un primer momento, siendo el resto todo normal. En este caso, el manejo no habría cambiado al ser un ictus establecido y al haber consultado tantas horas después, pero podría serlo en otros pacientes con clínica similar.

Bibliografía

- Yeo SS, Nam SM, Cho IH. Injury of the Vestibulocerebellar Tract and Signs of Ataxia in Patients with Cerebellar Stroke. *J Clin Med*. 2023 Oct 31;12(21).

778/96. LAS HUELLAS DE LA ANSIEDAD: LA UNIÓN DE MENTE Y DERMATOLOGÍA.

Autores:

de Ochoa Morán, M.¹, Aguilera Ortiz, C.², Pantoja de la Rosa, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada

Descripción del caso

Mujer de 35 años en seguimiento en la consulta por trastorno ansioso depresivo de 4 meses de evolución reactivo a conflicto laboral en tratamiento con sertralina 100mg cada 24 horas y clonazepam 1mg cada 12 horas. Presenta antecedentes personales de urticaria colinérgica. No hay antecedentes familiares de interés. En la última revisión refiere mejoría clínica de los síntomas ansiosos, pero comenta que desde hace 3 meses ha observado la aparición progresiva de lesiones pruriginosas en tórax y piernas. Se inicia tratamiento con calcipotriol 50mcg/betametasona 500mcg en formato espuma con aplicación sobre las lesiones cada 12 horas y se da cita de revisión en 2 semanas. En la revisión se observa una gran mejoría de las lesiones y se continúa con el mismo tratamiento hasta remisión.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones eritematodescamativas bien delimitadas de distinto diámetro pruriginosas en tórax alrededor de zona axilar, y en región anterior y posterior de ambos muslos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Psoriasis en placas.

Diagnóstico diferencial

Psoriasis, Liquen plano, Dermatitis numular, Dermatitis atópica.

Comentario final

La psoriasis es un proceso inflamatorio crónico, siendo la psoriasis en placas la manifestación más frecuente. La prevalencia oscila entre el 0,5-11,4% y la edad de aparición suele ser entre los 30-39 y los 50-69 años. Su etiología es multicausal basada en la predisposición genética, factores psicológicos y ambientales. En su fisiopatología destaca el

papel del sistema inmunológico en el que intervienen linfocitos T, células dendríticas y citoquinas (interleucina [IL] 23, IL-17 y factor de necrosis tumoral [TNF]). Varios estudios asumen que el estrés o la depresión puede alterar el sistema inmunológico, aumentando la producción de citoquinas proinflamatorias, y observando una mayor prevalencia de patologías dermatológicas en estos pacientes. Entre sus antecedentes destaca la urticaria colinérgica, siendo esta una manifestación dermatológica relacionada con eventos emocionales de alta intensidad, además del ejercicio físico y el calor. Por tanto, existe la posibilidad de asociación de altos niveles de ansiedad como factor desencadenante o exacerbante de la psoriasis.

Bibliografía

- Steven R Feldman. *Psoriasis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis*. En: *UpToDate* [Internet]. 2024. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=psoriasis%20Psychological%20distress&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H28372191
- González-Parra S, Daudén E. *Psoriasis y depresión: el papel de la inflamación*. *Actas Dermosifilogr*. 2019;110(1):12-9.

778/97. UN DOLOR DE PIE.

Autores:

Villalba García, Á.¹, García González, J.², Dionisio Flores, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arahal. Arahal. Sevilla, (2) Dispositivos Cuidados Paliativos y urgencias. AGS Sevilla Sur., (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

RAM metamizol, buprenorfina y pregabalina. Artritis reumatoide, gonartrosis izquierda IV, TEP de alto riesgo con TVP bilateral como desencadenante (2021), entre otros. IABVD. Limitada en cuanto a movilidad. A destacar tratamiento con prednisona 5 mg/12h, metotrexate 25 mg semanal, calcifediol 266 mcg/7días, ácido fólico 5 mg/7 días.

Mujer de 70 años que solicita asistencia médica en domicilio por eritema e intenso dolor en pierna dere-

cha con dificultad para la deambulaci3n por dolor, de dos d3as de evoluci3n. Cuando es valorada por sus hijas evidencian lesiones cut3neas en dicha zona motivo por el cu3l consultan.

Exploraci3n y pruebas complementarias

Ves3culas en dorso y planta de pie derecho compatible con Herpes Z3ster. Eritema en cara anterior de pierna sin datos de trombosis. Pulso pedio y popl3teo presente.

Orientaci3n diagn3stica / Juicio Cl3nico

Herpes Z3ster en pie derecho.

Diagn3stico diferencial

Imp3tigo, patolog3a3sea, trombosis venosa superficial, insuficiencia venosa...

Comentario final

Se paut3 Valaciclovir 1 gr/8h 7 d3as y analgesia. La paciente presenta mejor3a progresiva del episodio. Al mes aproximadamente presenta nuevo episodio de Herpes Z3ster en dicha localizaci3n paut3ndose desde Atenci3n Primaria tratamiento. Dada la capacidad de reproducci3n en dicha zona y necesidad de intervenci3n quir3rgica para gonartrosis se comenta caso con preventiva para vacunaci3n de herpes z3ster.

Desde noviembre de 2023, se ampl3a el grupo de riesgo para vacunaci3n de Herpes Z3ster en personas mayores de 18 a3os o m3s, que hayan presentado dos episodios previos al menos de herpes z3ster o que est3n con inmunosupresores o inmunomoduladores (entre ellos el Metotrexate). La vacunaci3n actual son dos dosis, administrada en un per3odo3ptimo entre dosis de dos meses. Si el antecedente es de dos episodios o m3s, la primera dosis debe administrarse al menos 6 meses despu3s del3ltimo episodio. En pacientes con inmunosupresi3n se recomienda iniciar la pauta tras la recuperaci3n del episodio.

Bibliograf3a

- *Sanz Pozo B, Quintana G3mez JL, Mart3n Gonz3lez I. Manejo del episodio agudo de herpes zoster y la neuralgia postherp3tica. MEDIFAM. 2002; 12 (3): 175-183.*
- *Marquina Garc3a A, Rotaru A, Talavera Utrera M, et al. Metotrexate favorece a Herpes Zoster. Semergen. 2018; 44 (Espec Congr 17): 929.*

778/98. HIPERTIROIDISMO Y PRURITO.

Autores:

Delgado Bayona, L.¹, Delgado Bayona, P.², Zuazo Aycart, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er a3o de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. M3laga, (2) Residente de 4º a3o de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud 3beda. 3beda. Ja3n

Descripci3n del caso

Mujer de 50 a3os que consulta por prurito generalizado de meses de evoluci3n que persiste durante todo el d3a. Se acompa3a de congesti3n nasal, estornudos y prurito ocular.

La paciente refiere episodios previos similares desde hace a3os.

Como antecedentes personales la paciente presenta esclerosis m3ltiple en seguimiento por neurolog3a, hipertensi3n arterial, obesidad grado II, trastorno depresivo, ros3cea granulomatosa, microlitiasis biliar, esteatosis hep3tica y hepatopat3a cr3nica posiblemente farmacol3gica en estudio por digestivo.

La paciente ha estado con bilastina, beclometasona en soluci3n t3pica e hidroxizina sin clara mejor3a sintom3tica.

El prurito no se intensifica en horario nocturno y la paciente niega contacto con sarna.

Exploraci3n y pruebas complementarias

En consulta la paciente presenta buen estado general. Se observa hiperemia cut3nea sin evidencia de lesiones d3rmicas.

La paciente niega p3rdida de peso, taquicardia o aumento del apetito.

A la exploraci3n no se palpa bocio, adenopat3as cervicales o supraclaviculares. No se observa oftalmopat3a.

A nivel pulmonar y cardiaco exploraci3n anodina.

Se le solicita desde consulta de Atenci3n Primaria una an3lítica sangu3nea con perfil tiroideo y neuromoal3rgenos. Se realiza tambi3n una interconsulta con el servicio de Endocrinolog3a.

Los resultados de la an3lítica sangu3nea son los siguientes: tirotr3pina 0,012 UI/ml, tiroxina 2,35 ng/dL, triyodotironina 12,15 pg/mL, ac anti peroxidasa tiroidea 435,3 UI/mL, ac anti receptor de TSH 5,09 UI/L, neuromoal3rgenos negativo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tras resultados de pruebas complementarias se realiza valoración por parte del servicio de endocrinología con diagnóstico de Hipertiroidismo primario por Graves Basedow.

Diagnóstico diferencial

Se realizó diagnóstico diferencial con hepatopatía crónica que por parte de digestivo se descartó que fuese de causa autoinmune.

Por tanto nos quedaba descartar patología hormonal como hipertiroidismo, hipotiroidismo. Otras posibles causas podría ser policitemia vera, déficit de hierro, insuficiencia renal o linfoma de Hodgkin.

Comentario final

Frente a un paciente con prurito lo más importante es descartar autoinmunidad hepática, tiroidea y linfoma de Hodgkin.

Bibliografía

- B Fazio S, Yosipovitch G. Prurito: etiología y evaluación del paciente. *Up to date [Internet]. 2024 [consultado el 26 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pruritus-etiology-and-patient-evaluation?search=hipertiroidismo%20y%20prurito&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2*
- Doubleday, A. R., & Sippel, R. S. (2020). *Hyperthyroidism. Gland Surgery*, 9(1), 124–135 [Internet] 2024 [consultado el 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.21037/gs.2019.11.01>

778/99. LA ECOGRAFÍA, UN NUEVO COMODÍN.

Autores:

Estrada Ayala, P¹, Algorri Ferrero, S.², Dionisio Flores, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Mujer 28 años con Antecedentes Personales de cólico nefrítico hace 3 años y Migraña en tratamiento

con Topiramato como preventivo, que acudió a la consulta de Atención Primaria (AP) por dolor abdominal localizado en Fosa Renal Derecha de 3 días de evolución de aparición progresiva. Irradiaba a Fosa iliaca (FI) ipsilateral. No hematuria ni fiebre. No síndrome miccional. Habito intestinal conservado sin restos patológicos. Afebril

Exploración y pruebas complementarias

Afectado estado general por el dolor, consciente y colaboradora, orientada. Eupneica en reposo. Estable hemodinámicamente, TA 150/90mmHg FC 90lpm, Sat 98% a/a

Exploración abdominal, abdomen depresible, dolor abdominal a la palpación en FI Derecha. No Blumberg ni Murphy. No masas ni megalias. Puñopercusión positiva.

Tira orina: hematíes +

Ecografía clínica: Imagen hiperecogénica con sombra acústica, redondeada, bien delimitada de unos 0.6 cm en tercio distal del uréter, compatible con litiasis. No imágenes compatibles con ureterohidronefrosis. (Aportaría vídeo e imágenes reales)

Control del dolor con Dexketoprofeno IV. Para domicilio AINEs y Tamsulosina oral 0,4 mg/díadurante un mes. Por último, consensuamos cambio de tratamiento preventivo para la migraña (amitriptilina).

A la semana el cuadro se resolvió.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cólico Nefrítico no complicado

Diagnóstico diferencial

Apendicitis, Gastroenteritis Aguda, Enfermedad Inflamatoria intestinal

Comentario final

El abordaje diagnóstico de un dolor abdominal en AP es fundamentalmente clínico, compuesto por una anamnesis completa (incluida aquella medicación que pueda estar en relación con el cuadro, como el topiramato en nuestro caso), exploración física y, si es un proceso no urgente, lo acompañaremos de una analítica a informar en un plazo de una semana aproximadamente. Sin embargo, hay situaciones que nos pueden generar dudas en la toma de decisiones, sobre todo en procesos agudos. En el ambiente extrahospitalario debemos saber aprovechar cualquier herramienta exploratoria que pueda aportarnos conclusiones más exactas y certeras, teniendo en cuenta la falta de pruebas complementarias de las que disponemos. La ecografía es una de ellas.

Eficiente, no irradia, rápida y no invasiva, características perfectamente compatibles con nuestra forma de trabajar y entender la medicina. De esta manera seremos capaces de orientarnos mejor, beneficiando al paciente y reduciendo la carga hospitalaria.

Bibliografía

- *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. ABC de la ecografía abdominal. Teoría y práctica 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2011*

778/101. DOCTORA, TENGO GASES.

Autores:

Rodríguez Gutiérrez, M.¹, Larnia Aliaga, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada

Descripción del caso

Mujer de 41 años, acude varias veces a Urgencias en las últimas tres semanas por abdominalgia. Diagnostican primero gases y estreñimiento, que tratan con antiespasmódicos y analgesia de primer nivel. En una segunda consulta, diagnostican infección del tracto urinario y pautan Fosfomicina/Trometadol y analgesia de segundo escalón por refractariedad. En ese tiempo, nos consulta su madre (la paciente trabaja) por empeoramiento, y se indica necesidad de valoración presencial para completar anamnesis y exploración.

Acude a nuestra consulta de urgencias porque ya no controla el dolor. Ampliando anamnesis: Mujer de 41 años, sin antecedentes personales de interés, que presenta desde hace aproximadamente un mes dolor abdominal en hipogastrio, tipo cólico, que se irradia hacia la espalda. No ha tenido fiebre. Presenta alternancia del hábito intestinal entre diarrea y estreñimiento. Refiere náuseas postprandiales sin vómitos. No pérdida ponderal, sino ganancia en este último mes. Fecha de última regla (FUR): hace 26 días, con sangrado anormal que solo duró dos días. Niega posibilidad de embarazo (Método anticonceptivo: pareja vasectomizada)

Exploración y pruebas complementarias

ABDOMEN: blando y depresible. Doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca derecha con Blumberg positivo. Ruidos hidroaéreos presentes, sim timpanismo.

ANALÍTICA SANGUÍNEA: anodina

bHCG seriadas: en descenso

Sangre oculta en heces, Helicobacter Pylori, Calprotectina fecal: Negativas Test de gestación: positivo.

Ecografía transvaginal: formación heterogénea hiperecogénica de 60x44mm adyacente a ovario izquierdo, que no mostró cambios significativos en 48h.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se deriva a urgencias ginecológicas por sospecha de gestación ectópica.

Diagnóstico diferencial

Gestación ectópica Aborto

Tumor ovárico

Comentario final

Se debe sospechar patología gineco-obstétrica y solicitar test de gestación en mujeres en edad fértil con abdominalgia y/o metrorragia no habitual.

Destacar la importancia de unas correctas anamnesis y exploración física, así como la longitudinalidad para un mejor manejo de los pacientes.

Bibliografía

- Liang HH, Vargas JS, Sánchez AGH, Mora JV. Embarazo Ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. *Rev Clín Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2019 [citado el 2 de abril de 2024];9(1):28-36. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/36490>*

778/102. ADENOPATÍA INGUINAL SOSPECHOSA.

Autores:

Robledo Casal, C.¹, Gallego Iglesias, M.², Salguero Quijantes, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barca. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz

Descripción del caso

Paciente 16 años que acude a consulta refiriendo adenopatía inguinal izquierda presente desde hacía 5 meses pero que ha aumentado de tamaño en el último mes, no dolorosa.

Exploración y pruebas complementarias

Adenopatía inguinal izquierda de tamaño moderado, móvil, consistencia pétreo y bordes bien definidos. Resto exploración normal.

Serología de virus sugestivos síndrome mononucleósido e ITS negativas. No otros hallazgos de interés.

Se solicita ecografía clínica en nuestro centro, se objetivan unas 6 adenopatías, la mayor de ellas de 5cm redondeada, heterogénea sin hilio y con vascularización periférica.

Ante estos hallazgos, se realiza teleconsulta con medicina interna que valora en una semana y solicita ecografía reglada y PAAF que se realiza la semana siguiente. En este momento, pendiente de resultados de AP.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Adenopatía inguinal izquierda sugestiva patológica

Diagnóstico diferencial

Síndrome mieloproliferativos, ITS, tumoración maligna

Comentario final

Cabe resaltar la importancia de la realización herramientas clínicas que aceleren tiempos en cuanto a diagnósticos de gravedad como resulta en este tanto la ecografía clínica que describe datos de alarma, así como la posibilidad de realizar interconsultas con especialistas hospitalarios que pueden adelantar pruebas complementarias diagnósticas.

Bibliografía

- Thomas, E. et al. (2002) Linfadenopatía en un Paciente Joven, Medicina de Familia. SEMERGEN. Available at: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-linfadenopatia-un-paciente-joven-13025459> (Accessed: 04 March 2024).

778/103. DEBUT DE NEOPLASIA DE PULMÓN CON COMPRESIÓN MEDULAR.

Autores:

Amador Soto, P.¹, Falcón Méndez, Á.², Mellado Fernández, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz, (3)

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz

Descripción del caso

Nos llega un paciente a consulta paciente de 68 años, refiriendo dolor lumbar de 3 meses de evolución, presentando en las últimas 24h incontinencia de esfínter urinario, hipoestesia y paraparesia de extremidades inferiores.

Dos semanas antes, había acudido por urgencias, y el profesional que lo valoró, le había administrado tratamiento intramuscular con mejoría parcial.

Como antecedentes, gran fumador activo y síndrome constitucional (pérdida de 10 kg de peso,astenia e hipo-rexia). Tos habitual matutina,desde hace más de 10 años.

Debido a la clínica que presentaba,derivamos de forma urgente a hospital con sospecha de compresión medular por posible neoplasia oculta.

En RMN lumbar urgente realizada se confirma la sospecha y tras inicio de tratamiento con dexametasona,mejora la paresia: MII 4/5 manteniendo fuerza en MID 2/5.

Se contactó con Oncología radioterapia de HUPM, que aceptó el traslado y se comenzó con sesiones paliativas de radioterapia,mejorando la clínica.

Se contactó con Neurocirugía y se desestimó actitud quirúrgica.

Se intentó tratamiento quimioterápico ,que no toleró. Finalmente,falleció a los 2 meses por infección respiratoria.

Exploración y pruebas complementarias

- ANALÍTICA: PCR 88 Discreta leucocitosis
- RMN LUMBAR: Se solicitó RNM urgente de columna lumbar por sospecha de compresión medular, confirmándose masa tumoral sugerente de metástasis de 78 mm en L3-L4 con oclusión de orificio de conjunción derecho y estenosis severa canal raquídeo.Como hallazgo casual, se objetivó probable masa pulmonar izquierda con adenopatías mediastínicas.
- TAC TÓRAX-ADBOMEN: Masa en LSI sugestiva de neoplasia pulmonar T4N3M1 con metastasis oseas y hepaticas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

NEOPLASIA PULMONAR ESTADIO IV CON COMPRESIÓN MEDULAR LUMBAR

Diagnóstico diferencial

DISCOPATÍA LUMBAR

ABSCESO EPIDURAL

HEMATOMA EPIDURAL

Comentario final

Caso clínico de relevante importancia, debido a que debemos estar alerta ante uno de los síntomas más frecuentes que nos acuden día a día en atención primaria: el dolor lumbar; debiendo hacer una adecuada anamnesis detallada para poder averiguar posibles banderas rojas como en este caso son la relajación de esfínteres y la hipoestesia, que nos sugieren una patología grave.

Bibliografía

- Sands JM, Daly ME, Lee EQ. Neurologic complications of lung cancer. *Cancer*. 2020 Oct 15;126(20):4455-4465. doi: 10.1002/cncr.32772. Epub 2020 Jul 30. PMID: 33460079.
- Pruitt AA. Neoplastic Myelopathies. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2021 Feb 1;27(1):121-142. doi: 10.1212/CON.0000000000000964. PMID: 33522739.

778/104. EL BELLO DURMIENTE.

Autores:

Tuyani Solimán, I.¹, Pardo Oller, R.², Tuyani Solimán, N.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud I - Centro. Ceuta, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud I - Centro. Ceuta, (3) Especialista en Anestesiología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 44 años con antecedentes de trastorno depresivo con síntomas psicóticos paroxísticos, insomnio severo desde hace más de 20 años tomador de crónico de zolpidem 10mg (entre 10-20 comprimidos diarios) que ha desarrollado gran tolerancia. Acude a revisión para valorar respuesta a daridorexant 25mg. El paciente siempre ha referido que con 10-20 comprimidos de zolpidem 10mg apenas conseguía dormir 2-3h con una calidad pésima. Durante el interrogatorio reconoce que se acuesta a las 00:00h tomándose el daridorexant 25mg a las 23:50h, tardando en conciliar el sueño aproximadamente 1h (01:00h). Durante la noche tiene 1 ó 2 despertares en los que vuelve a coger el sueño rápida-

mente tras orinar (unos 5 minutos) despertándose a las 08:00h aproximadamente. Cuando se le pregunta por la calidad del sueño insiste en que hace años que no experimenta un sueño con esa calidad. Al paciente se le insta a realizar ajustes tal como beber menos agua antes de dormir y tomar el daridorexant antes (por ejemplo a las 23:00h) con la intención de mejorar el sueño, explicándole que siempre está opción de subir la dosis.

Exploración y pruebas complementarias

Durante la entrevista el paciente se muestra más contento con más expectativas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Insomnio crónico severo

Diagnóstico diferencial

- Trastorno depresivo mayor.
- Distimia.
- Insomnio primario.
- Insomnio secundario.

Comentario final

El daridorexant es un fármaco que actúa como antagonista dual de los receptores de la orexina 1 y 2, dichos neuropéptidos estimulan la vigilia. A día de hoy es el único aprobado de su clase en Europa y se comercializa desde septiembre 2023 (en EEUU hay otros aprobados como lemborexant y suvorexant). Sus principales indicaciones son el insomnio (preferiblemente primario) de 3 meses de evolución que no responde a otros tratamientos (teniendo en cuenta que la práctica totalidad del arsenal terapéutico que disponemos se basan en efectos secundarios que aprovechamos). El daridorexant se postula como una alternativa factible a las benzodiazepinas. No causa tolerancia ni dependencia si bien su precio puede resultar demasiado elevado (100€ por 30 comprimidos, no financiado).

Bibliografía

- Neubauer DN, Benca R, Elmore JG, Eichler AF. Pharmacotherapy for insomnia in adults. En: *UpToDate [Internet]*. Waltham, MA: UpToDate Inc.

778/105. DOCTOR, ¿POR QUÉ ME HAN SALIDO TANTAS ESTRÍAS?

Autores:

Anguita Mata, J.¹, Pegalajar Moral, B.², García Sánchez, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén

Descripción del caso

Presentamos el caso de una mujer de 42 años que acude a nuestra consulta del centro de salud refiriendo una ganancia ponderal de 18kg en los últimos 9 meses sin relación con aumento de ingesta, disminución de ejercicio físico o tratamiento reciente con corticoides. Ella destaca que ha aumentado especialmente el perímetro abdominal y la aparición de lesiones dérmica en forma de estrías en ambos flancos de aspecto rojo vinoso.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente presenta un abdomen globuloso, timpánico, no doloroso. No se palpan masas ni megalias y los signos de Murphy y Blumberg son negativos. Se solicita una radiografía abdominal en la que no se aprecia dilatación de asas ni signos de obstrucción abdominal. Se decide ampliar el estudio con una petición de cortisol en orina de 24 horas sospechando un posible Síndrome de Cushing. En ella obtenemos un resultado de cortisoluria elevada (280 pg) ante lo que se decide derivar a Endocrinología que acaba confirmando el diagnóstico sospechado. Se amplía estudio con tomografía computarizada de suprarrenales en la que se identifica hiperplasia suprarrenal macronodular bilateral. En suprarrenal izquierda aparece una imagen compatible con adenoma y en la derecha una imagen de características atípicas. Mientras tanto, la paciente continua ganando peso junto a un aumento de vello facial, caída de cabello, seborrea, aparición de nuevas estrías abdominales e inicio de miopatía proximal. Inicia tratamiento con ketoconazol 200mg/12 horas para control de sintomatología y se incluye a la paciente en lista de espera quirúrgica para adrenalectomía derecha.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Cushing ACTH independiente.

Diagnóstico diferencial

Síndrome de pseudo-Cushing

Comentario final

El Síndrome de Cushing sin relación con ingesta de corticoides es un cuadro que, aunque no sea excesivamente pre-

valente en nuestra práctica diaria, presenta rasgos muy característicos que es fundamental saber reconocer como el aumento de peso injustificado y las estrías abdominales rojo vinosas. Así, podemos orientar el estudio evitando pruebas complementarias costosas e invasivas además de reducir la incertidumbre sufrida por el paciente.

Bibliografía

Kasper D, Fauci A, Stephen H, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison: Principios de Medicina Interna [Internet]. 20 ed. Madrid: McGraw Hill; 2018 [citado 26 de febrero de 2024].

778/108. DOCTOR, LE PROMETO QUE ANTES MI PIEL ERA NORMAL.

Autores:

García Maldonado, S.¹, Cejudo Casas, M.², García González, S.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Aguadulce. Roquetas de Mar. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María del Águila. El Ejido. Almería

Descripción del caso

Varón de 46 años. Como único antecedente de interés presenta hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina. Acude a consulta por aparición de lesiones cutáneas. Unas 2 semanas atrás había consultado por odinofagia, tratado con paracetamol. Por persistencia clínica, había consultado nuevamente hacía unos 10 días, realizándose test rápido de detección de antígenos estreptocócico con resultado positivo, agregando al tratamiento Amoxicilina 1g cada 8 horas durante 10 días. Tras 3 días tomando el antibiótico habían comenzado a aparecer las lesiones, inicialmente en región facial y tórax, extendiéndose posteriormente al resto del cuerpo, sin afectación palmo-plantar, pruriginosas, eritematosas y con descamación. Consultaba preocupado porque nunca había padecido ningún problema de piel anteriormente. Negaba otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

TA 128/95 mmHg, FC 70 lpm, Sat O2 99% basal, temperatura 36,5°C, FR 15 rpm. A nivel cutáneo, lesiones maculo-papulosas eritemato-descamativas, la mayoría pequeñas y redondeadas (ver fotografías).

Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración abdominal anodina. Bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tras valoración, se sospecha como primera posibilidad diagnóstica psoriasis en gotas posiblemente desencadenada por la infección estreptocócica previa. Se pauta tratamiento con espuma cutánea de calcipotriol/betametasona cada 24 horas y se hace interconsulta con Dermatología. Tras valorar presencialmente al paciente, coinciden en el diagnóstico, indicando mejoría de lesiones tras el tratamiento en comparación con imágenes previas.

Diagnóstico diferencial

Vasculitis, toxicodermia, escarlatina, exantema viral, psoriasis en gotas, pitiriasis rosada, tiña, sífilis.

Comentario final

La psoriasis abarca un amplio espectro de variantes como psoriasis en placas, en gotas, inversa, eritrodérmica, pustulosa o ungueal. La psoriasis guttata o en gotas se caracteriza por aparición de numerosas pápulas y placas eritematosas y escamosas pequeñas de predominio en tronco y extremidades. Su etiopatogenia no está clara pero se ha asociado con factores genéticos como el HLA-Cw6 así como factores ambientales como infección estreptocócica previa. Una adecuada anamnesis y exploración física suelen ser suficientes para su diagnóstico. Aunque las lesiones pueden remitir espontáneamente, suelen utilizarse en su tratamiento agentes tópicos con corticosteroides y análogos de la vitamina D o fototerapia.

Bibliografía

- Stephanie Mehrlis, MD. Guttate psoriasis. UpToDate [Internet] 2024 [consultado February 2024].
- Fitzpatrick J, Hhitney A. Urgencias Dermatológicas. Edición 1. Elsevier España; 2018.

778/109. SÍNDROME DEL CASCANUECES, UNA ANOMALÍA VASCULAR INFRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores:

Rivera Fresneda, C.¹, Jiménez Pérez, N.², Estrada Ayala, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (2)

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 34 años sin antecedentes personales de interés que consulta por dolor intermitente en zona umbilical izquierda-flanco izquierdo de 8 meses de evolución, que empeora en periodo postprandial y con el ejercicio, limitándole incluso para caminar. Con frecuencia el dolor se irradia a nivel hipogástrico. Niega cambios en el hábito deposicional o productos patológicos en heces. Sin embargo, coincidiendo con el inicio de las molestias abdominales la paciente consulta en repetidas ocasiones por disuria que se trata empíricamente con antibióticos por sospecha de infección del tracto urinario, sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Las analíticas de sangre junto con los sistemáticos de orina y urocultivos se encontraron dentro de la normalidad en todo momento. Sin embargo, se realiza un TAC abdominal en el que se objetivan varicosidades pélvicas adyacentes al ovario izquierdo y parauterinas, así como una disminución del ángulo aorto-mesentérico.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Los hallazgos en el TAC abdominal dado el contexto clínico son sugestivos de Síndrome del Cascanueces.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluiría principalmente la infección del tracto urinario, cólicos nefríticos y patología ginecológica como la Enfermedad Inflamatoria Pélvica o masas anexiales.

Comentario final

El síndrome del Cascanueces se trata de una anomalía vascular infrecuente. La mayoría de los casos se conocen en Extremo Oriente y suele presentarse en mujeres en la tercera y cuarta décadas de vida. Esta patología requiere un alto índice de sospecha y una anamnesis concienzuda, ya que suele precisar técnicas angiográficas para el diagnóstico definitivo. Por ello, probablemente esté infradiagnosticada. La presentación típica, a parte del dolor abdominal y la disuria incluye hematuria, proteinuria y síntomas ginecológicos (dismenorrea, dispareunia, varices vulvares...), que en nuestro caso no están presentes, dificultando aún más el diagnóstico. El tratamiento

puede ser conservador, intervencionista o quirúrgico. En esta paciente se optó por la embolización del lecho varicoso con coils, con lo que mejoró considerablemente la clínica inicial.

Bibliografía

- Hermida Pérez JA. Síndrome de cascanueces. *Medicina General y de Familia*. 2016 Jan;5(1):21-4.
- Velásquez-Jones L, Medeiros M, Patiño-Ortega M, Guerrero-Kanan R, Valadez-Reyes MT, Valverde-Rosas S, et al. Síndrome de cascanueces: causa de hematuria y proteinuria masiva no glomerular. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2014 Sep;71(5):298-302.

778/110. LA IMPORTANCIA DE LA ENTREVISTA CLÍNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Cejudo Casas, M.¹, García Maldonado, S.², García González, S.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Aguadulce. Roquetas de Mar. Almería, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María del Águila. El Ejido. Almería

Descripción del caso

Varón de 69 años, sin alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos, no cirugías previas. Factores de riesgo cardiovascular: HTA, Dislipemia, DM-II. Además, seguimiento en cardiología por Fibrilación Auricular (FA) permanente. Tratamiento: Apixabán, Atorvastatina, Bisoprolol, Metformina/Dapagliflozina. Acude a urgencias de atención primaria por cuadro presincope sin pérdida de conocimiento hace 5 horas y aumento de la disnea de moderados esfuerzos en los últimos 2 días. Afebril. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

TA 115/95 mmHg, FC 130 lpm, SatO₂ 99%, T 36.7°C. Buen estado general, Glasgow 15/15, eupneico en reposo. Exploración neurológica, sin focalidad. Auscultación cardiopulmonar arrítmica rápidos, sin soplos, con murmullo vesicular conservado y sin ruidos patológicos. Abdomen no doloroso, sin peritonismo. Extremidades inferiores sin edemas. ECG: FA con ritmo ventricular a 170 lpm.

Al rehistoriar al paciente, haciendo hincapié en días previos; refiere no haber dormido esa noche por nicturia (16 episodios) además 24 horas, refiere tiritona no termometrada. Se realiza combur test: Proteínas ++++; y ecografía clínica con hallazgo de edema de pared vesical.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se deriva al paciente a Urgencias Hospitalarias, realizan analítica; Bioquímica: Creatinina 2,52 mg/dL (Previa 1,31), Urea 89 mg/dL, Sodio 129 mEq/L, PCR 20,55 mg/dL, ProBNP 10064 pg/mL. Hemograma: Leucocitos 19.300/μL (Neutrófilos 89%). Coagulación con INR 2,22 y ratio TTPA 1,41(32%). Gasometría venosa: pH 7.39 Bicarbonato 19.2 mmol/L, Ac. Láctico 2.9 mmol/L.

Se inicia tratamiento antibiótico (ceftriaxona), progresivamente comienza con desaturación precisando oxigenoterapia VMK50%, hipotensión mantenida (90/60), a pesar de cargas de fluidos, FA a 160 lpm, Tº 39°C. Diuresis en botella por imposibilidad de sondaje; finalmente, se consigue con salida de orina piúrica. Finalmente, ingresa en UCI por shock séptico urológico.

Diagnóstico diferencial

Cistitis; pielonefritis; Absceso renal; bacteriemia

Comentario final

La sepsis es una patología tiempo dependiente; el shock séptico es una forma grave de sepsis que se asocia a una mortalidad >40%, resulta fundamental realizar una entrevista clínica completa para identificarla en el menor tiempo y así evitar sus graves consecuencias.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica*. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2023
- de Groot B, Jessen MK, Nickel CH. The new 2021 Surviving Sepsis Guidelines: an emergency department perspective may be more effective. *Eur J Emerg Med*. 2022;29(1):5-6. doi:10.1097/MEJ.0000000000000898

778/112. HIDATIDOSIS EN ADOLESCENTE RURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

García González, S.¹, Cejudo Casas, M.², García Maldonado, S.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María del Águila. El Ejido. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Aguadulce. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Paciente de 15 años de origen magrebí que acude a consulta de Medicina Tropical por presentar clínica dolor abdominal localizado en flanco derecho, con náuseas y vómitos acompañantes y sensación opresiva en dicha región. A la exploración se objetiva importante hepatomegalia dolorosa a la palpación.

Rehistoriando a paciente junto a su familia, relata esta clínica de varios meses de evolución que ha ido aumentando de manera progresiva. Como dato de interés, convive con varios perros y su vivienda colinda con un terreno donde suelen pastorear ovejas

Exploración y pruebas complementarias

Realizando una ecografía abdominal como prueba de imagen de despistaje y principal en el diagnóstico de dicha entidad, se obtuvo una imagen anecogénica múltiple, tabicada y bien delimitada que ocupaba gran parte del territorio hepático. Posteriormente se amplió el estudio con un TAC abdominal que descartó otras lesiones.

Mediante técnica serológica ELISA se constató la positividad de los antígenos Ag5 y AgB de E. Granulosus, principal agente causal, que confirmó a la clínica que presentaba el paciente el diagnóstico de Hidatidosis

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hidatidosis/Quiste hidatídico

Diagnóstico diferencial

- Hemangiomas
- Quistes simples
- Abscesos
- Hepatocarcinoma
- Tuberculosis

Comentario final

La hidatidosis/quiste hidatídico es una zoonosis con una prevalencia no despreciable en nuestro entorno, cuya incidencia ha disminuido, pero sigue estando presente, cuya clínica y manifestaciones radiológicas varían según el estadio evolutivo, donde las pruebas de imagen y serologías comprenden las herramientas

diagnósticas principales y el tratamiento irá enfocado a la erradicación de la viabilidad de los quistes mediante pautas farmacológicas apoyadas en tratamientos quirúrgicos en caso de necesidad.

Recordar también que es una EDO ordinaria y debe comunicarse en caso de aparición de brote a Preventiva y es importante el seguimiento durante años para vigilar posibles recidivas.

Bibliografía

- UPTODATEEpidemiology and control of echinococcosis. Author: Pedro L Moro, MD, MPH 2023
- UPTODATEEchinococcosis_ Clinical manifestations and diagnosis. Author: Pedro L Moro, MD, MPH 2023
- UPTODATE Echinococcosis_ Treatment. Author: Pedro L Moro, MD, MPH 2023
- Unveiling the incidences and trends of the neglected zoonosis cystic echinococcosis in Europe: a systematic review from the MEmE project. Lancet 2023
- Mansons Tropical Infectious Diseases 23rd Edition

778/114. PILOMATRIXOMA, UN TUMOR CUTÁNEO POCO FRECUENTE.

Autores:

De Hita Molina-Bailén, L.¹, García Sánchez, F.², Quero Martín, Á.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga

Descripción del caso

Varón de 65 años, sin alergias conocidas, con antecedente personal de HTA. Acude al programa de Cirugía Menor por tumoración dolorosa en brazo derecho de 6 meses de evolución. Según informe de su médico de familia, tumoración sospechosa de quiste epidérmico. Tras reevaluación por nuestra parte, se observa tumoración de 2 cm, de aspecto duro, bien delimitada, móvil y no adherida a planos profundos en brazo derecho. Dermatoscopia anodina.

Exploración y pruebas complementarias

Se entrega consentimiento informado que entiende, acepta y firma. Se procede a exéresis de tumoración.

Para ello, se administra anestesia local con mepivacaína, se prepara campo estéril y se realiza incisión central con bisturí convencional. Tras disección, se palpa tumoración dura espiculada que se desprende ligeramente con las pinzas de Adson. Una vez extraída la pieza quirúrgica, se observa quiste de aspecto calcificado que presenta dudas diagnósticas. El cierre de la piel se hace con sutura de seda 3/0. Se envía muestra a análisis por anatomía patológica en espera de resultados.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pilomatrixoma

Diagnóstico diferencial

Quiste epidermoide y dermoide, adenopatía, granuloma a cuerpo extraño, xantogranuloma, tumores aneúxiales y subcutáneos

Comentario final

El pilomatrixoma es un tumor benigno que se origina en el folículo piloso. Es la segunda neoplasia cutánea benigna más frecuente en la infancia y la juventud después del quiste epidérmico. Epidemiológicamente se ha descrito con mayor frecuencia en el sexo femenino, y se localiza preferentemente en la cabeza y el cuello, seguido del tronco y de las extremidades. La presentación clínica más frecuente es como una lesión subcutánea, de consistencia firme y superficie lobulada, desplazable, recubierta de piel de color normal, a veces eritematosa o azulada. Se han descrito casos de pilomatrixomas múltiples, aunque lo más frecuente es se trate como tumor único. Se ha postulado la posibilidad de malignización pero la evidencia científica sigue siendo escasa para asegurarlo.

Bibliografía

- Hernández-Núñez A., Nájera Botello L., Romero Matéa A. et al. Estudio retrospectivo de pilomatrixomas: 261 tumores en 239 pacientes. *Actas Dermosifilogr.* 2014;105(7):699-705.
- Simón Monterde L, Martínez Ramos D. Pilomatrixoma. Importancia de un tumor cutáneo benigno en medicina estética. *Medicina Estética.* 2020;64(3):34-37.

778/116. ¡CUIDADO, LOS DOLORES TORÁCICOS EN PACIENTES JÓVENES TAMBIÉN SON IMPORTANTES!

Autores:

Arroyo Pérez, A.¹, Rodríguez Carrasco, J.¹, González Jiménez, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 15 años que acude al servicio de urgencias por dolor centrotorácico que se irradia hacia el brazo derecho, de predominio nocturno que incluso despierta por la noche. El dolor es opresivo, intermitente y de varias horas de evolución que cede espontáneamente, y apareció hace 3 días. Refiere cuadro catarral hace 2 semanas. No relaciona con traumatismo ni con esfuerzo. Además comenta aumento de estrés por exámenes. No empeora con esfuerzos, no se modifica al inclinarse hacia delante. Como antecedentes personales solo destaca hipotiroidismo bien controlado. Se realiza electrocardiograma (ECG) y analítica que orientan hacia una miopericarditis aguda grave por lo que pasa a cargo de UCI.

Exploración y pruebas complementarias

Inspección general: buen estado general, consciente y orientado, buena coloración de piel y mucosas, eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Test COVID-19: positivo. ECG: ritmo sinusal a 100 latidos por minuto, eje normal, leve elevación ST en cara inferior. Analítica: hemograma: hemoglobina 15,3 g/dl, hematocrito 42,7 % leucocitos $8210 \times 10^3/\mu\text{L}$, Plaquetas $222000 \times 10^3/\mu\text{L}$; bioquímica: glucosa 87 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, sodio 128 Eq/L, potasio 3,9 mEq/L, lactato deshidrogenasa 435 U/L, creatina quinasa 638 U/L, creatina quinasa MB 48,14 ng/mL, troponinas 1.8251,7 ng/L.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miopericarditis en contexto de infección vírica.

Diagnóstico diferencial

Ansiedad, síndrome coronario, dolor osteomuscular.

Comentario final

La miopericarditis de este paciente se resolvió en unos días sin dejar secuelas, ha sido revisado por cardiología posteriormente con ecocardiograma y resonancia cardíaca normal. En pacientes jóvenes con cuadros catarrales previos hay que tener en mente esta patología pues es muy frecuente. No debemos olvidar pedir troponinas pues puede no tratarse de una simple pericarditis.

Bibliografía

- Cahuapaza-Gutierrez, N. L., & Campos-Escalante, T. S. (2023). Miocarditis por SARS-CoV-2. Una breve revisión. *REC: CardioClinics*, 58(2), 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.01.003>
- León-Jiménez, J., Gamaza-Chulián, S., Recuerda-Núñez, M., Camacho-Freire, S. J., Gutiérrez-Barrios, A., Oneto-Otero, J., & Vargas Machuca-Caballero, J. C. (2014). Miopericarditis en nuestro medio: aspectos clínicos y evolutivos en una serie de casos. *CardiCore*, 49(2), 67–70. <https://doi.org/10.1016/j.carcor.2013.10.001>

778/117. “CADA AÑO AUMENTO LA TALLA DE LOS ANILLOS”.

Autores:

Rodríguez Casanova, Á.¹, Marquez Rivero, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva

Descripción del caso

Mujer de 56 años con antecedentes personales de dislipemia que acude al Centro de Salud refiriendo haber acudido a consulta de Maxilofacial por alteración de la mordida, donde objetivan una asimetría facial. En consulta, la paciente además refiere que desde hace años nota un ensanchamiento de los dedos (provocando un aumento de talla de anillo), y un aumento de talla de pies agravado en cada embarazo.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta facies toscas, manos y pies ensanchados. Nariz y mandíbula gruesa. Peso 71 kg, talla 162 cm, Tensión Arterial 163/90 mmHg. Desde Atención Primaria se solicita analítica completa con Somatotropina con el objetivo de descartar acromegalia. En la analítica se observa Somatotropina de 12,10 ng/ml. Ante este resultado solicitamos una RM de cráneo. Además se realiza derivación programada a Endocrinología. En la RM se observa lesión focal indicativa de adenoma hipofisario con extensión paralela izquierda grado 2 de Knosp. En vista de los resultados analíticos y radiológicos se realiza cita preferente a Endocrinología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Acromegalia.

Diagnóstico diferencial

Maloclusión dental. Síndrome de túnel del carpo.

Comentario final

En consulta de Endocrinología constatan como juicio clínico Acromegalia por tumor hipofisario y dada la gran probabilidad de acromegalia no realizan Sobrecarga Oral de Glucosa. Se solicita analítica con IGF-1 y se comienza el tratamiento con Somatulina. Además derivan a Hospital de referencia para inclusión en Comité de tumores. Actualmente la paciente está en espera de intervención, refiere mejoría de los síntomas clínicos con el tratamiento, reducción del tamaño de las manos y disminución del tamaño de maxilares. Además, en analítica de control se observa normalización de IGF-1. Con este caso clínico observamos como desde Atención Primaria con los medios que contamos es posible aproximarnos al diagnóstico definitivo previo a la derivación con lo que conseguimos disminuir los tiempos de demora en el diagnóstico.

Bibliografía

- Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison: Principios de Medicina Interna. 20 ed. Madrid: McGraw Hill; 2018.

778/118. HEMATURIA TRAS LA VACUNACIÓN COVID. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Cejudo Casas, M.¹, García Rodríguez, J.², Fernández Carrero, I.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería

Descripción del caso

Varón de 28 años, sin alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos ni cirugías previas, no tratamiento farmacológico crónico. Oriundo de Marruecos, viviendo en España desde hace 10 años. No baños en charcas ni balsas. Situación familiar: Vive con su esposa, sin animales, agua y luz en domicilio. Profesión: trabajador en invernadero. Acude a consulta de atención primaria por presentar hematuria macroscópica sin presencia de coágulos ni clínica miccional acompañante. Ritmo miccional preservado. Afebril. El paciente refiere que presentó cuadro

catarral y sensación distérmica no termometrada hace 5 días. Refiere episodios similares tras dosis de vacuna de Covid.

Exploración y pruebas complementarias

TA 130/80 mmHg, FC 70 lpm, SatO₂ 99%, T 36.4°C. Buen estado general, normohidratado, normoperfundido. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos, sin auscultación de soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando y depresible, no doloroso. PPRR negativo. Extremidades inferiores No edemas

Se realiza combur test: Proteínas +++++, Hematíes +++++. Se solicita analítica; Bioquímica: Creatinina (Cr) 1.2 mg/dL, Urea 35 mg/dL, Sodio 140 mEq/L, PCR 0.04 mg/dL, Factor Reumatoide 1.3 UI/mL. PSA 2,19. Schistosoma Haematobium y urocultivo Negativo. Rx Abdomen: No se observan litiasis.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tras revisar historia, se objetiva 3 episodios hematuria con aumento de Cr, coincidiendo con infección por V. Influenza A más los antecedentes de postvacunación de Covid; la orientación diagnóstica es glomerulonefritis por Ig A. Se deriva a Nefrología; realizándose biopsia renal observándose depósito y proliferación mesangial

Diagnóstico diferencial

Enfermedades sistémicas, litiasis renal, tumores

Comentario final

La nefropatía por Ig A es la glomerulonefritis más frecuente a nivel mundial, se puede presentar a cualquier edad, pero existe un pico en la segunda y tercera década de la vida. Afecta más a varones. Es importante pensar en esta patología ante un paciente que presenta hematuria macroscópica recidivante en brotes, coincidente con episodios de faringitis o similares, sin periodo de latencia

Bibliografía

- Beck LH Jr, Ayoub I, Caster D, et al. KDOQI US Commentary on the 2021 KDIGO Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. *Am J Kidney Dis.* 2023;82(2):121-175. doi:10.1053/j.ajkd.2023.02.003
- Stamellou E, Seikrit C, Tang SCW, et al. IgA nephropathy. *Nat Rev Dis Primers.* 2023;9(1):67. Published 2023 Nov 30. doi:10.1038/s41572-023-00476-9

778/119. LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EN LA FIEBRE.

Autores:

Bosquet López, R.¹, López Hernández, C.², Vergel Martín, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Mojácar Playa. Mojácar. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Vera. Almería, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuevas del Almanzora. Cuevas del Almanzora. Almería

Descripción del caso

Paciente varón de veinticinco años, acude a consulta de atención primaria por presentar fiebre elevadas de difícil control con antipiréticos de dos días de evolución, acompañada de intensa cefalea retroocular, mialgias, poliartalgias y diarrea acuosa sin productos patológicos. Sin antecedentes de interés y cómo dato de interés regreso de un viaje a Cuba hace una semana. Tras la exploración y ante la sospecha de enfermedad tropical se interconsulta con epidemiología para solicitud de serología. Se pauta tratamiento con antipiréticos y se explican complicaciones y signos de alarma por los que debe acudir. A los días ante persistencia de fiebre elevada y aparición de epistaxis limitada volvió a consultar, tras nueva exploración y no observarse signos de alarma se remitió a domicilio. A partir de séptimo día la fiebre empieza a remitir manteniendo una evolución favorable.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial: 110/60 mmHg. Temperatura corporal: 38,5°C.

Saturación de oxígeno: 98%. Frecuencia cardiaca: 100 lpm.

ACP: Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos.

ORL: Orofaringe hiperémica, no exudado amigdalár, adenopatías laterocervicales. Otoscopia normal.

Piel y mucosas: sin alteraciones.

Abdomen: sin alteraciones.

Analítica sanguínea: leucocitos 3.900/mmc, neutrófilos 39,4%, linfocitos 47,2%, monocitos 11%, plaquetas 107.000/mmc, resto de hemograma sin alteraciones, perfil hepático sin alteraciones.

Inmunodiagnóstico infeccioso (virus): virus de Dengue Ac (IgG) positivo débil, virus del Dengue Ac (IgM) positivo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Infección por virus Dengue.

Diagnóstico diferencial

SARS COV2, Chikungunya, Mononucleosis infecciosa, Influenza.

Comentario final

Nuestro paciente presentó buena evolución y no mostrando complicaciones de fiebre hemorrágica de dengue. En primera consulta si no llegamos a indagar en viajes previos del paciente no hubiésemos pensado en este patógeno como posible diagnóstico en nuestro paciente, al tener en cuenta que en Europa el Dengue continúa siendo, en general, una enfermedad importada, y por ello nos debe servir para pensar en esta posibilidad en aquellos viajeros febriles a su regreso. Por lo tanto, volver a remarcar la importancia de una correcta y completa anamnesis.

Bibliografía

World Health Organization. Global Strategy for dengue prevention and control 2012-2020.

778/122. ÉRASE UN FAMOSO BICHO QUE COMÍA PLAQUETAS.

Autores:

Eraso Arribas, C.¹, Barrera Martínez, Y.², Delgado Bayona, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 56 años que acude a consulta para una analítica rutinaria, casi asintomática, sólo refiere sensación de pirosis o malestar abdominal después de comidas copiosas de meses de evolución (niega que le ocurra en todas las comidas), en el momento de la consulta totalmente asintomática.

Es decir, en un primer momento parece una consulta de atención primaria de las más sencillas y en la que a

priori parece que vamos a encontrar pocos hallazgos en pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, Blumberg y Murphy negativos, sin irritación peritoneal. No se aprecia ninguna lesión dérmica.

Se decide realizar analítica de sangre de rutina y se solicita antígeno de *Helicobacter Pylori* en heces para valorar si ese es el posible origen de la epigastralgia.

En la analítica aparece un evidente descenso de las plaquetas (45.000), no tiene clínica de sangrado ni ninguna otra alteración en la hematimetría, bioquímica ni coagulación.

El antígeno de *H.Pylori* en heces tiene resultado positivo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Infección por *H.Pylori* y plaquetopenia a filiar.

Diagnóstico diferencial

Defectos inmunitarios, fármacos, vacunas, disfunción de la médula ósea, enfermedad hepática, hiperesplenismo, deficiencia de vitamina B12 o folato, hemólisis microangiopática, embarazo.

Comentario final

Se deriva a la paciente a hematología quienes recomiendan realizar un seguimiento mediante más análisis sanguíneos.

Buscamos con nuestros medios en las causas de posible plaquetopenia incidental y encontramos artículos donde hablan de la relación de la misma con la infección por *H.Pylori*.

Se comienzan a seriar los niveles de plaquetas que empiezan a ascender conforme la paciente está tomando el tratamiento (dura varias semanas por dificultad para erradicar la bacteria) siendo los niveles totalmente normales una vez que consigue un resultado negativo de la misma en heces.

Bibliografía

- Nava-Gómez, Ortega-Barnet, Jiménez-Báez MV2, Infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con trombocitopenia inmunitaria primaria, ¿detección y tratamiento de erradicación rutinarios? *Revista de hematología* (abril 2026)
- Handin RI, Robert I. *Clotting disorders*. En: Harrison TR, editor. *Principles of internal medicine* (13.a ed). McGraw-Hill, 1992; 1798-1800.

778/124. Paciente oncológico con debilidad y mialgias.

Autores:

Yélamos Lorente, M.¹, Medina Zuheros, T.¹, Lozano García, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada

Descripción del caso

Paciente de 67 años alérgico a tapentadol con espondiloartrosis e independiente para actividades básicas de la vida diaria. Intervenido hace 3 meses de un adenocarcinoma de recto, acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de debilidad generalizada, mialgias y dolor en cinturas escapular y pelviana de un mes de evolución. Ahora sin rigidez matutina. A raíz de esta sintomatología necesita ayuda para levantarse y para la deambulación. Nos comenta cuadro catarral en los días previos. Niega otra sintomatología neurológica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración el paciente presentaba buen estado general. Estaba consciente y orientado. PINLA. MOEC. Pares craneales explorados normales. Fuerza y Sensibilidad en miembros conservada. Reflejos normales. Aumento de la base de sustentación en la marcha. No dismetrías. Dolor con la elevación de los brazos y piernas, sin otras alteraciones. Sin signos de flogosis. Analítica de sangre: bioquímica, hemograma y coagulación normales. Destaca velocidad de sedimentación globular (VSG) ligeramente elevada. Perfil reumatológico (ANA, ENA, Factor reumatoide, Anti-CCP) y PCR en rango de normalidad. Radiografía de ambos hombros y pélvica sin alteraciones más allá de signos de artrosis. Ante la sospecha clínica de polimialgia reumática, se inició tratamiento con prednisona 15 mg/día, con mejoría significativa del cuadro. Derivamos a Reumatología para valoración por su parte por las características del paciente.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Polimialgia reumática

Diagnóstico diferencial

Caquexia, Síndrome de Guillain Barré

Comentario final

El diagnóstico de la polimialgia reumática es clínico. El aumento de la VSG y la respuesta a dosis bajas de

corticoides apoya diagnóstico. Este paciente había sido intervenido hacia 3 meses de un adenocarcinoma de recto sin progresión en el momento de la clínica, pero el hecho de desarrollar una polimialgia reumática, tiene que hacernos pensar en una posible recidiva. Fue llamativo que el paciente se encontraba más limitado y afectado por la polimialgia que tras la propia intervención. Este paciente estaba caquético, por lo que otra de las opciones a tener en cuenta es que fuese la caquexia la que estaba provocando estos síntomas.

Bibliografía

- Tomás AH, Marina MH. Vasculitis. Miopatías inflamatorias. Enfermedad por IgG4. Sarcoidosis. En: Eduardo Miguel AM. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 9ª edición. Madrid; 2022.1408-1426.

778/125. La ecografía, una competencia más de nuestra especialidad.

Autores:

Lozano García, M.¹, Ortega Bautista, L.¹, Yélamos Lorente, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada

Descripción del caso

Paciente de 48 años, sin alergias, fumadora de 10 cig/día y sin antecedentes patológicos de interés salvo apendicectomía acude a consulta de Atención Primaria (AP) por epigastralgia y síntomas dispépticos desde hace 6 meses. Niega náuseas y/o vómitos. Niega cambios en el hábito intestinal. Niega pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, paciente con buen estado general, normocoloreada. Constantes normales. Abdomen globuloso, doloroso en epigastrio sin signos de irritación peritoneal.

Como pruebas complementarias, se solicita analítica de sangre y heces y se cita a la paciente para realización de ecografía abdominal en AP.

Los resultados de la analítica de sangre en la que se incluye perfil hepático son normales. El antígeno de H.pylori en heces es negativo. En la ecografía abdominal se destaca vesícula de paredes normales en la que se visualizan 2 litiasis (la mayor de unos 20 mm) sin dilatación de la vía biliar.

Con estos resultados se deriva a la paciente a Cirugía general, quienes la valoran, pero solicitan nueva ecografía (realizada por un radiólogo) para planificar el tratamiento definitivo.

Tras 4 meses de espera el radiólogo describe la presencia de 2 litiasis en la vesícula biliar (la mayor de 17 cm) sin dilatación de la vía biliar.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Colelitiasis sin colecistitis.

Diagnóstico diferencial

Infección por *H. pylori* / Intolerancias alimentarias/ Colecistitis.

Comentario final

La incorporación de la ecografía en AP ha supuesto un paso importante para nuestra especialidad, ya que nos ayuda a manejar la incertidumbre diagnóstica con la que solemos trabajar, y para el sistema sanitario, puesto que ayuda a descongestionar los servicios de radiología. Sin embargo, considero que en ciertas patologías frecuentes en AP debería darse más "peso" a nuestro diagnóstico ecográfico ya que somos profesionales formados para ello. Si en nuestro caso, comparamos la ecografía realizada en AP con la realizada en radiología se observa que el resultado es similar. Si no se hubiera solicitado una segunda ecografía se reduciría el tiempo de espera para el tratamiento final (colecistectomía), mejorando la calidad de vida de la paciente en menos tiempo.

Bibliografía

- Bornemann P. *Ecografía para atención primaria. La Villa y Corte de Madrid, España: Ovid Technologies; 2021*

778/127. A PROPÓSITO DE UN CASO: NO TODA RIGIDEZ CERVICAL ES MENINGITIS!

Autores:

Amador Soto, P.¹, Simón González, D.², Romero Mayo, M.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente con AP de DM tipo 2, Dislipemia, Hipertensión Portal y tabaquismo activo.

Estudiado en Medicina Interna hace 8 meses por síndrome constitucional, sin encontrar causa que lo justificara.

Acude a por urgencias de atención primaria por dolor cervical que asocia a su profesión (construcción), que no mejora con tratamiento administrado.

Lo revaluamos en consulta y el paciente persiste con dolor cervical, rigidez, asociando decaimiento en la última semana. Afebril pero más somnoliento y dificultad para mover extremidades superiores.

Desde AP se había realizado meses atrás TAC de cráneo sin alteraciones. Derivamos a hospital para continuar el estudio.

En servicio de urgencias hospitalarias, se realiza nuevo TAC de cráneo y punción lumbar que no son concluyentes, y ante persistencia de dolor cervical y odinofagia, se realiza TAC cervical donde se objetiva extenso absceso prevertebral cervicodorsal.

Al ser una infección grave con posible afectación de SNC, se comienza antibioterapia intensa.

Se realiza intervención por parte de ORL y Cirugía torácica, con cervicotomía bilateral de limpieza por absceso prevertebral y epidural con espondilodiscitis.

Exploración y pruebas complementarias

- Analítica: Leucocitos 22630 (N 19480). PCR 404.5 Procalcitonina 1.23. Coagulación alterada.
- TAC CRÁNEO: Sin hallazgos patológicos
- TAC CERVICAL: absceso prevertebral desde C1 D4, con probable extensión al canal raquídeo y absceso epidural, sin poder descartar compresión del cordón medular.
- RMN CERVICAL: Colección epidural conocida, que ejerce efecto masa sobre el cordón medular, sin signos de mielopatía.

Tras la administración de contraste, se identifica realce de cuerpos vertebrales cervicales, sugestivo de espondilodiscitis.

- HEMOCULTIVO: *Staphylococcus Aureus*.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

ABSCESO VERTEBRAL

Diagnóstico diferencial

MENINGITIS AGUDA

NEUROARTROPATÍA ESPINAL

COMPRESIÓN MEDULAR ONCOLÓGICA

Comentario final

Debemos estar alertas ante pacientes con dolor a nivel cervical de varias semanas de evolución, con varias consultas a los centros sanitarios y evolución tórpida, debido a posibles cuadros graves como el que aquí se describe.

Bibliografía

- Harkani A, Hassani R, Ziad T, Aderdour L, Nouri H, Rochdi Y, Raji A. *Retropharyngeal abscess in adults: five case reports and review of the literature. ScientificWorldJournal. 2011;11:1623-9. doi: 10.1100/2011/915163. Epub 2011 Sep 12.*
- Tollard E, Choussy O, Bertrand M, Thiébot J, Dacher JN, Marie JP. *Prevertebral abscess mimicking a retropharyngeal abscess and revealing a double-location spondylodiscitis: case report. J Neuroradiol. 2007 May;34(2):141-3.*

778/128. SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO: DE CUIDADOR A PACIENTE.

Autores:

Bueno Navarrete, P.¹, Fernández Navarro, N.¹, Rodríguez Pérez De Azpillaga, N.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 71 años sin antecedentes médicos de interés que acude a nuestra consulta por cuadro de ansiedad, insomnio e inapetencia. Vive con su hijo y su marido. Es la cuidadora principal de su marido de 75 años desde hace años pero su situación ha empeorado en los últimos meses siendo dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, manteniéndose encamado. Refiere sentirse cansada constantemente, no tener tiempo para nada, no realiza actividad física ni una dieta saludable. Su principal apoyo es su hijo de 30 años el cual le ayuda en las tareas pero ella se siente culpable por sobrecargarlo con dicha situación y por cuidarla a ella. Pasa la noche dándole vueltas a todo lo que tiene que hacer al día siguiente y atendiendo las demandas de su marido en la noche.

Exploración y pruebas complementarias

Control analítico.

Escala de Zarit.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome del cuidador quemado.

Diagnóstico diferencial

Ansiedad, Astenia, Depresión.

Comentario final

El síndrome del cuidador quemado es frecuente en las consultas de Atención Primaria.

Desde nuestra consulta se debe seguir un abordaje multifactorial proporcionándole al cuidador recursos para poner límites a las demandas que no sean importantes, pedir ayuda a otros familiares, dividir la tarea, enseñarle a cuidar de sí mismo, ayudarlo a gestionar el tiempo de manera eficiente y buscar cierta autonomía, combatir sentimientos de culpa así como marcar objetivos de mejora a corto plazo.

Desde el punto de vista del tratamiento médico podemos tratar síntomas con fármacos pero lo importante es tratar el problema de fondo para lo cual es necesario destinar un mayor número de recursos para la atención de las generaciones más longevas.

Estas situaciones serán cada vez más frecuentes debido al envejecimiento paulatino de la población por lo que resulta fundamental que el sistema sanitario elabore una serie de instrucciones de cuidado, grupos de apoyo así como la creación de una mayor red de centros públicos que permitan la descarga del cuidador.

Bibliografía

- De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. *Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enferm Univ. 2015; 12 (1): 19-27.*
- Martínez Pizarro, S. *Síndrome del cuidador quemado. Rev clín med fam. 2020; 13(1): 97-100.*

778/130. LOS JOVENES TAMBIEN TIENEN ENFERMEDADES GRAVES.

Autores:

Gallego Ayuso, C.¹, Centeno Hita, I.¹, López Zambrano, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada

Descripción del caso

Mujer de 18 años deportista, no fumadora ni consumidora de otras drogas. Sin antecedentes. Acudió a urgencias del SUAP por una amigdalitis, a la exploración tenía un ganglio cervical posterior no doloroso, donde le pautaron azitromicina.

Una semana después acude a nuestra consulta por empezar con síntomas catarrales tras terminar el antibiótico y nueva aparición de ganglios en la axila. Refiere que en esta última semana se siente muy cansada. Nota que cuando sube el brazo donde tiene los ganglios se marea y tiene que tumbarse para sentirse mejor. No sudoración nocturna. No pérdida de peso. Sin fiebre. No contacto con ningún animal, ni viajes recientes. Sin relaciones sexuales de riesgo (pareja estable). Tampoco refiere cefalea, ni dolor abdominal, ni cambios de hábito intestinal, ni molestias urinarias.

Exploración y pruebas complementarias

CYC, BEG, NH Y NP. Eupneica en reposo. TA:135/85, Saturación: 97%. FC 62 lpm Exploración neurológica: normal. ACR: rítmica mvc Exploración orofaringe: amígdalas hipertróficas, no hiperemia, ni exudado purulento. Abdomen : anodino. Se observan adenopatías en la zona cervical de > 1 cm en lado izquierdo posterior, no dolorosas, duras y profundas; zona axilar izquierda adenopatías de > 1 cm, duras y profundas dolorosas a la palpación y movilización del brazo y zona inguinal adenopatías de < 1cm en ambos lados inguinales, sin dolor, consistencia blanda. Analítica: Hemograma: sin alteraciones; Bioquímica sin alteraciones; Coagulación sin alteraciones. Serología Epstein- Bar: IgM negativo e IgG positiva. VIH -, CMV - :Rx tórax; AP: aparentemente normal; Lateral: se observa masa retroesternal. Ecografía de adenopatías axilares: se evidencia conglomerado de adenopatías de >1 cm, con vascularización periférica, borramiento del hilo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neoplasia maligna (Linfoma)

Diagnóstico diferencial

Neoplasia maligna, bartonella, tuberculosis, infección Epstein-Barr, infección CMV, primoinfección VIH, medicamentos.

Comentario final

En este caso es importante destacar la importancia que hay en el seguimiento de cualquier adenopatía, tanto en gente mayor como en gente joven, como en

hacer una buena anamnesis y exploración. Otro punto que también quiero destacar es la promoción de la ecografía en los centros de salud ya que es un recurso muy útil y económico que nos ayudaría mucho en su diagnóstico.

Bibliografía

- www.uptodate.com/contents/evaluation-of-peripheral-lymphadenopathy-in-adults/abstract/1
- www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/adenopatias
- www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1632347520446107

778/131. DOCTORA, " ME BURBUJEA EL PECHO".

Autores:

Gallego Ayuso, C.¹, Añez Martínez, B.¹, López Zambrano, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada

Descripción del caso

Varón de 38 años con antecedentes de linfoma no hodking, DAI implantado hace un año por una cardiopatía dilatada tóxica por antraciclina que acude a nuestra consulta por sensación de burbujeo de hace < 24h. No ha tenido mareos, ni palpitaciones, ni dolor torácico tipo opresivo. No náuseas ni vómitos. No fiebre ni sintomatología infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente orientado y colaborador, buen estado general, bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. TA:135/85, Saturación: 97%. FC 80 lpm Exploración neurológica: normal. ACR: rítmico sin soplos murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Exploración abdominal: no dolor a la palpación, no masas ni megalias. No edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias; Analítica: Hemograma: Hb 12 Hct 35, VCM 80 Leucocitos 6430 Neutrófilos 3320 Linfocitos 2320. Coagulación: sin alteraciones. Bioquímica: iones en rango, crea 0.8, enzimas hepáticas normales. Troponina 33; Rx tórax : AP: se objetiva capa de aire en pericardio de grosor máximo de 17mm cerca del ápex cardíaco.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumopericardio en contexto de posible fistula bronco-pleural.

Diagnóstico diferencial

Hemopericardio, IAMCEST, Neumomediastino, Meteorismo abdominal.

Comentario final

Esta entidad es muy infrecuente pero potencialmente grave, ya que podría causar un taponamiento cardiaco. Normalmente suele ocurrir tras algún procedimiento cardiaco como un DAI, pericardiocentesis, etc. Por eso es muy importante su vigilancia y derivación a Urgencias. También quiero destacar la importancia de profundizar en la anamnesis y síntomas del paciente, aunque la forma de expresarlo que tiene el paciente nos pueda parecer algo banal.

Bibliografía

- Vanzo, V., & Bugin, S. (2013). *Pneumomediastinum and pneumopericardium in an 11-year-old rugby player: a case report. J Athl Train, 48(2), 277-81*
- León Vara Cuesta O, Sarmiento Portal Y, Hernández Castro M, Pérez Lorenzo
- YB, Piloña Ruiz SG. Neumopericardio espontáneo en el recién nacido a Término. *Rev. Ciencias Médicas. Julio-Agosto, 2014; 18(4): 697-704. Disponible en: www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1476/html.2.*
- Golota JJ, Orlowski T, Iwanowicz K, Snarska J.
- Air tamponade of the heart. *Kardiochir Torakochirurgia Pol. 2016;13: 150-153. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/275167913.*

778/133. LO QUE PARECÍA UNA LUMBOCIÁTICA Y NO FUE.

Autores:

Pérez Pérez, A.¹, Barrera Martínez, Y.¹, Pérez Ortega, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 63 años que inicia clínica a principios de Noviembre con dolor lumbar e irradiación a miembro inferior derecho.

Inicialmente acude a consulta en 2 ocasiones para ajuste de medicación tras valoración en Urgencias.

Tras buena respuesta inicial a analgésicos y miorrelajantes, evoluciona de forma tórpida durante dos meses.

En el paso por consulta de Atención Primaria se realiza exploración musculoesquelética y abdominal, solicitando radiografía lumbar. Hallándose tras esto: dolor lumbar paravertebral sin apofisalgia, Lasegue positivo a 45º de miembro inferior derecho, hernia inguinal derecha y ninguna alteración significativa a nivel óseo en prueba de imagen.

Durante este tiempo se realiza seguimiento y se insta a consulta si mala evolución o empeoramiento.

Acudió de nuevo por falta de respuesta a tratamiento, dolor abdominal, sensación de masa de una semana de evolución y acolia acompañantes. Se deriva a urgencias ante palpación abdominal y evidencia de ictericia.

Allí se realizó analítica con hipertransaminasemia y datos de colestasis. TC de abdomen con gran masa mesentérica que comprime vía biliar con múltiples implantes retroperitoneales, el mayor de todos posterior al psoas derecho que se introduce en canal medular a nivel de L5-S1.

Ingresa para drenaje percutáneo de vía biliar mediante CPRE y estudio de la masa. Tras biopsia, es diagnosticado de Linfoma de Células Grandes B abdominal.

Actualmente paciente se encuentra en seguimiento por Hematología con inicio de tratamiento R-CHOP y corticoterapia.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración musculoesquelética y abdominal.

- Rx lumbar.
- Analítica sanguínea.
- TC de abdomen.
- Biopsia de masa mesentérica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Lumbalgia irradiada.

Hernia inguinal.

Diagnóstico diferencial

Espondilolistesis.

Compresión salida raíz lumbar L5-S1.

Contractura piramidal.

Hernia inguinal.

Meralgia parestésica.

Comentario final

Queremos hacer reflexionar sobre la búsqueda de otras etiologías ante motivos de consulta cotidianos y no escatimar en exploración y anamnesis.

Ser la puerta de entrada al sistema conlleva una responsabilidad especial por ser la vía más accesible de consulta.

Bibliografía

- Ly DP. Evaluation and treatment patterns of new low back pain episodes for elderly adults in the United States, 2011–2014. *Med Care* [Internet]. 2020;58(2):108–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/mlr.0000000000001244>
- Kinkade S. Evaluation and treatment of acute low back pain. *afp* [Internet]. 2007 [citado el 5 de marzo de 2024];75(8):1181–8. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2007/0415/p1181.html>

778/134. ME HE PORTADO BIEN.

Autores:

Vergel Martín, I.¹, Bosquet López, R.², López Hernández, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuevas del Almanzora. Cuevas del Almanzora. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Garrucha. Garrucha. Almería, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Vera. Almería

Descripción del caso

Paciente de 45 años sin antecedentes personales de interés, acude a consulta por dolor vulvar de un día de evolución de inicio súbito con aparición de lesiones en labios mayores. Niega relaciones de riesgo ni tratamiento activo en el momento actual. En las últimas semanas ha estado aislada por COVID en el domicilio sin contacto con nadie.

Se solicita serología para enfermedades de transmisión sexual y exudado vaginal.

Resultado de las pruebas complementarias negativas y desaparición de lesiones tras una semana.

Con todo ello se llegó al diagnóstico de úlcera de Lipschütz.

Debemos realizar serología: VIH, Citomegalovirus, Epstein-Barr, Brucella y Sífilis. Bioquímica, velocidad sedimentación y exudado vaginal.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta edema vulvar y 3 úlceras redondeadas de borde eritematoso y centro de aspecto fibrinoso no supurativo, la mayor menor de un centímetro.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Lesiones por enfermedad de transmisión sexual (ETS)

Diagnóstico diferencial

ETS

Enfermedad de Beçhet

Enfermedad Chron

Úlcera Lipschütz

Comentario final

La úlcera genital aguda o úlcera de Lipschütz es una patología de origen desconocido caracterizada por úlceras vulvares dolorosas y necróticas de inicio agudo que se presentan en el contexto de un cuadro febril. La infección por COVID se ha relacionado con afecciones dermatológicas, entre ellas las úlceras de Lipschütz.

Bibliografía

- Actasdermo.org
- www.ncbi.nlm.nih.gov (National Institutes of Health)
- www.sego.es

778/137. CATARRO CON GIRO INESPERADO.

Autores:

Centeno Hita, I.¹, Gallego Ayuso, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada

Descripción del caso

Paciente de 81 años con antecedentes personales de dislipemia y episodios ocasionales de lumbalgia sin tratamiento domiciliario crónico salvo analgésicos de forma puntual que acude a nuestra consulta cursando cuadro catarral desde hace 2 días. Iniciamos tratamiento sintomático considerando el cuadro como una rino-faringitis viral. Ante la no mejoría en las siguientes 48 horas el paciente acude a urgencias hospitalarias para ser valorado de nuevo. Pocos días después vuelve a nuestra consulta de Atención Primaria para comen-

tarnos la evolución de su cuadro, que va a mejor muy lentamente. En la radiografía de tórax realizada en urgencias destaca un hallazgo casual y por el momento asintomático muy llamativo.

Exploración y pruebas complementarias

En consulta paciente con buen estado general y constantes mantenidas. Eupneico en reposo. Afebril.

Auscultación cardiopulmonar: murmullo conservado sin ruidos sobreañadidos. Rítmico sin soplos ni extratonos.

Exploración abdominal: abdomen blando y depresible, RHA conservados, sin masas ni megalias, no doloroso y sin defensa. Sin datos de irritación peritoneal.

Revisamos radiografía de tórax: observamos interposición de asas de intestino grueso entre el hígado y el hemidiafragma derecho.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Signo de Chilaiditi. Si cursara con clínica asociada (principalmente digestiva: dolor abdominal, vómitos, anorexia, estreñimiento, distensión abdominal) síndrome de Chilaiditi.

Diagnóstico diferencial

Neumoperitoneo, absceso subfrénico, neumatosis intestinal, quiste hidatídico sobreinfectado, tumor hepático, hernias congénitas diafragmáticas.

Comentario final

En este caso informamos al paciente del hallazgo e interrogamos por posible clínica digestiva asociada, que el paciente niega. El signo de Chilaiditi habitualmente es un hallazgo casual en una radiografía que se realiza por otros motivos. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, pero en algunas ocasiones pueden presentar clínica asociada, mayoritariamente digestiva. Cuando hay síntomas relacionados con este hallazgo radiográfico estamos ante el síndrome de Chilaiditi. En general es una entidad poco frecuente. En general el síndrome de Chilaiditi se trata de manera conservadora en casi todos los casos, salvo que exista una complicación grave que requiera tratamiento quirúrgico urgente (vólvulo, obstrucción intestinal, apendicitis subfrénica). Ante la aparición de este síndrome es importante realizar un minucioso diagnóstico diferencial ya que las patologías que hay que considerar como alternativas son graves y requieren un tratamiento urgente.

Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-signo-sindrome-chilaiditi-entidades-tener-51138359310004259>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-signo-chilaiditi-50210570515002976#:~:text=El%20signo%20de%20Chilaiditi%20consiste,radi%C3%B3logo%20griego%20en%2019101.>
- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51139-76322011000100008
- <https://www.analesdepediatría.org/es-sindrome-chilaiditi-una-única-radiografía-articulo-51695403310003681>
- https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50370-41062017000500010
- https://mgfy.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/revista_130/571-572.pdf

778/138. DOCTOR, SE ME HINCHAN LA CARA Y LAS PIERNAS. VALORACIÓN DEL PACIENTE CON SÍNDROME NEFRÓTICO.

Autores:

Vera Rubio, G.¹, Marín Serralvo, I.¹, Alacón Hidalgo, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 47 años, diagnosticada de trastorno bipolar hace más de dos décadas, en tratamiento con litio 400 mg/8h en liberación modificada desde entonces. No refiere hábitos tóxicos, ni cirugías previas ni otros antecedentes personales relevantes. Acude al servicio de Urgencias por presentar edema a nivel facial y de ambos miembros inferiores de 5 días de evolución. Esta inflamación es menos aparente al despertar y se intensifica a lo largo del día.

Exploración y pruebas complementarias

Analíticamente se evidencia hipoalbuminemia, anemia microcítica, proteinuria en rango nefrótico, función renal normal, cilindros hialinos y lipiduria. A la exploración destaca PA 145/95, y se constata el edema facial

periorbitario y en ambos miembros inferiores, hasta las rodillas, que deja fovea a la presión.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se realiza interconsulta al Servicio de Nefrología. Tras una aproximación inicial basada en los datos clínicos, analíticos y exploraciones complementarias, se diagnostica de síndrome nefrótico por la toma de litio, ya que este puede producirlo, sobre todo, cuando el tratamiento dura más de 15 años. Al alta se le pauta dieta normoproteica con restricción hidrosalina, hipolipemiente, antiagregante, IECA y diurético del asa, junto con derivación para su estudio a consultas externas de nefrología.

Diagnóstico diferencial

Glomerulopatía primaria, enfermedades sistémicas, infecciones, neoplasias o exposición a agentes externos.

Comentario final

El síndrome nefrótico es la forma de presentación de una serie de enfermedades glomerulares renales que tienen en común la proteinuria masiva, junto con la que pueden detectarse hipoalbuminemia, edemas, hiperlipidemia e hipercoagulabilidad. Analíticamente destaca la existencia de hipoalbuminemia, anemia microcítica y proteinuria en rango nefrótico. En el sedimento urinario pueden observarse las características "cruces de malta". Etiológicamente, puede estar causado por una glomerulopatía primaria o ser secundario a enfermedades sistémicas, infecciones, neoplasias o exposición a agentes externos, como fármacos, tóxicos o alérgenos. Una vez diagnosticado, se debe valorar la indicación de biopsia renal e iniciar tratamiento específico según la enfermedad que lo origina, además de medidas generales para prevenir complicaciones.

Bibliografía

Fernández G, Rivera F, Anaya S, Sánchez de la Nieta MD, Pereira E. Algoritmos en Nefrología: Valoración de las nefropatías (primarias y secundarias) en la urgencia. 1a ed. Badalona: Grupo Editorial Nefrología de la Sociedad Española de Nefrología; 2012.

778/139. NO ENCUENTRO LAS PALABRAS.

Autores:

Alberich Cea, R.¹, Ruiz Ponte, M.², Galián Ordóñez, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Hombre de 78 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedente personal de HTA con buen control farmacológico, que acude a consulta refiriendo dificultad para encontrar las palabras desde hace aproximadamente un mes, con lentitud mental y algo desorientado en tiempo. Niega cefalea. Sin otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

TA 143/86mmHg a 66 latidos por minuto. Afebril.

Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado.

ACP: rítmico, sin soplos, con MVC

Consciente y colaborador. Desorientado en espacio. Movimientos oculares extrínsecos conservados. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad sin alteraciones. Leve afasia de predominio nominal. Repite y comprende órdenes.

En analítica de sangre destaca leve hipovitaminosis B12, sin anemia y resto de hemograma normal. Parámetros bioquímicos dentro de rango de normalidad. Serología sífilis y VIH negativas.

Mini-Examen Cognitivo de Lobo: 21. Conclusión: deterioro cognitivo leve

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

LOE cerebral

Diagnóstico diferencial

Demencia vascular, enfermedad de Alzheimer, LOE cerebral.

Comentario final

Ante la clínica del paciente, la exploración y las pruebas complementarias realizadas se decide derivación a consultas de Neurología para valoración.

A la semana vuelve a acudir acompañado por un familiar, quien refiere un empeoramiento brusco con desorientación temporoespacial, comprobándose en consulta por lo que se deriva a urgencias hospitalarias, donde realizan TAC de cráneo en el que se observa LOE temporo-occipital izquierda, en probable relación con neoplasia glial

de alto grado. Se procede a ingreso para completar estudio. En estudio de extensión, se descarta enfermedad a distancia. Se realiza RMN donde se describe lesión multiquística a nivel temporal izquierdo (50x30x32mm), que podría corresponder a glioblastoma quístico.

Se realiza interconsulta con Neurocirugía, quien descarta tratamiento quirúrgico o médico dado el probable diagnóstico de glioma de alto grado y la extensión del tumor.

En esta situación se decide tratamiento sintomático y seguimiento en consulta de Atención Primaria, donde se pone de manifiesto la importancia del seguimiento estrecho y cercano, así como un abordaje familiar del manejo de la enfermedad y del tratamiento paliativo.

Bibliografía

- Boustani M, Peterson B, Hanson L, et al. Screening for dementia in primary care: a
- summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*
- 2003; 138:927.
- Chang SM, Parney IF, Huang W, et al. Patterns of care for adults with newly diagnosed
- malignant glioma. *JAMA* 2005; 293:557.

778/140. 'ME HUELE EL ALIENTO'.

Autores:

Medina Cobos, A.¹, Medina Gámez, J.¹, López Áviles, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sanlúcar - Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 61 años sin alergias medicamentosas, en tratamiento con enalapril/hidroclorotiacida por hipertensión arterial y metformina/sitagliptina por diabetes mellitus tipo 2. Fumador activo de 1 paquete diario y bebedor con consumo de riesgo alto (>6 UBE/día). Actualmente trabajando como camionero. Acude acompañado de su esposa, la cual ha solicitado la cita por presentar el paciente intensa halitosis desde que ha vuelto de trabajar fuera. El paciente solo comenta mucosidad muy espesa desde hace 2 semanas y esporádica sensación de tiritona. Achaca la clínica a las

condiciones climáticas y al tabaco. Niega en privado contactos sexuales de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Impresiona por aliento extremadamente fétido con pobre higiene bucal, aunque presenta aspecto aseado. Constantes en rango salvo saturación de oxígeno al 93% basal con 20 respiraciones por minuto. No fiebre. Auscultación en la que destaca hipofonesis global con algún roncus aislado. No datos de afectación cutánea, abdominal o a otros niveles. Orofaringe sin hallazgos.

Se solicita radiografía de cuello y tórax en el que se observan 3 imágenes cavidadas pulmonares sin niveles hidroaéreos. Se deriva a hospital de referencia donde se amplía a TAC, evidenciándose focos de condensación pulmonar con abscesificación, estando uno de ellos fistulizado a tráquea. En analítica además destaca elevación de reactantes de fase aguda e importante leucocitosis. Se ingresa para tratamiento y vigilancia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Abscesos pulmonares bilaterales

Diagnóstico diferencial

Divertículo de zenker, gingivitis ulcerosa necrosante, amigdalitis

Comentario final

Los abscesos pulmonares son procesos infecciosos que se desarrollan normalmente como complicación de una neumonía por aspiración de microorganismos anaerobios de la boca sobre todo en aquellos con inmunosupresión. Su clínica puede ser insidiosa destacando fiebre, tos o expectoración purulenta. Debido a su gravedad, pudiendo dañar parénquima pulmonar y fistulizar, su manejo e inicio de tratamiento antibiótico debe ser inmediato.

Bibliografía

- García Fernández JL, Sánchez-Cuéllar S, Pun Tam YW. Abscesos pulmonares. *Monografías Monografías de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica, Volumen XVI [Internet]. 2010.*

778/141. DOCTOR, ESTOY MUY MAL.

Autores:

Riera Sendra, A.¹, Medina Olivier, K.², Signes Ribes, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Grau. Gandía. Valencia, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Oliva. Oliva. Valencia

Descripción del caso

Varón de 85 años que acude a Atención Primaria por mareo, discurso incoherente y glucemia digital muy elevada (547 mg/dl). Antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II (DMII) mal controlada (HbA1c 11%), insuficiencia renal tipo II, dislipemia e hipertensión arterial. No alergias. Niega tóxicos. Parcialmente dependiente. Antecedente de fractura de cadera derecha. En tratamiento con Atorvastatina 60 mg, Doxazosina 4 mg, Manidipino 10 mg, Adiro 100 mg, Dapaglifozina 10 mg y Repaglinida 2 mg al día. No infecciones previas ni introducción de nuevos fármacos. Se administran 10 UI de insulina rápida y se deriva a urgencias hospitalarias para valorar complicaciones. Se monitoriza la glucemia y se administra insulina rápida y fluidoterapia con suero fisiológico al 0,9%.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientado. Normocoloreado y normohidratado. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen globuloso, depresible, no doloroso a la palpación. Neurológicamente normal. Tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno normales. Afebril. Glucemia inicial venosa de 364 mg/dL y posterior de 286 mg/dL. Cetonemia y cetonuria 0. Osmolaridad plasmática normal (287 mOsm/kg). pH 7,355. Proteína C reactiva de 53 g/L.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hiper glucemia simple no cetósica.

Diagnóstico diferencial

Estado hiperglucémico hiperosmolar y cetoacidosis diabética.

Comentario final

Los pacientes con DMII pueden sufrir complicaciones graves como son el estado hiperglucémico hiperosmolar y la cetoacidosis diabética que pueden llevar al coma y a la muerte. Es importante un adecuado control de la enfermedad. Las infecciones y los fármacos de nueva introducción pueden desencadenar también complicaciones. En el caso de la hiperglucemia simple sin hiperosmolaridad ni cetosis, el tratamiento consis-

te en un adecuado control glucémico con insulina rápida y rehidratación.

Bibliografía

- Yépez Ingrid, García Roberto, Toledo Tomas. Complicaciones agudas: Crisis hiperglucémica. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Internet]. 2012 Oct [citado 2024 Feb 10] ; 10(Supl 1): 75-83. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51690-31102012000400011&lng=es.

778/143. REPASANDO EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS: NO SOLO IMPORTA EL PRINCIPIO ACTIVO, SINO COMO SE APLICA.

Autores:

Damián García, R.¹, Martín Riobóo, E.², Noguera Fernández, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Zafarraya. Zafarraya. Granada

Descripción del caso

Paciente de 55 años, con antecedentes de psoriasis vulgar, que acude a consulta de Atención Primaria (AP) por presentar lesiones de una semana de evolución, eritematosas y descamativas, en la superficie cutánea de ambos codos. La paciente refiere molestias con el apoyo y explica que, aunque normalmente las zona de afectación suelen ser las áreas de extensión de miembros superiores (MMSS), en otras ocasiones presenta simultáneamente afectación del cuero cabelludo. Se presenta la evolución del caso tras un tratamiento de corta duración antes/después (respectivamente imagen 1 y 2).

Exploración y pruebas complementarias

La paciente presenta dos placas eritemato-descamativas, bien delimitadas, de unos 3 cm de diámetro en codo derecho, así como otras dos, algo menores en codo izquierdo. BSA del 5%. Se decide iniciar tratamiento tópico con calcipotriol/betametasona en espuma aplicado una vez al día durante 4 semanas, y posteriormente una aplicación al día dos veces a la semana a días alternos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Psoriasis en placas.

Diagnóstico diferencial

Liquen plano, pitiriasis rosada

Comentario final

En lo que respecta al tratamiento tópico de la psoriasis, tan importantes son los principios activos como la galénica empleados. En este caso, se debe tener en cuenta que en otras ocasiones la paciente ha presentado afectación de cuero cabelludo, por lo que sería idóneo emplear un vehículo capaz de actuar en toda la superficie corporal, a saber, crema o espuma. Dado que la aplicación en cuero cabelludo de crema presenta como obstáculo a la absorción las zonas pilosas, se decidió emplear espuma por su mayor facilidad de aplicación y absorción en dichas áreas. Las lesiones de ambos codos aclararon su tonalidad y disminuyeron su descamación en solo siete días, desapareciendo a los diez días. Por otro lado, con el objetivo de evitar recidivas, tras el tratamiento del brote se decidió iniciar un tratamiento proactivo o de mantenimiento, siendo la espuma el único vehículo con indicación para ello. El objetivo de dicho tratamiento es triple: reducción del número de brotes, aumento del tiempo inter-brote y disminución de la intensidad de los mismos.

Bibliografía

- Ramos Lledó E, Heras Hitos JA. Manejo Terapéutico de la psoriasis. Doc Psoriasis Semergen. Madrid. Grupo Saned. 2021. p. 55-67.

778/144. DOCTORA, TENGO UN CORAZÓN EN LA PIERNA.

Autores:

Granado Ortiz, I.¹, Martín Fernández, C.², Huesa Andrade, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 60 años de edad que entre sus antecedentes destacan: Fumador de 20 cigarrillos al día;

Dislipemia en tratamiento con Atorvastatina 20 mg cada 24 horas; Ictus isquémico en arteria cerebral media izquierda tratado con fibrinólisis hacía 1 semana y colocación de stent en arteria carótida izquierda por estenosis severa.

Consulta por hematoma en región femoral derecha tras angioplastia mencionada previamente. Lo define como lesión palpitable y dolorosa con empeoramiento en los últimos días. No sangrado activo.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física, se observa masa de unos 4 cm en región inguinal derecha de consistencia dura, dolorosa, con aumento de la temperatura local y que a la auscultación, se aprecia latido. Se decide realizar una ecografía clínica en el Centro de Salud, donde se aprecia una colección isoecogénica que impresiona de hematoma de unos 2 cm de diámetro además de una lesión hipoecogénica adyacente a la arteria femoral con flujo arterial en su interior.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Aneurisma femoral post intervención.

Diagnóstico diferencial

Pseudoaneurisma femoral

Comentario final

Se decide derivar a Urgencias Hospitalarias dada la sospecha clínica, donde se realiza una ecografía doppler de miembros inferiores con el siguiente diagnóstico: pseudoaneurisma de la arteria femoral común y hematoma adyacente a la misma. Tras valoración por el Servicio de Hemodinámica, se programa una trombolisis controlada ecoguiada con trombina 5 cc para su resolución, la cual resulta efectiva.

Como conclusión, destacar la importancia de la continuación asistencial así como la conciliación al alta hospitalaria para realizar un seguimiento estrecho de nuestros pacientes. Además señalar la importancia de disponer de ecógrafo en Atención Primaria, puesto que cada vez cobra un papel más importante en el manejo multidisciplinar de nuestros pacientes, un recurso al que todos deberíamos tener acceso y formación.

Bibliografía

- Webber GW, Jang J, Gustavson S, Olin JW. Contemporary management of postcatheterization pseudoaneurysms. *Circulation*. 2007;115:2666-74. Kapoor BS, Haddad HL, Saddekni S, Lockhart ME. *Diagnosis*

and management of pseudoaneurysms: an update. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2009;38:170-88.

- Vlachou PA, Karkos CD, Bains S, McCarthy MJ, Fishwick G, Bolia A. Percutaneous ultrasoundguided thrombin injection for the treatment of iatrogenic femoral artery pseudoaneurysms. *Eur J Radiol.* 2011;77:172-4.

778/146. "DOCTORA, EL AZÚCAR LA TENGO POR LAS NUBES Y LA BOCA POR LOS SUELOS".

Autores:

Ríos Pérez, L.¹, Perez Villaescusa, A.², Clavijo López, B.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 65 años obeso tipo 2 que presenta diabetes mellitus tipo 2, HTA, sin hábitos tóxicos. Acude a consulta de Atención Primaria porque refiere mal control de glucemias diarias (en ocasiones teniendo que acudir a urgencias) y HbA1c de 9.2%. En tratamiento con aGLP-1 semestral, MTF+ iSGL-T2, atorvastatina 40, ezetimiba 10, enalapril 20+ lecardipino20. Comenta haber cambiado de medicación en 6 ocasiones sin éxito al tratamiento. Destaca de él, las múltiples visitas por odontalgia, gingivitis y flemones que no ceden a pesar de tratamiento. Se le deriva a odontólogo donde se le realiza limpieza bucal exhaustiva, raspado y alisado radicular, tratamiento de caries e incluso extracciones dentarias por caries.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratado y perfundido.

Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos. No ruidos patológicos.

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

EEII: Signos de insuficiencia venosa.

Labios agrietados. Lesiones dentarias múltiples con signos de infección. Con gingivitis, inflamación local sin lesiones ulcerosas en la exploración visual.

Análítica sanguínea: HbA1c 9.2%; Glucemia 190mg/dL; Colesterol total 230mg/dL; LDL 135 mg/dL. Hematimetría y coagulación normal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad periodontal.

Diagnóstico diferencial

Flemón dentario.

Gingivostomatitis crónica.

Candidiasis bucal.

DM mal controlada

Comentario final

Tras el tratamiento de higiene bucodental y continuando con su tratamiento pautado previamente, el paciente recuperó el control de glucemias y HbA1c de 6.5%. He aquí la importancia de destacar la enfermedad periodontal, la cual, puede generar inflamación a nivel sistémico provocando aumento de la HbA1c, aumento de la resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, cambios en la función inmune de las células, que podrían generar una mala regulación del metabolismo de los lípidos a través de mecanismos relacionados con la citocina. Nos centramos tanto en la DM que a veces, lo que parece banal, una vez solucionado, evita que el paciente cambie continuamente de tratamiento.

Bibliografía

- Ricardo Faria Almeida, Alfonso López Alba, Héctor J. Rodríguez Casanovas, David Herrera González. "Efectos de las enfermedades periodontales sobre la diabetes" 2013.
- "Relación entre diabetes mellitus y enfermedad periodontal". Navarro Sánchez AB, Faria Almeida R, Bascones Martínez A. *Relación entre diabetes mellitus y enfermedad periodontal.* Av Periodon Implantol. 2002; 14, 1: 9-19.

778/147. DOCTORA TENGO UNA QUEMAZÓN EN EL PECHO.

Autores:

Pascual Arrebola, S.¹, Moleón Bellido, M.², Rengel Gómez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2)

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 26 años que acude a urgencias del centro de salud por presentar desde esa mañana dolor epigástrico intermitente y sensación de ardor y quemazón epigástrico que asciende hasta la garganta y se irradia a la espalda. No cortejo vegetativo. No disnea. No aumenta con respiración profunda ni se modifica con posturas. No fiebre.

Hace una semana episodio de amigdalitis.

Se realiza ECG en centro de salud y ante los hallazgos se deriva a hospital de referencia para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración física sin hallazgos. TA 135/85. Sat O2 97%.
- ECG: RS a unos 80 lpm. Elevación en guirnalda de I, II, III. aVF, V4, V5, V6
- Radiografía tórax: sin hallazgos significativos.
- Analítica: destaca leucocitos 18080, 56% NTF, CK 448, CKMB 26.7, Troponina I 14169
- Ecocardiograma: VI de tamaño normal, FEVI levemente deprimida sin alteraciones segmentarias de la contractilidad. Cavidades derechas normales. No derrame pericárdico.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miopericarditis

Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo

Síndrome aórtico agudo

Neumotórax

Infección respiratoria

Comentario final

La pericarditis, es una patología relativamente frecuente en urgencias en pacientes con dolor torácico. Si se acompaña de elevación de biomarcadores cardiacos se denomina miopericarditis, que ocurre casi en un tercio de los pacientes. Ambas entidades suelen ser debidas a infección por virus cardiotropos. Es más frecuente en varones jóvenes y normalmente presentan

antecedente infeccioso. En el ECG es típico la elevación difusa del ST. El tratamiento se basa en AINEs y restricción de esfuerzos físicos durante 3 meses. Ante la sospecha diagnóstica está indicada la valoración hospitalaria para descartar diagnósticos diferenciales y complicaciones. Si no aparece ninguna de estas se remite al paciente al domicilio para control y seguimiento por parte de su médico de familia.

Bibliografía

- J. León-Jiménez et al. Miopericarditis en nuestro medio: aspectos clínicos y evolutivos en una serie de casos. *CardiCore*. 2014;49(2):67-70
- J.C. Aguirre-Rodríguez et al. Dolor precordial en atención primaria: a propósito de un caso. *Semergen*. 2011;37(2): 102-106

778/148. DETRÁS DE UNA CERVICALGIA DE LARGA DATA.

Autores:

Galián Ordóñez, A.¹, Robledo Casal, C.², Gallego Iglesias, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barca. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Atendemos en primera consulta de Atención Primaria a una paciente de 45 años, venezolana, la cual refiere vive en España desde hace 5 años cuando se mudó con su familia, era cantante en su país, sin embargo ahora se dedica a la limpieza de hogares, refiere que lleva años agobiada, que tiene mucho trabajo el cual la agota física y mentalmente. Acude por clínica de cervicalgia de unos 3 años de evolución que según refiere aparece de forma puntual, va por rachas, en ocasiones mejora con sesiones de fisioterapia y con toma de AINEs, pero otras no nota mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente con buen estado general, consciente, orientada y colaboradora, normohidratada, normocoloreada y eupneica en reposo. A la exploración de columna cervical no se aprecia alteración a la inspección, sin dolor a la espinopalpación, molestias a la lateralización y fle-

xo-extensión del cuello, impresionando de contractura a nivel paracervical derecho.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Contractura muscular

Diagnóstico diferencial

Contractura, cervicalgia, somatización,

Comentario final

Se pautó tratamiento con AINEs y relajante muscular y se reevaluó a la paciente tras una semana de tratamiento. Esta refirió leve mejoría pero persistían molestias. Tras preguntarle más e insistir sobre su situación de estrés y el cambio de país y de profesión se le habla sobre el concepto de somatización y sobre cómo el estado de ánimo y la motivación pueden influir en sintomatología.

En consultas posteriores la paciente acude refiriendo que estuvo recapacitando sobre lo comentado, sobre los cambios que había tenido en su vida y el descontento que le causaba su trabajo actual, ya que echaba mucho de menos dedicarse a cantar. Atribuyendo ella misma a este descontento su patología cervical.

Destacar de este caso la importancia del abordaje del paciente en su esfera biopsicosocial, viéndolo de forma integral. Consideramos que es importante ver al paciente como un todo y preguntar acerca de sus miedos e inquietudes de forma abierta ya que estos pueden influir de forma importante en la patología que presenten.

Bibliografía

- GUZMAN GUZMAN, Ramiro Eduardo. *Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria*. Rev Clin Med Fam [online]. 2011, vol.4, n.3, pp.234-243. ISSN 2386-8201. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009>.

778/150. LA ETERNA TUBERCULOSIS.

Autores:

Perez Villaescusa, A.¹, Ríos Pérez, L.², Hussein Alonso, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medici-

na Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 43 años. NAMC. Consumo de tabaco de 1 paquete diario desde los 18 años. Sin antecedentes personales de interés. No tratamiento habitual. Acude a consulta de AP por tos persistente de más de una semana de evolución y astenia. Refiere ligera mucosidad. Niega fiebre ni otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente orientado y colaborador, eupneico en reposo, bien hidratado y perfundido, Glasgow 15/15. TA: 110/70 mmHg. FC 80 lpm.

ACP: rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado, ligeros crepitantes dispersos con predominio en lóbulos superiores.

Se solicita radiografía de tórax, la cual, ante los hallazgos encontrados se solicita informe por radiología, con la siguiente conclusión: opacidades en ambos lóbulos superiores con centro radiolúcido y rodeado por un engrosamiento del parénquima pulmonar intersticial.

Se solicita Mantoux, baciloscopia de esputo y analítica

Resultados: Mantoux de 13 mm, esputo positivo (tinción de bacilos ácido-alcohol resistentes positivo con aislamiento en cultivo de Mycobacterium tuberculosis sensible a todos los antibióticos).

Analítica: PCR 102.9; leucocitos 14.960/ μ L, Neutrófilos 10.095/ μ L. Resto analítica normal.

Se pauta tratamiento: rifampicina 120 mg/isoniazida 50 mg/pirazinamida 300 mg 5 comprimidos cada 24 h más etambutol 2 comprimidos cada 24h durante 2 meses, después seguir con rifampicina 300 mg/isoniazida 150 mg 2 comprimidos al día durante 4 meses

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tuberculosis pulmonar

Diagnóstico diferencial

Neumonía adquirida en la comunidad

Comentario final

La enfermedad tuberculosa es de las enfermedades más antiguas que se conocen y sigue estando muy presente en el mundo. El tratamiento ha supuesto una reducción muy significativa de la mortalidad pero la incidencia mundial sigue creciendo año tras año. Por tan-

to, es importante descartar la infección cuando aparecen síntomas y signos característicos, y tratar a todo paciente con enfermedad tuberculosa para reducir la mortalidad y prevenir la diseminación.

Bibliografía

- Raviglione MC, Gori A. HARRISON. *Principios de Medicina Interna. 21e. En: CAPÍTULO 178: Tuberculosis. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: McGraw-Hill; 2021.*
- Barnes, GL. (2023, January 05). *exclamation Treatment of tuberculosis infection (latent tuberculosis) in nonpregnant adults without HIV infection. UpToDate. Retrieved March 05, 2024.*
- Light, RW. (2023, January 05). *Diagnosis of pulmonary tuberculosis in adults. UpToDate. Retrieved March 05, 2024.*

778/151. RAPIDEZ DE ACTUACIÓN GRACIAS A LA ECOGRAFIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Martín Sánchez, C.¹, Franco Cobo, J.², Hernandez De La Plata, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada

Descripción del caso

Varón de 47 años con antecedentes de poliquistosis hepática ya estudiado en Digestivo que acude por abdominal en hipocondrio derecho no irradiado desde hace 2 meses, no se modifica con la alimentación. Plenitud y distensión abdominal a medida que avanza el día. No síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando, depresible, dolor en hipocondrio derecho, Murphy negativo. No palpo masas ni megalias.

Solicitamos analítica con hipertransaminasemia, resto dentro de la normalidad. H.Pylori negativo. Además de ecografía clínica en atención primaria a las dos semanas donde se visualizó múltiples quistes hepáticos sin cambios ya conocidos y una imagen

heterogénea e hiperecogénica en infundíbulo con captación doppler periférica.

Dado el hallazgo ese mismo día se amplía la analítica con marcador tumoral Ca19.9, siendo negativo; y se interconsultó vía telefónica con Digestivo que gestionaron ecografía preferente al día siguiente con servicio de Radiología. Ampliaron el estudio con TAC abdominal que informó de vesícula con pared normal, abundante contenido ecogénico endoluminal formando nivel, sin hallazgos de malignidad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Finalmente diagnóstico de poliquistosis hepática (ya conocida), y presencia de barro biliar.

Diagnóstico diferencial

Dada la imagen ecográfica encontrada en At. Primaria con el infundíbulo heterogéneo y mal delimitado creíamos oportuno descartar malignidad. Nos sugería dudas entre litiasis vesiculares o barro biliar.

Comentario final

La mayor accesibilidad y formación de los médicos de familia en ecografía clínica hacen que sea útil como la primera prueba a realizar ante un dolor abdominal inespecífico. Nos permite detectar patologías como litiasis, quistes, pólipos, esteatosis, patología vascular, neoplasias...

Esta herramienta cada vez más implantada nos ayuda en el diagnóstico diferencial agilizando el diagnóstico con una derivación más dirigida a un nivel asistencial hospitalario.

En nuestro caso, el paciente se benefició de la existencia de este servicio en Atención Primaria pudiendo agilizar listas de esperas ante la sospecha inicial de malignidad.

Bibliografía

- Libro de ecografía en atención primaria. Guía de práctica clínica (2ª ed). Samfyc.

778/152. DOCTORA, NO SOPORTO ESTA LUMBALGIA.

Autores:

Moleón Bellido, M.¹, Prada Rica, M.², Pascual Arrebola, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 3er año

de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 67 años diabética tipo 2 e hipertensa de mal control que consulta por lumbalgia de meses de evolución. En RMN dorso-lumbar realizada por el mismo motivo previamente, se informa de fusión de cuerpos vertebrales D6-D7-D8 y hemangioma en D11, sin estenosis ni afectación radicular. En consulta se muestra preocupada por el fallecimiento reciente de un sobrino por neoplasia pancreática.

La paciente refiere leve mejoría con tratamiento analgésico de segundo escalón. Además, de pérdida de 30 kilogramos en tres meses previos, disminución progresiva de la ingesta y alteración del ritmo intestinal.

En estos momentos la remitimos al Servicio de Urgencias del hospital de referencia para completar estudio. A su llegada, se procede a ingreso y realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Ánimo lábil. Eupneica en reposo. Rítmica, sin soplos. MVC sin ruidos añadidos. Abdomen blando, depresible, molestias a la palpación en hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP.

Se realiza TC TAP en el que se describe hígado aumentado de tamaño con múltiples lesiones bilobares compatibles con metástasis. Además, en cuerpo pancreático tumoración irregular y mal delimitada con atrofia de la cola. Engloba al tronco celíaco y a su división posterior, que permanece permeable. Confluencia esplenoportal también en contacto con la tumoración y permeable. Adenopatías peripancreáticas, la mayor de 19 mm.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neoplasia de páncreas con metástasis hepáticas.

Diagnóstico diferencial

Neoplasia de hígado

Comentario final

Finalmente, la paciente es dada de alta hospitalaria con seguimiento por Equipo de Cuidados Paliativos conjunto con su Médico de Atención Primaria. A día de hoy lo que prima en la paciente es el control del dolor lumbar que sigue sin estar controlado, a pesar de analgesia de tercer escalón.

Con casos como este, se refleja la importancia del estudio de cada paciente haciendo hincapié en la historia clínica desde Atención Primaria para estudiar a fondo el motivo de consulta del paciente.

Bibliografía

•M. Ducreux, A. Sa. Cuhna, C. Caramella, A. Hollebecque, P. Burtin, D. Goéré et al; *Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*; *Annals of Oncology, Volume 26, Supplement 5, 2015, Pags v56-v68, ISSN 0923-7534.*

778/153. TEP MASIVO BILATERAL EN URGENCIAS.

Autores:

Lucena López, R.¹, Argüello Suárez, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 54 años. Trabaja como técnico de ambulancia 061. Deportista de alto rendimiento (atletismo).

NAMC

Hábitos tóxicos: exfumador hace 15 años, IAT 10-12 paq-año, bebedor de 1-2 cervezas al día.

No tiene antecedentes médicos de interés ni toma tratamiento habitual.

Acude a urgencias hospitalarias tras comienzo súbito de disnea y palpitations mientras estaba trabajando. No sintomatología similar previa.

Niega pérdida de peso, sudoración nocturna, fiebre, alteraciones de hábitos miccional o intestinal. No aparición de lesiones cutáneas ni adenopatías. Niega traumatismo, reposo o IQ recientes

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada a urgencias, paciente con aceptable estado general, bien hidratado, GLASGOW 15. TA estables (140/90). Saturación de oxígeno basal 92%. Auscultación y resto de exploración normal.

Presenta en ECG taquicardia auricular sinusal a 150lpm.

En analítica destaca elevación de TiUS 400 y dímero-D 5846.00 ng/mL.

Se realiza ecocardiografía que evidencia cavidades derechas dilatadas y disfuncionantes con signos de McConnell

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ante los hallazgos descritos se considera un riesgo intermedio-alto de TEP.

Se solicita AngioTC que muestra TEP bilateral con alta carga trombótica (defectos de repleción en ambas arterias pulmonares principales con trombo en la bifurcación), trombos en tránsito (al menos 2 en Ventrículo derecho, de 26 mm y otro de 16 mm) y signos de disfunción ventricular derecha.

Se establece diagnóstico de TEP masivo bilateral con necesidad de trombectomía.

Diagnóstico diferencial

- Síndrome coronario agudo: Puede presentar síntomas similares al TEP, como dolor torácico y disnea, pero generalmente está asociado a factores de riesgo cardiovascular y suele presentar alteraciones de la repolarización agudas en el ECG, así como valores de TiUS más elevados.
- Neumotórax: se caracteriza por acumulación de aire en el espacio pleural. Puede provocar dolor torácico y disnea súbitas. La imagen radiológica es muy característica en una proyección PA de Tórax.
- Neumonía: puede presentar dolor pleurítico y disnea. Sin embargo, suele cursar con sintomatología respiratoria de tipo infeccioso como fiebre, mucosidad y tos con expectoración.

Comentario final

Se realiza trombectomía y permanece en la UCI hasta estabilización.

Se inicia tratamiento con Enoxaparina 100mg cada 24h. Posteriormente, se inicia anticoagulación oral con acenocumarol.

Bibliografía

- *Tromboembolismo pulmonar [Internet].* www.fesemi.org. Available from: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/tromboembolismo-pulmonar>
- *FEC. Tromboembolismo pulmonar - Fundación Española del Corazón [Internet].* Available from: <https://>

fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/tromboembolismo-pulmonar.html

778/154. ¡DOCTORA, ME HA SALIDO UN CORDÓN DEBAJO DE LA PIEL!

Autores:

Casini Merino, M.¹, Buendía Moreno, T.², Pérez Burgos, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 42 años, sin antecedentes personales de interés ni toma de tratamiento farmacológico, acude al centro de salud por dolor y palpación de un bultoma a nivel de región mamaria inferior derecha, en forma de cordón doloroso de una semana de evolución, sin fiebre ni otros síntomas asociados.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial: 130/68; Saturación O₂ 99%.

Buen estado general, normohidratada, normocoloreada y bien perfundida.

Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular conservado.

Auscultación cardíaca: Rítmico y regular, sin soplos ni ruidos pericárdicos.

Exploración Cutánea: Induración en forma de cordón visible y palpable, no eritematoso ni con aumento de temperatura local, en cuadrante mamario inferior derecho, de aproximadamente 0.5 cm de diámetro, con dolor a la palpación. No se palpa tumoración en las mamas ni adenopatías axilares ni supraclaviculares.

Analítica sanguínea: Hemoglobina 14.5 g/dL, Plaquetas $234 \times 10^3/\mu\text{L}$, Leucocitos $7,90 \times 10^3/\mu\text{L}$, Linfocitos $3,90 \times 10^3/\mu\text{L}$. Glucosa 94 mg/dL, Creatinina 1.1 mg/dL, Filtrado Glomerular > 90 mL/min, Proteína C Reactiva 4 g/L. Hemostasia sin alteraciones.

Mamografía Bilateral: Patrón fibroglandular denso sin nódulos, focos de microcalcificaciones ni zonas de distorsión del parénquima con regiones axilares sin adenopatías, BI-RADS 0.

Ecografía: En el cuadrante inferior derecho mamario se aprecia estructura alargada anecoica de paredes arrosariadas, de más de 5 cm de longitud de localización subcutánea, que no muestra flujo en el estudio Doppler.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad de Mondor.

Diagnóstico diferencial

Rotura de fibras musculares, infección por larva migrans, enfermedad de Ackerman (artritis y lesiones cutáneas en forma de placas infiltradas y cordones eritematosos “signo de la cuerda”); angeitis subaguda, angeitis por drogas y poliarteritis nodosa. Cáncer de mama.

Comentario final

El manejo de esta patología se basa principalmente si hay dolor en la administración de antiinflamatorios, los agentes antiplaquetarios y heparina no son necesarios.

Se trata de una tromboflebitis esclerosante superficial, que afecta a las venas subcutáneas, particularmente de la pared toracoabdominal anterolateral, con mayor frecuencia de la torácica lateral, toracoepigástrica o epigástrica superior. Es una entidad benigna que se resuelve generalmente espontáneamente en el transcurso de 4-6 semanas.

Bibliografía

- Rivera-Chavarría IJ, González-Vargas AI. *Enfermedad de Mondor*. ELSEVIER [revista en Internet] 2018. [acceso el 28 de febrero del 2024]; 70(3). Disponible en: *Enfermedad de Mondor | Angiología (elsevier.es)*

778/155. INMUNODEPRESIÓN: ¿MONONUCLEOSIS O VIH?

Autores:

Rengel Gómez, M.¹, Pascual Arrebola, S.², Prada Rica, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 37 años, con antecedentes personales de asma y rinoconjuntivitis alérgica. Acude a consultar por odinofagia y aparición de aftas en mucosa oral desde hace una semana. Previamente había sido valorado por di-

cho motivo en servicio de urgencias donde se catalogó el cuadro como micosis lingual y se pautó tratamiento para la misma. Ante el empeoramiento de sintomatología con malestar general y aparición de fiebre, el paciente consultó en centro privado donde se pautó tratamiento con antibioterapia y antipiréticos sin clara mejoría. Tras la valoración del caso en nuestra consulta del centro de salud, sospechamos estado de inmunodepresión, por lo que realizamos ampliación de pruebas complementarias diagnosticándose finalmente de mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr.

Exploración y pruebas complementarias

Orofaringe con lengua con placa micótica y aftas, faringe hiperémica con placas blanquecinas amigdalares. No adenopatías. No hepatomegalia.

Realizamos test estreptococo en consulta que resulta negativo.

Solicitamos analítica de control con estudio de serología incluyendo VIH (negativo), CMV (negativo) y Virus de Epstein-Barr con positividad para IgM.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Mononucleosis infecciosa por Virus de Epstein Barr

Diagnóstico diferencial

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Comentario final

La mononucleosis infecciosa en países desarrollados aparece con más frecuencia en adultos jóvenes a diferencia de regiones más desfavorecidas en las que la población se infecta en edades más tempranas de la vida. El paciente de nuestro caso tiene una hija que recientemente había comenzado escolarización por lo que suponemos que, aunque esta se encontraba asintomática, podría haber sido la portadora del virus que contagiase a su progenitor. Además, el paciente comentó que había tenido alguna relación sexual de riesgo relativamente reciente por lo que consideramos adecuado descartar cualquier posible causa de inmunodepresión que justificase la clínica que presentaba.

En atención primaria debemos considerar al paciente como un todo y valorar la historia clínica en su conjunto y no como únicamente un síntoma al que ponerle un tratamiento farmacológico.

Bibliografía

- Zurro, AM, Cano Pérez, JF y Gené Badía, J. (Eds.). (2021). *Compendio de Atención Primaria: Conceptos*,

Organización Y Práctica Clínica En Medicina de Familia (5ª ed.). Elsevier.

778/156. UN GRAN DESCONOCIDO.

Autores:

Pérez Burgos, J.¹, Casini Merino, M.²

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 Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 30 años sin antecedentes personales de interés, acude al centro de salud en repetidas ocasiones por aparición de múltiples aftas bucales desde hace 1 año en las cuales se ha pautado tratamiento analgésico, en la misma consulta comentó antecedentes de amigdalitis de repetición hasta 8 en el último año para las cuales ha precisado antibioterapia y corticoterapia.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración Otorrinolaringológica: Faringe hiperémica con exudado blanquecino en pilar amigdalino derecho y 6 lesiones aftosas en cara lateral de lengua, mucosa bucal y encía.

Adenopatía laterocervical derecha < 1 cm, dolorosa, móvil y no adherida a planos profundos.

Análítica de sangre: Hemoglobina 13 g/dL, leucocitos $7,2 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $5,2 \times 10^3/\mu\text{L}$; PCR < 4; proteinograma normal; ANA negativo; Inmunoglobulina A, Anticuerpo antitransglutaminasa y anticuerpo antigliadina negativos; HLA-B51 negativo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de PFAPA del adulto (periodic fever, adenopathy, pharyngitis and aphthous stomatitis).

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Behçet; Síndrome de fiebre periódica con Hiperinmunoglobulinemia D; Celiacía.

Comentario final

Se pautó inicialmente tratamiento tópico con ácido hialurónico y colutorios, ante la no mejoría se indicó Prednisona 30 mg cada 24 horas durante 5 días con respuesta total pero recidivancia, motivo por el que fue derivada a Otorrinolaringología realizándose amigdalectomía y Me-

dicina Interna donde se descartó enfermedad de Bechet y Síndrome de fiebre periódica con Hiperinmunoglobulinemia D, se pautó tratamiento con colchicina en pauta ascendente hasta control con 1.5 mg al día y Prednisona en dosis única si odinofagia intensa.

El desconocimiento de este síndrome desde Atención Primaria supone en algunos casos múltiples consultas por el mismo motivo, provocando un gran desembolso económico por parte del paciente al prescribir tratamientos tópicos no financiados sin éxito. Una anamnesis detallada y una buena sospecha diagnóstica e interconsultas con compañeros hospitalarios permitiría acortar la evolución de esta enfermedad si no se pauta el tratamiento antiinflamatorio y en algunos casos inmunosupresor para su control, dado el infradiagnóstico que existe de esta patología.

Bibliografía

- Padeh S, Stoffman N, Berkun Y. Periodic fever accompanied by aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis syndrome (PFAPA syndrome) in adults. *Isr Med Assoc J [Internet]. 2008 [citado el 5 de marzo de 2024];10(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18605359/>*

778/157. LA IMPORTANCIA DEL MANEJO DEL DERRAME PLEURAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Fernández Carreño, I.¹, Cejudo Casas, M.², Barrionuevo Bonilla, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería

Descripción del caso

Varón de 56 años que acude a consulta de atención primaria ante la presencia de tos de un mes de evolución e inicio hace unos 10 días de dolor en región dorsal izquierda que aumenta con las respiraciones profundas. Afebril.

Refiere que el cuadro se inició con aumento de mucosidad y tos con expectoración que trató con acetilcisteína, pero a pesar de ello persiste la tos. No despierta por la noche. No edemas. No disminución de diuresis. Refiere pérdida de 10Kg de peso en 3 meses.

Antecedentes personales: Fumador de 10cig/día (IPA 20). No FRCV. No tratamiento habitual. Profesión agricultor.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Eupneico. TA130/70. Fc 65lpm.

Auscultación cardiorrespiratoria rítmico con crepitan-tes y disminución del murmullo vesicular en lóbulo ba-sal izquierdo. Resto sin hallazgos.

Se solicito Rx tórax PA con ICT <50%. No infiltrados pul-monares. Pinzamiento de seno costofrénico izquierdo.

Además, realizamos ecografía torácica no reglada donde pudimos observar derrame pleural izquierdo con ecogenicidad difusa y el signo de la medusa.

Solicitamos analítica con Bioquímica, hemograma y coa-gulación, serología de virus de la hepatitis, VIH y el IGRA.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Derrame pleural izquierdo en estudio

Diagnóstico diferencial

Derrame pleural secundario a:

- Insuficiencia cardiaca
- Perineumónico
- TBC
- Neoplásico

Comentario final

Ante la presencia de derrame pleural es fundamental realizar un buen diagnostico diferencial para ello es importante una anamnesis completa con los síntomas que asocia el paciente, factores de riesgo, anteceden-tes personales (patologías conocidas), vida laboral y tratamiento habitual, ya que nos orientaran en nuestro diagnóstico definitivo. La exploración física y pruebas complementarias también nos ayudarán, pero en al-gunas ocasiones para completar nuestro juicio clínico debemos de realizar una toracocentesis diagnostica analizando así las características del líquido.

Por lo que en nuestro caso derivamos a nuestro pa-ciente con dichas pruebas a la consulta de PAI pulmón.

Bibliografía

- Carvajal Revuelta E, García Álvarez R. *Methods of es-timation of pleural effusion by ecography. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2020;67(9):521-6.*
- Jany B, Welte T. *Pleural effusion in adults - Etio-logy, diagnosis, and treatment. Dtsch Arztebl Int. 2019;116(21):377-86.*

• Shaw JA, Diacon AH, Koegelenberg CFN. *Tuberculous pleural effusion. Respirology. 2019;24(10):962-71.*

778/158. EL LADO OSCURO DE LA FIE-BRE.

Autores:

Celis Romero, M.¹, Burrahay-Anano Tenorio, M.², Ruiz Carrasco, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comuni-taria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Fami-liar y Comunitaria. Centro de Salud Belén. Jaén

Descripción del caso

Varón de 46 años que consulta por fiebre de 5 días de evolución, de carácter ondulante y de predominio ves-pertino, con pico febril máximo de 40°C. Se acompaña de exantema generalizado no pruriginoso de 4 días de evolución. También refiere haberse notado una tumora-ción negruzca en la cara posterior del cuello. Ha tomado ibuprofeno con mejoría parcial de la fiebre.

No posee antecedentes personales de interés. Agri-cultor de profesión, posee dos perros como animales domésticos.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta una temperatura de 38°C, objetivándose la presencia de un exantema máculo-papular extendido por tórax, abdomen, miembros inferiores y palmas de ambas manos. En la cara posterior del cuello se visualiza una escara negruz-ca con halo eritematoso de unos 15mm de diámetro, con bordes bien definidos e indolora. Resto de explo-ración normal.

Se solicita analítica sanguínea donde destaca una leve elevación de las enzimas hepáticas (ALT 113 U/L, AST 86 U/L), con leucocitos en rango de nor-malidad, hemoglobina 11.3 g/dL y proteína C reactiva 153 mg/L.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial

Se debería realizar con otras rickettsiosis como la fie-bre tifoidea, así como enfermedades exantemáticas

como sarampión, rubeola o varicela. Descartar infecciones meningocócicas y vasculitis.

Comentario final

Ante la triada de fiebre, exantema y mancha negra se sospecha fiebre botonosa mediterránea, por lo que se inicia tratamiento con Doxiciclina 100mg cada 12 horas durante una semana y se solicita serología específica para *Rickettsia conorii*, resultando positiva. El paciente presentó mejoría progresiva de los síntomas hasta su recuperación completa.

La fiebre botonosa mediterránea es la rickettsiosis humana exantemática más frecuente en Europa. Su principal vector es *Rhipicephalus sanguineus* o garrapata del perro, cuya picadura suele pasar inadvertida. La lesión de inoculación es conocida como mancha negra, y suele acompañarse de fiebre alta intermitente y exantema máculo-papular. El diagnóstico definitivo lo aporta la serología, y suele presentar buena respuesta al tratamiento antibiótico.

Como médicos de Atención Primaria, es importante reconocer este tipo de enfermedades infecciosas e instaurar el tratamiento específico sin demora ante la alta sospecha clínica basada en la exploración y anamnesis.

Bibliografía

- Querol Fernández JC, Forja Ley, M, Querol Gutiérrez JJ. Fiebre botonosa mediterránea. FMC. 2014; 21: 312-5.

778/159. ESTE DOLOR NO ME DEJA GIRAR EL CUELLO.

Autores:

López Hernández, C.¹, Vergel Martín, I.², Bosquet López, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Vera. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuevas del Almanzora. Cuevas del Almanzora. Almería, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Mojácar Playa. Mojácar. Almería

Descripción del caso

Paciente varón de 63 años con antecedentes de brucelosis, portador crónico de hepatitis B e Hipertensión arterial, sin alergias conocidas

Acude por tumoración laterocervical asociado a dolor intenso con empeoramiento nocturno de un mes de evolución. No disfgia ni disfonía. Pérdida de peso no cuantificada

Exploración y pruebas complementarias

Cuello: tumoración pétreo de 4 cm de diámetro en cola de parótida izquierda, adherida, no móvil.

En Analítica 900 neutrófilos. Serologías para Toxoplasma, Epstein Barr y Citomegalovirus, ANA, serología para VIH y hemocultivos fueron negativos. La radiografía de tórax fue normal.

Se realiza ecografía, TAC cervical y RNM cervical: en localización posteroinferior a glándula parótida izquierda, aparente adenopatía o lesión focal con restricción de la difusión y realce periférico con área de hipo captación central (quístico-necrótica) de 23x10x30mm. Adyacente, en cadena yugular interna adenopatía patológica y pequeño foco quístico-necrótico con otras adenopatías inferiores y una supraclavicular izquierda. No se descarta proceso inflamatorio/neoplásico.

Se realiza PAAF: fondo hemorrágico, material proteináceo, linfocitos, histiocitos. Fragmentos de células con núcleos arriñonados, citoplasma poco definido, aspecto histioide sugestivo de granuloma sin células neoplásicas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Linfadenitis necrotizante histiocitaria o enfermedad de Kikuchi.

Diagnóstico diferencial

Granulomatosis necrotizante/ procesos neoplásicos/ Linfomas necrosados

Comentario final

La Linfadenitis Necrotizante Histiocitaria (LNH) o enfermedad de Kikuchi (EK) es una rara y autolimitada enfermedad que debe sospecharse ante adenopatías unilaterales cervicales y fiebre. El diagnóstico de esta entidad es aún un desafío, y la realización de estudios histológicos (consistentes en infiltrados linfocitarios-histiocíticos con ausencia de neutrófilos y presencia de necrosis) son de gran importancia para descartar otras posibles causas de linfadenopatías.

A pesar que la etiología de la EKF es desconocida, se menciona que una infección viral o una enfermedad autoinmune pueden desencadenar la enfermedad. Todo esto favorece a que otros agentes infecciosos como *Brucella* estén relacionados a este trastorno.

En el paciente se comenzó tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, presentó evolución favorable, sin evidencias de complicaciones por el momento. Estudios consultados plantean que la EKF tiene un

pronóstico favorable y que la mayoría de los casos se resuelven en pocos meses.

Bibliografía

- Kikuchi M. *Lymphadenitis showing focal reticulum cell hyperplasia with nuclear debris and phagocytes: A clinic-pathological study. Nippon Ketsueki Gakkai Zasshi 1972.*

778/160. GONALGIA EN EDAD PEDIÁTRICA Y LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Autores:

García Sánchez, I.¹, Anguita Mata, J.², Pegalajar Moral, B.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 10 años que acude a consulta por dolor pretibial en miembro inferior derecho de 2 semanas de evolución. Niega traumatismo. Presenta fiebre y dificulta las actividades cotidianas. Refiere que el dolor está presente con la presión selectiva sobre diáfisis tibial de tercio medio, durante la actividad física e incluso le despierta algunas noches. Mejora con ibuprofeno.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración: BEG, nutrición e hidratación adecuada. Buena perfusión y coloración. No exantemas ni petequias. No signos meníngeos ni rigidez cervical. No signos de dificultad respiratoria. ACP: Rítmica, no soplos, no ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible. Faringe y otoscopia normal. No adenopatías. MMII: No cojera. No tumefacción ni deformidad. MID: dolor a la palpación y mínimo aumento de calor local en tercio medio de pierna derecha. No eritema ni edema. Cadera y rodillas sin alteraciones.
- Analítica: hemograma, coagulación, bioquímica con glucosa, función renal, hepática, iones y PCR sin alteraciones reseñables.
- Se descarta foco de fiebre.

- *Rx de MID: radiolucencia a nivel de esponjosa de tibia derecha y engrosamiento de la cortical externa del tercio medio de la tibia.
- TAC: engrosamiento de la cortical externa con imagen hipodensa en su interior "nidus".
- El examen anatomopatológico confirma el diagnóstico. Desde el punto de vista histológico se compone de un tejido óseo inmaduro mineralizado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Osteoma osteoide

Diagnóstico diferencial

Fractura por estrés, osteomielitis, osteosarcoma intracortical, sarcoma de Ewing, quiste óseo aneurismático, encondroma, displasia fibrosa, granuloma eosinófilo y osteoblastoma.

Comentario final

Es importante, desde el punto de vista pediátrico, realizar un correcto diagnóstico diferencial entre las causas antes mencionadas, basándonos en la historia clínica y pruebas de imagen.

El osteoma osteoide es una lesión osteoblástica benigna caracterizada por un centro o 'nido' radiolúcido, no mayor a 1cm de diámetro.

En este caso, se optó por ablación percutánea con radiofrecuencia. Es un procedimiento mínimamente invasivo. Actualmente se encuentra asintomático y con seguimiento periódico.

Bibliografía

- Robert K, Heck Jr. *Benign bone tumors and nonneoplastic conditions simulating bone tumours. In: Canale, Beaty eds. Campbell's Operative Orthopaedics. 11th ed. Tennessee, USA: Mosby Elsevier; 2008.p.855-857.*

778/161. SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Añez Martínez, B.¹, Colino Ramos, P.², Gallego Ayuso, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Enfermero. Centro de Salud Purullena. Purullena. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y

Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada

Descripción del caso

Varón de 81 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de HTA, diverticulosis y enfermedad de Alzheimer en estado avanzado, en tratamiento crónico con donepezilo 10mg, memantina 20mg y enalapril 20mg diarios. Acude a urgencias por decaimiento, dolor abdominal generalizado y nula ingesta por vía oral de una semana de evolución, por lo que realizan tac abdominal donde se visualizan lesiones líticas óseas múltiples sugerentes como primera posibilidad de afectación ósea metastásica. Se consensúa con la familia no iniciar estudio de las lesiones para filiar primario, realizar control sintomático y continuar cuidados paliativos en domicilio. Tras ser dado de alta, al pertenecer a otro centro de salud fuera de zona de su domicilio, su mujer realiza un cambio de médico a nuestro centro de salud para estos cuidados al día siguiente, solicitando además un aviso domiciliario por agitación.

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra llegada se encuentra con mal estado general, caquexia, bajo nivel de conciencia y afluencia de rasgos. Eupneico, sin trabajo respiratorio, pero con estertores audibles sin fonendo. Postrado en cama, con gesto de disconfort y manoteo. Agitación en relación con el dolor. A la palpación abdominal impresiona de dolor generalizado, con defensa voluntaria, sin signos de peritonismo. Recorte de diuresis con nula ingesta por vía oral en días previos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Situación de últimos días.

Diagnóstico diferencial

Paciente paliativo versus paciente paliativo en situación de últimos días.

Comentario final

Tras consensuar con la familia, se decide inicio de sedación paliativa en domicilio, colocando dos vías subcutáneas en ambos pectorales: una para el infusor elastomérico de 24 horas con cloruro morfínico, buscapina y midazolam y otra para rescates. En los dos días siguientes se realizan visitas domiciliarias diarias para realizar refuerzo de cuidados, cambio de infusor y ajustes en el tratamiento, falleciendo el paciente posteriormente de forma confortable. Finalmente, des-

tafar que una de las mayores dificultades que hemos encontrado ha sido el establecer una buena relación médico-paciente en una fase de la enfermedad tan avanzada debido a que el paciente previamente se encontraba adscrito a otro centro de salud.

Bibliografía

- *Guías clínicas. Cuidados paliativos [Internet].* Badalona: Semergen; 2011 [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: https://semergen.es/resources/files/biblioteca/guiaClinicas/Guia_SEMERGEN_paliativos.pdf

778/162. AURA OLFATORIA COMO MANIFESTACIÓN DE UN GLIOBLASTOMA MULTIFORME.

Autores:

Rodríguez García, R.¹, Piury Pinzón, J.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón de 66 años que consulta por olor a gas desde hace cuatro meses asociado a cefalea frontal derecha y náuseas. Le ha ocurrido dos veces en cada mes y además le despierta por la noche. Como antecedentes personales de interés destaca una fractura temporal derecha por traumatismo craneoencefálico hace 30 años y un melanoma en nalgas intervenido en 2012 con márgenes libres.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial de 135/80 mmHg y frecuencia cardíaca de 70 lpm. La exploración neurológica es rigurosamente normal, sin focalidad ni signos meníngeos. Se solicita una analítica básica que resulta normal, un electrocardiograma con BRDHH y un TC de cráneo preferente que reveló una colección de 27 mm en convexidad hemisférica derecha con calcificaciones y efecto masa, apreciando signos incipientes de herniación transtentorial con efecto compresivo sobre el mesencéfalo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cefalea secundaria a tumoración cerebral.

Diagnóstico diferencial

Cefalea primaria/secundaria.

Comentario final

Se contactó con el paciente para derivarlo a Urgencias Hospitalarias. Allí fue valorado por Neurocirugía, que solicitó una RM craneal urgente que mostró una lesión ocupante de espacio compatible con neoplasia glial difusa de bajo grado y herniación uncal derecha. Se pautó tratamiento anticomicial con Levitiracetam e intervención quirúrgica programada. El diagnóstico final fue de glioblastoma grado IV IDH no mutado. Actualmente se encuentra en ensayo clínico por parte de Oncología. Las cefaleas son un grupo muy amplio y heterogéneo de entidades clínicas, y representan un importante problema de salud. La mayoría de ellas son de origen primario, principalmente migraña y cefalea tensional (90%). No obstante, el 10% corresponde a cefaleas secundarias, de las cuáles el 1% de ellas serán graves. Para identificarlas, debemos prestar atención a los signos y síntomas de alarma, así como a las banderas rojas durante la anamnesis y a cualquier alteración en la exploración neurológica. En nuestro caso, el aura olfatoria y despertarle por la noche.

Bibliografía

- González Oría C, Jurado C, Viguera J, editores. *Guía oficial de Cefaleas 2019. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea; 2019.*
- Santos S, Pozo-Rosich P. *Manual de Práctica clínica en cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020. Madrid: Luzan5; 2020.*

778/164. ECOGRAFÍA CON SORPRESA.

Autores:

Rodríguez Palácios, M.¹, Fabián Quirós, M.², Muñoz Sánchez, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casariche. Casariche. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 50 años, sin antecedentes de interés, consulta por bultoma en zona de pectoral derecho desde hace 4 días. Además, cometa astenia y tos desde hace

unos meses. Niega pérdida de peso. Niega síntomas B. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, impresiona bultoma de consistencia elástica de unos 2-3 cm de diámetro en zona de pectoral derecho entre axila y mamila derechas.

Dada la ausencia de ecografía en nuestro centro y la lista de espera de más de 6 meses para hacerse una ecografía, el paciente se la realiza de forma privada que informan como "derrame pleural derecho. Masa neofomativa aparentemente pleural que protruye intercostal en región pectoral derecha, condicionando una masa de 3x4 cm"

Tras estos resultados, se deriva al paciente al hospital para ingreso y estudio. En TAC de tórax y abdomen se objetiva "gran masa a nivel de hemitórax derecho ocupando la práctica totalidad del mismo con dimensiones de 17x13 cm con áreas de necrosis y signos de sangrado activo en el interior de la misma". Se realiza BAG con AP de sarcoma de Ewing.

Evolución. El paciente recibió durante 10 meses QT con excelente respuesta, pero a los tres meses, aparece nuevamente recidiva.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sarcoma Ewing origen costal/pulmonar derecho.

Diagnóstico diferencial

Lipoma, quiste, hematoma, sarcoma.

Comentario final

Los sarcomas son un conjunto de cánceres raros mesenquimales (en torno 1.5-2% de todos los cánceres) que se diferencian hacia tejido muscular, tejido óseo, tejido nervioso, tejido cartilaginoso... Pueden diagnosticarse a cualquier edad y en cualquier localización, siendo la más frecuente en las extremidades, seguida de tronco, retroperitoneo o cabeza y cuello. Con este caso queremos recalcar la importancia de hacer una buena exploración física de forma sistemática y detectar las banderas rojas.

Bibliografía

- Guía clínica de Osteosarcoma. *Fisterra.com. 2020. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/osteosarcoma/>.*

778/165. LA MALDICIÓN DEL RATONCI-TO PÉREZ.

Autores:

Saldaña Ortiz, L.¹, Tena Santana, G.², Gómez Morillo, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aracena. Aracena. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Galaroza. Galaroza. Huelva

Descripción del caso

Varón de 44 años, sin alergias medicamentosas, fumador de 1 paquete diario desde los 16 años, sin factores de riesgo cardiovascular, intervenido de colesteatoma de oído derecho a los 9 años y reintervenido a los 17, en seguimiento por Unidad de otorrinolaringología de referencia, en tratamiento con Omalizumab cada 6 semanas.

El paciente consulta en Centro de Salud por fiebre de 3 días con picos de 39.8º tras exodoncia, estando en tratamiento con Amoxicilina/Clavulánico de forma profiláctica. Se le pauta claritromicina, reconsultando 3 días después por fiebre mantenida a pesar de tratamiento, por lo que es derivado a urgencias del hospital.

Exploración y pruebas complementarias

En urgencias el paciente se encuentra estable hemodinámicamente y la exploración por aparatos es anodina, exodoncia sin complicaciones aparentes, destacando únicamente secreción en conducto auditivo externo derecho, doloroso a la palpación, del que se extrae muestra para cultivo.

Se extraen hemocultivos y analítica que muestra datos de sepsis (leucocitosis de 24.000/mm³ con neutrofilia de 21.320/mm³, PCR 154 mg/L, PCT 16,52 ng/mL) por lo que se decide ingreso. Tras empeoramiento clínico, se traslada a UCI y se realiza RNM de oídos que muestra trombosis de la yugular interna y seno transverso, secundarios a infección por contigüidad. Se aísla *Prevotella* y *Proteus mirabilis* en hemocultivos y *S. aureus* en exudado ótico. Se administra Piperacilina y Tazobactam por sensibilidad compartida mejorando el estado del paciente y siendo dado de alta 10 días después de su ingreso.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sepsis por tromboflebitis séptica yugular interna derecha (Síndrome de Lemierre) con origen en oído medio vs exodoncia.

Diagnóstico diferencial

Fiebre sin foco / otitis media supurativa / Síndrome de Lemierre.

Comentario final

Una fiebre mantenida a pesar de tratamiento antibiótico debe ser estudiada para encontrar el foco y, para ello, una correcta anamnesis puede dar muchos datos que orienten correctamente el diagnóstico.

Bibliografía

- *Guía clínica de Sepsis en adultos - Fisterra [Internet].* Fisterra.com. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/sepsis/>
- Lee W-S, Jean S-S, Chen F-L, Hsieh S-M, Hsueh P-R. Lemierre's syndrome: A forgotten and re-emerging infection. *J Microbiol Immunol Infect [Internet].* 2020;53(4):513-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.027>

778/166. DOCTOR, VEO DOBLE DESDE AYER.

Autores:

Rodríguez García, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 47 años que consulta por diplopía y visión borrosa desde ayer. En sus antecedentes personales consta una Diabetes Mellitus tipo I insulinizada desde hace 20 años, un edema macular en ojo derecho (OD) y una retinopatía diabética no proliferativa leve-moderada.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial de 138/89 mmHg y frecuencia cardíaca 65 lpm. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No alteración en la campimetría por confrontación. Endotropía del OD en posición primaria de la mirada. Diplopía referida en todas las posiciones de la mirada, que aumenta a la dextroversión. Paresia en la abducción del OD. El resto de la exploración neurológica fue normal. Se derivó a la paciente a Urgencias Hospitalarias.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Parálisis del VI par craneal (motor ocular externo).

Diagnóstico diferencial

Mononeuropatía diabética, Esclerosis Múltiple, Aneurisma de arteria carótida interna, Tumores cerebrales, Ictus, Accidentes isquémicos transitorios, Vasculitis, Hipertensión intracraneal, Infecciones cerebrales, Hemorragia intracerebral, Síndrome protuberencial (Millard-Gubler), Encefalopatía de Wernicke.

Comentario final

Fue valorada por Neurología de Guardia que solicitó un electrocardiograma, analítica, TC de cráneo sin contraste y doppler de arterias temporales. Todas las pruebas fueron normales, por lo que se diagnosticó de mononeuropatía aguda del VI par derecho en paciente diabética, de probable origen microvascular, pautando tratamiento antiagregante con aspirina a 100 mg, atorvastatina 80 mg y recomendando control de factores de riesgo cardiovascular. La RM cerebral ambulatoria que se solicitó resultó normal. Las parálisis oculomotoras se caracterizan por la imposibilidad o dificultad para realizar uno o varios movimientos oculares. En el caso del VI par se limita la abducción, produciendo diplopía horizontal más intensa de lejos. Es el par craneal más afectado en cualquier proceso intracraneal ocupante de espacio. Sin embargo, su causa más frecuente es la mononeuropatía secundaria a la Diabetes Mellitus. El tratamiento depende de la causa: la microvascular suele autolimitarse en el plazo de dos meses con control óptimo de los factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

- Wang JMH, Edwards BA, Loukas M, et al. *Supernumerary Abducens Nerves: A comprehensive Review. World Neurosurg* 2018; 112:39.
- Husain ZI, AlSayegh R, Humaidan HA. *A case report of isolated abducens nerve palsy; Idiopathic or ophthalmoplegic neuropathy? Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg* 2021; 57.

778/167. CEFALEA Y ACROMEGALIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Ventura Mullor, A.¹, Puga Mendoza, A.¹, Sola Montijano, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Retamar. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Huércal de Almería. Huércal de Almería. Almería

Descripción del caso

Paciente de 50 años que acude a su médico de Atención Primaria con antecedentes personales de migraña y SAOS, por cefalea opresiva occipital que irradia hacia hemicara izquierda hasta zona frontal y orbitaria con sonofobia y fotofobia. Interfiere con su actividad habitual (EVA 7). Mal descanso nocturno y aumento de estrés laboral. En tratamiento con naproxeno 550mg con escasa mejoría. Modificamos tratamiento cambiando AINE y añadiendo triptán. Derivamos a Neurología que indica tratamiento preventivo con corticoides y zonisamida. Transcurridos varios meses, refiere que ha tenido que aumentar de talla de zapatos y que se ha quitado los anillos porque "le apretaban los dedos". Palpitaciones ocasionales. Se deriva a CCEE de endocrinología que detecta hallazgos patológicos en analítica sanguínea con perfil hormonal alterado con aumento de GH e IGF-1. Solicita RMN craneal que evidencia nódulo de 15x12x9'5 mm hipofisario.

Exploración y pruebas complementarias

Peso 103.5kg - Talla 173 - IMC 34.5 Auscultación cardiopulmonar y exploración neurológica sin hallazgos. ECG Ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. Analítica sanguínea con aumento de GH e IGF 1.

Arcadas supraorbitarias y cigomáticas prominentes. Manos grandes.

Diástasis dentaria con mala oclusión

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cefalea a estudio.

Diagnóstico diferencial

Empeoramiento crisis migrañas. Posible acromegalia.

Comentario final

Diagnóstico final: Adenoma de hipófisis secretor de GH.

Tras el tratamiento quirúrgico con exéresis del nódulo hipofisario, el paciente experimenta mejoría franca del cuadro. Con este caso queremos resaltar la importancia de considerar diagnósticos alternativos y secundarismos en pacientes con clínica de larga duración y evitar asociar la clínica al empeoramiento de una patología ya existente como la migraña.

Bibliografía

- Gago-Veiga AB, Díaz de Terán J, González-García N, González-Oria C,
- González-Quintanilla V, Minguez-Olaondo A, et al. *Cómo y cuándo derivar*

- un paciente con cefalea secundaria y otros tipos de dolores craneofaciales
- desde Urgencias y Atención Primaria: recomendaciones del Grupo de
- Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología*.
- [Internet]. 2020;35(5):323-31

778/168. TUMORACIÓN LUMBAR: ¿LIPOMA O NEUROFIBROMA?

Autores:

Rodríguez Jiménez, C.¹, Reche Fernández, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva de Algaidas. Villanueva de Algaidas. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Mollina. Málaga

Descripción del caso

Varón de 26 años, sin alergias medicamentosas, diagnosticado de Neurofibromatosis tipo I (NF1) en 2010, Hamartomas cerebrales, estenosis de acueducto de Silvio, Ventriculostomía endoscópica e hidrocefalia congénita. Consulta por lesión subcutánea lumbar de 9 años de evolución. Destaca una masa caliente, violácea y dolorosa a la palpación profunda. Se realiza RMN donde destaca una leve dilatación de los ventrículos laterales a expensas de las astas occipitales, lesiones de alta señal en T2 y FLAIR localizadas en bulbo, protuberancia y mesencéfalo de predominio izquierdo así como en pedúnculos cerebelosos y olivas cerebelosas. Supratentorialmente se objetivan lesiones a nivel de los ganglios basales y en sustancia blanca de predominio periventricular y lesiones hamartomatosas compatibles con NF1. Acude nuevamente por molestias en la lesión que se cree compatible con lipomatosis, dicha lesión aparenta aumento de temperatura y vascularización local.

La lesión evoluciona tórpidamente con aumento de tamaño y cambio de color.

Se deriva a Cirugía General y del Aparato Digestivo donde se destaca el diagnóstico de NF1 del paciente y se valora exéresis.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física descrita previamente; analítica (bioquímica, hemograma, coagulación, proteína C reactiva); RNM.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se confirma diagnóstico de NEUROFIBROMATOSIS TIPO I, iniciando

Exéresis de tumoración angiolipomatosa con ligasure.

Diagnóstico diferencial

Lipomatosis, esclerosis tuberosas, síndrome de McCune Albright, quiste.

Comentario final

La NF1 es un síndrome hereditario que predispone a ciertos tumores y ciertos rasgos cutáneos característicos como por ejemplo la mancha “ café con leche” , marrón clara, uniforme con borde liso que tienen que hacernos sospechar acerca de esta enfermedad. Los neurofibromas son tumores de elevada frecuencia, al menos cada médico verá 2 casos en su vida profesional por lo que es importante su estudio. Las tumoraciones aparecen tardíamente y aumentan en número y tamaño con la edad, esto puede ocasionar la malignización de estas lesiones por lo que un diagnóstico preciso es crucial para prevenir complicaciones, para ello es fundamental un seguimiento multidisciplinar.

Bibliografía

- UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/neurofibromatosis-type-1-nf1-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=neurofibromatosis%20tipo%201&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
- Ly KI, Blakeley JO. The diagnosis and management of neurofibromatosis type 1. *Med Clin North Am* [Internet]. 2019 [citado el 5 de marzo de 2024];103(6):1035-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31582003/>

778/169. CUANDO CUIDADOS PALIATIVOS ENTRA EN TU VIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

García González, S.¹, Cejudo Casas, M.², Domingo Rubio, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María del Águila. El Ejido. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería,

(3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería

Descripción del caso

Varón de 56 años sin antecedentes de interés, acudió a su médico de Atención Primaria por presentar dolor lumbar, náuseas, astenia y pérdida ponderal de 4-5kg de 2 meses de evolución. Trabaja en industria metalúrgica y asociaba dicha clínica a su trabajo por esfuerzos físicos. Tras una primera valoración decidió derivación preferente a Digestivo. A los pocos días, por empeoramiento clínico y aparición de vómitos e incremento del dolor, el paciente acudió a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

En Urgencias, destacaba importante ascitis no presente en días previos. En analítica se objetivó elevación muy marcada de enzimas hepáticas, bilirrubina total y reactantes de fase aguda. Se decide ampliar estudio con ECO abdominal, objetivando múltiples LOEs hepáticas bien delimitadas isoecoicas con dilatación moderada de la vía biliar intrahepática.

Ante dichos hallazgos, se decidió ingreso a cargo de Digestivo, donde se ampliaron las pruebas de imagen, con Ecoendoscopia, que objetivó una gran masa de 70x30mm en cuerpo-cola de páncreas mal delimitada con capsula dura y fibrosa con vasos internos y áreas de necrosis tumoral y TAC abdominal, que confirmó dichos hallazgos, además de metástasis pulmonares, hepáticas, vertebrales y alta sospecha de carcinomatosis peritoneal.

Sin necesidad de biopsia y ya en Oncología, se diagnosticó de Adenocarcinoma Pancreático T4N1M1, con criterios de irreseccabilidad y sin posibilidad de tratamiento curativo.

El paciente fue derivado a Cuidados Paliativos, que fueron los encargados de hacer de soporte tanto para el paciente como para su familia, informar del cuadro que presentaba el paciente, resolver las dudas que surgían y estableciendo una relación en dicho momento.

El mayor miedo que verbalizaba el paciente era que no quería sufrir ni ver sufrir a su familia

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Adenocarcinoma Pancreático

Diagnóstico diferencial

Pancreatitis Autoinmune

Comentario final

Los cuidados paliativos son aquellos que buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias en patologías al final de la vida y su labor es cada vez más importante en nuestra sociedad

Bibliografía

- *Guía de Cuidados Paliativos [Internet]. Secpal.org. Disponible en: <https://www.secpal.org/guia-de-cuidados-paliativos/>*
- *de Patología Digestiva (SEPD) SE. Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). Sepd.es. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://sepd.es/sepdtv/vbp>*

778/170. CURAR A VECES, ACOMPAÑAR SIEMPRE.

Autores:

Fabián Quirós, M.¹, Rodríguez Palácios, M.², Domínguez Villatoro, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casariche. Casariche. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 63 años con AP de ca microcítico epidermoide, T3-T4 N2 Mx no resecable, con progresión pulmonar. Hidropneumotórax secundario a fístula broncopleurales en muñón de neumectomía previa, con necesidad de toracotomía derecha en septiembre 2022.

Sin tratamiento activo por decisión del paciente. En seguimiento por paliativos de zona y por su MAP.

Avisan por cuarta vez en la semana por mal control del dolor, disnea y claudicación familiar.

A mi llegada al domicilio cuidador principal con llanto incontrolable y crisis de ansiedad.

Exploración y pruebas complementarias

Acudo a valorar al paciente y entorno familiar.

Tomo constantes TA 90/60, Sat 85% con GN, FC 90. Afebril. Eupnéico en reposo y sin edemas en miembros inferiores

No realizo pruebas complementarias invasivas

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Paciente en situación de últimos días.

Diagnóstico diferencial

Cáncer pulmón Estadio IV. Sedación paliativa.

Comentario final

Con este caso, queremos reseñar que cuando la enfermedad avanza y nos situamos en los últimos días del proceso, la aplicación de medidas de sedación terminal es siempre un ámbito de decisión de una gran complejidad que exige una importante reflexión previa en torno a los valores éticos en cuestión por parte de las personas involucradas.

Morir en el propio domicilio es un deseo que expresan muchos de los pacientes con enfermedades avanzadas a los que prestamos nuestros cuidados. En estas ocasiones es preciso contar, más que nunca, con el apoyo familiar para la gestión del cuidado. En este sentido, hemos de tener en cuenta no sólo su complejidad técnica, sino, y, sobre todo, el gran impacto emocional que la futura pérdida supone y las dificultades que éste puede ocasionar en el desarrollo de la intervención.

En el entorno de la Atención Primaria de Salud el trabajo en equipo es fundamental. La toma de decisiones ha de desarrollarse de manera compartida entre paciente (en la medida de sus posibilidades), familia y profesionales. Para esto habremos debido informar en detalle y con calma a la familia de las alternativas disponibles y del previsible desarrollo del proceso.

Bibliografía

- SEMFYC. *Cuidados paliativos en atención primaria. 2023.*

778/171. ¿EL RASCAR FUE EL EMPEZAR?

Autores:

Reche Fernández, I.¹, Rodríguez Jiménez, C.², Marín Serralvo, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Mollina. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva de Algaidas. Villanueva de Algaidas. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 78 años con enfermedad de Alzheimer avanzada que presenta prurito de 2 meses de evolución. Diagnosticada como eczema nervioso en tratamiento con quetiapina, xerosis cutánea en tratamiento con emolientes y cremas hidratantes y más tarde como prurito urémico tras analítica con elevación de la urea en 58 con antihistamínicos sin mejoría. La paciente acude con las manos envueltas en trapos para evitar lesiones por rascado.

A la exploración presenta escoriaciones y placas eritematosas de predominio en miembros superiores e inferiores con dos ampollas a tensión en pie derecho. Nikolsky negativo. Sin afectación de mucosas.

Se comienza tratamiento con corticoides orales e hidroxicina y se realiza teleconsulta con dermatología. Dermatología solicita biopsia con punch de la lesión donde se confirma el diagnóstico de penfigoide ampolloso (Inmunofluorescencia:IgG,C3:+++lineal basal Fibrinógeno:+++ intersticial IgM,IgA negativa) con analítica compatible (Anticuerpos anti BP180 5.44 y BP 230 6.97 (positivos). Cuando acudió a la consulta de dermatología la paciente se encontraba asintomática y sin nuevas lesiones. Se pauta propionato de clobetasol tópico sobre las lesiones activas e hidroxicina si persistiese el picor. En un mes se cita a la paciente objetivando la resolución del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física descrita previamente; analítica (bioquímica, hemograma, perfil hepático, proteína C reactiva,Anticuerpos anti BP180 5.44 y BP 230 6.97,antidesmogleina 1 y 3); biopsia de piel (punch)

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Penfigoide ampolloso

Diagnóstico diferencial

pénfigo vulgar, prurito urémico, xerosis cutánea, eczema nervioso

Comentario final

Una exploración física exhaustiva es clave en el diagnóstico de enfermedades cutáneas, especialmente en pacientes donde la anamnesis no puede realizarse de forma óptima.

Bibliografía

- Fuertes de Vega I, Iranzo-Fernández P, Mascaró-Galy JM. *Penfigoide ampolloso: guía de manejo práctico.*

Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2014;105(4):328-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.10.022>

- Peraza DM. Penfigoide ampolloso [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/enfermedades-ampollosas/penfigoide-ampolloso>

778/172. HIPERGLUCEMIA EN ADULTO JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Rodríguez Valdes, A.¹, Román De Sola, B.², Muñoz Muñiz, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 38 años sin antecedentes personales de interés. Entre los antecedentes familiares destaca que su prima padece diabetes mellitus tipo 1 y tíos maternos diabetes tipo 2. Ganancia ponderal de unos 10 kg en los últimos 3 años. En los últimos meses, pérdida de peso hasta el actual en torno a 70 kg. Mucha sed, apetito que lo atribuye al estrés por los cambios en su ritmo de vida en reciente mudanza. Acude a su centro de salud donde su Médico de Familia solicita analítica con autoinmunidad pancreática.

Exploración y pruebas complementarias

IMC 23,4 kg/m². En analítica se observa glucemia 354 mg/dL; Colesterol total 200 mg/dL; HDL 49 mg/dL; LDL 120 mg/dL; Triglicéridos 101 mg/dL; Perfil hepático normal y hemoglobina glicosilada 13%. Péptido C conservado, aunque no estimulado con glucosa 354. Anticuerpos antiGAD positivos. No cetonuria. Tras el diagnóstico, se inició insulina basal 15UI en la noche, meformina 850 mg medio comprimido cada 12 horas, pauta móvil de insulina rápida si valores de más de 150 mg/dL y se derivó a Endocrinología. Tras inicio de medicación y cambios en el estilo de vida pudo llegar a retirar insulina manteniendo muy buen control glucémico sólo con ADO, con valores promedio en ayunas de

101 mg/dL. Mantiene reserva pancreática actual, con péptido C conservado con glucosa 87 mg/dL.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Début diabético tipo LADA

Diagnóstico diferencial

Diabetes tipo 2; Diabetes tipo 1

Comentario final

La importancia de la Medicina de Familia en identificación de los pacientes con diabetes ya que es posible que una proporción importante de pacientes diagnosticados en consultas de Atención Primaria como DM2 sean realmente tipo LADA, por lo que convendría reevaluar el diagnóstico y solicitar anticuerpos antiGAD, al menos en pacientes con diabetes en adultos jóvenes, sin obesidad ni otros FRCV, que comienzan con clínica cardinal de hiperglucemia, antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes y que en su evolución precisaron precozmente insulina por fracaso de medicación oral.

Bibliografía

- Paolo Pozzilli, Silvia Pieralice. Latent Autoimmune Diabetes in Adults: Current Status and New Horizons. *Endocrinol Metab* 2018; 33:147-159.
- M. Ferre, A. Donado, MT.Garcia, B. Costa. LADA-type diabetes. A category to be taken into account in primary health care. Elsevier.

778/173. MOLESTIAS URINARIAS QUE SE COMPLICAN.

Autores:

Prada Rica, M.¹, Rengel Gómez, M.², Moleón Bellido, M.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón de 50 años sin antecedentes personales, revisiones rutinarias ni analíticas previas

que acude a consulta por molestias urinarias de 3 días de evolución.

Se realiza una tira de orina en consulta donde se evidencia una infección urinaria y se pauta tratamiento antibiótico. Se decide solicitar una analítica de rutina. Al ver los resultados días después se evidencia una insuficiencia renal aguda y deriva al paciente al hospital de referencia.

El paciente se ingresa para realizar estudio con analítica, ecografía renal y posteriormente estudio genético. Se detecta en el ingreso una acidosis metabólica que se corrige, el resto del ingreso transcurre sin incidencias.

El paciente tras estudio genético se diagnostica de poliquistosis renal autosómica dominante y actualmente está en diálisis y en seguimiento por nefrología que valora un trasplante renal.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general con febrícula de 37,7°C. Molestias a la palpación en zona hipogástrica.

Analítica de atención primaria: Leucocitos: $12,43 \times 10^3$ /uL, hemoglobina: 10,6 g/dl,

urea: 280 mg/dL, creatinina: 10,5 mg/dL, sodio: 133 mEq/L, potasio: 4,9 mEq/L, PCR: 233 mg/L.

En ingreso:

GSV : pH: 7.150; Bicarbonato: 6.3 mmol/L, Exceso Bases: -20.7 mmol/l.

ECG: Ritmo sinusal a 98 lpm.

Rx tórax y abdomen sin hallazgos.

Ecografía: Riñones de unos 13 cm con pérdida de la estructura normal, con mala diferenciación cortico-medular y múltiples quistes corticales, de aspecto displásico/poliquístico sin dilatación de la vía excretora.

En el estudio genético se identifica heterocigosis de una variante patogénica en el gen PKD 1 que confirma la enfermedad de riñón poliquístico autosómico dominante.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Insuficiencia renal aguda; Poliquistosis renal autosómica dominante.

Diagnóstico diferencial

Glomerulonefritis; enfermedad quística adquirida; esclerosis tuberosa.

Comentario final

El conocimiento de los pacientes es una ventaja en las consultas de atención primaria.

Al realizar un estudio rutinario oportunista para descartar factores de riesgo cardiovasculares asociados a la edad, permitió descubrir una patología grave en un paciente aparentemente sano. Este hallazgo casual que nos permitió actuar rápido y ha permitido una buena evolución del paciente.

Bibliografía

- Torres VE, Harris PC. Cystic diseases of the kidney. In: Yu ASL, Chertow GM, Luyckx VA, Marsden PA, Skorecki K, Taal MW, eds. Brenner and Rector's The Kidney. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 45.

778/175. ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO.

Autores:

Castillo Puértolas, M.¹, Castaño Bermúdez, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 30 años, con antecedente personal de interés de artritis reumatoide, acude a la consulta por episodios de dolor cólico en epigastrio, de meses de evolución, ligado a vómitos. Asocia, poliartralgias, deposiciones diarreicas sin productos patológicos y sensación de frialdad en dedos de ambas manos en épocas de frío y estrés. Niega sensación de pirosis ni reflujo. Toma Pantoprazol en contexto de polimedicación por artritis reumatoide.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración buen estado general y hemodinámicamente estable. A la exploración abdominal, se aprecia dolor a la palpación profunda en epigastrio sin otras alteraciones de interés.

En analítica sanguínea con perfil abdominal, hormonal, perfil celíaco, intolerancias alimentarias, PCR y calprotectina no se observan alteraciones significativas. Cultivo de heces negativo para bacterias y parásitos. Se realiza endoscopia digestiva alta apreciándose gastritis crónica superficial. Ante el resultado negativo de pruebas complementarias y la clínica articular y digestiva de la paciente se deriva a Reumatología ante la sospecha de enfermedad autoinmune. En Reumatología, se realiza analítica con marcadores inmunológicos, siendo po-

sitivo para Ac(IgG) antinucleares y Ac(IgG) anti RNP-U1. Asocia hipocomplementemia a expensas de C3 y C4.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC).

Diagnóstico diferencial

Enfermedad Celíaca vs Úlcera gástrica vs Enfermedad autoinmune

Comentario final

La EMTC es una conectivopatía de muy baja prevalencia en la población general. Es de naturaleza autoinmune e inflamatoria provocando el compromiso de parénquimas, órganos y tejidos, dejando en ellos un daño estructural y funcional. Su diagnóstico precoz permite modificar el curso de la enfermedad por lo que es de suma importancia pensar en ellas en nuestros diagnósticos diferenciales. Se caracteriza por la combinación de manifestaciones propias del lupus eritematoso sistémico, de esclerosis sistémica y de polimiositis, asociadas a la presencia del anticuerpo anti RNP-U1. Los síntomas más frecuentemente son artralgias, compromiso estado general y debilidad. Otros menos frecuentes serían Raynaud, molestias digestivas, miocarditis o glomerulonefritis. El tratamiento varía según la gravedad de la enfermedad y los órganos afectados basándose fundamentalmente en el uso de corticoides e inmunosupresores.

Bibliografía

- Patricia Abumohor G. *Enfermedades del tejido conectivo: Importancia del diagnóstico precoz*. *Rev médica Clín Las Condes [Internet]*. 2012;23(4):391-400. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70330-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70330-9)

778/176. MOLESTIAS ABDOMINALES DE LARGA EVOLUCIÓN, UN RETO CLÍNICO.

Autores:

Castaño Bermúdez, P.¹, Castillo Puértolas, M.², Llimona Perea, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla, (3) Especialista en

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla

Descripción del caso

Mujer 30 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, refiere molestias abdominales inespecíficas con sensación de hinchazón abdominal sin relación con las comidas de 2 años de evolución. No pérdida de peso, no náuseas ni vómitos. Ha consultado en múltiples ocasiones por dicho motivo a diferentes médicos siendo diagnosticada por “molestias estomacales”.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, la paciente presenta buen estado general y hemodinámicamente estable. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos significativos. No edemas en MMII.

En la exploración abdominal, ruidos hidroaéreos presenta, blando y depresible. Se palpa masa en fosa ilíaca derecha, levemente dolorosa a la palpación, de superficie heterogénea adherida a planos profundos de unos 3-5cm de diámetro. No signos de irritación peritoneal.

En analítica sanguínea, no se observan datos de interés (marcadores tumorales negativos). En ecografía abdominal se aprecia lesión heterogénea en fosa iliaca derecha de gran tamaño asociada a imagen de pseudomasa centroabdominal que ejerce efecto masa. Se completa estudio con TAC con contraste IV de abdomen y pelvis donde confirman gran masa abdominopélvica de densidad heterogénea con polos, y áreas grasas con tamaño 34,4 x 24,4 x 16,9 cm compatible con liposarcoma retroperitoneal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Liposarcoma retroperitoneal bien diferenciado de gran tamaño.

Diagnóstico diferencial

Liposarcoma, Linfoma, Lesión anexial

Comentario final

El liposarcoma es el tumor retroperitoneal más frecuente, siendo una enfermedad de evolución silenciosa cuyo tratamiento es el manejo quirúrgico. La clínica suele ser inespecífica, desde un dolor abdominal difuso (40-60%), clínica neurológica por compresión (30%), edema en miembros inferiores o varicocele (10%) asociados generalmente a pérdida de peso, náuseas, vómitos o saciedad temprana. Un diagnóstico temprano mejora el pronóstico y la

probabilidad de recurrencia, por ello es fundamental realizar una buena historia clínica y exploración física. Es crucial destacar el papel de una adecuada exploración abdominal en las consultas de Atención Primaria. En repetidas ocasiones, debido al poco tiempo en consulta así como el elevado número de exploraciones abdominales anodinas se realiza una exploración abdominal exhaustiva, motivo por el cual se puede infradiagnosticar patologías.

Bibliografía

- Sandoval Rodríguez, J. I., Serrano Quintero, L. N. (2016). Liposarcoma retroperitoneal gigante: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista chilena de cirugía*, 68(6), 449-452

778/177. SI HUBIÉRAMOS AMPLIADO LA IMAGEN...

Autores:

Morillas Jiménez, M.¹, Añez Martínez, B.², Bretones Alcaraz, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Descripción del caso

Mujer de 68 años, antecedentes personales: menopausia precoz quirúrgica con 38 años, esofagitis, síndrome de piernas inquietas, queratouveítis herpética, hipercolesterolemia. Tratamiento actual: omeprazol, cinitaprida, pramipexol, lormetazepam, propranolol, valaciclovir, atorvastatina y colirio dexametasona. Exfumadora desde 2010.

Exploración y pruebas complementarias

Leve tumefacción a nivel del tercer, cuarto y quinto metatarsianos del pie derecho con edema acompañante y deformidad. Se compara con el pie contrario, el cual no presenta ninguna alteración. Radiografía bilateral de pies en carga: imágenes examinadas por su Médico de Familia, no encontrando alteraciones radiológicas. Se realiza una interconsulta a la Unidad del Pie de Traumatología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

En traumatología se diagnostica “necrosis de la cabeza del tercer metatarsiano del pie derecho”. Se solicitó un TAC. Se planteó a la paciente tratamiento quirúrgico con osteotomía del 3º metatarsiano, el cual aceptó.

Diagnóstico diferencial

- Fractura ósea reciente o antigua: se descartó con las imágenes de radiografía.
- Artrosis: signos degenerativos leves en la radiografía.
- Neuroma de Horton: Se precisaría de una resonancia para descartarlo.

Comentario final

1.- Debido al alto volumen de trabajo de los Médicos de Familia, en ocasiones no se invierte tiempo suficiente en analizar algunas pruebas complementarias, pudiendo pasar desapercibidas (a pesar de la alta calidad de las imágenes digitales) patologías menos frecuentes o no graves, las cuáles no se plantean como diagnóstico diferencial en un primer momento, pero cuyo diagnóstico resulta determinante en la resolución precisa y afortunada del proceso. En la paciente del caso pasó desapercibida la atrofia ósea que presentaba la cabeza del tercer metatarsiano, al ser poco frecuente y no estar los Médicos de Familia familiarizados en determinadas imágenes radiológicas.

2.- Aumentar el tiempo disponible por paciente aumentaría la rentabilidad diagnóstica.

3.- Resulta aconsejable la realización de cursos de formación y actualización en técnicas de imagen.

Bibliografía

- Henry J. Mankin, M.D. Nontraumatic Necrosis of bone. *N Engl J Med*. 1992; 326:1473-1479.
- Munk PL, Helms CA, Holt RG. Immature bone infarcts: findings on plain radiographs and MR scans. *AJR Am J Roentgenol*. 1989 Mar;152(3):547-9.

778/178. DOCTOR, ESTA HERIDA NO SE CURA.

Autores:

Estrada Ayala, P.¹, Jiménez Pérez, N.², Rivera Fresneda, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (3) Re-

sidente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla

Descripción del caso

Mujer 60 años con Antecedentes Personales de Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipemia y obesidad que acudió por corte accidental en 1er dedo de mano derecha con un plato de cerámica mientras fregaba. Evolución tórpida de la herida que no se resolvió a pesar de 2 pautas antibióticas con Amoxicilina/clavulánico y cefadroxilo. Muestra dolor e inflamación articular. Afebril

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración aumento de volumen articular y temperatura local, inflamación, zona eritematosa. Limitada la movilización del primer dedo. Exudado purulento. Se realizó Rx donde se aprecia (Aportaré imágenes reales de la Rx): Erosiones subcondrales en la vertiente medial de la articulación Metacarpofalangica del 1er dedo que impresiona de proceso inflamatorio-infeccioso. Solicitamos cultivo del exudado en el que se aisló *Enterobacter cloacae*. No se pautó vacuna para el tétanos. Derivamos a Urgencias hospitalarias, que tras los hallazgos en la exploración, analítica con leucocitosis, RFA elevados y TAC, se diagnosticó de herida complicada sobreinfectada con artritis séptica.

Volvieron a tomar cultivos y decidieron intervención quirúrgica urgente, colocando Fijador externo. Añadieron Antibioterapia Intravenosa: Ciprofloxacino 750 mg/12 horas + Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8h con buena respuesta

Días después realizaron Resonancia magnética descrita como Osteomielitis Aguda del radio y 1er metacarpiano, celulitis de tejido subcutáneo. Tendinosis leve flexor 1er dedo.

Actualmente ligera limitación y leve dolor residual con movilidad conservada

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Osteomielitis

Diagnóstico diferencial

Celulitis, Flebitis, Tumor óseo, Escorbuto

Comentario final

En atención primaria es importante llevar un seguimiento estrecho de aquellas patologías que son susceptibles de derivar en complicaciones. Localizar factores de riesgo y comorbilidades nos permite sospechar y detectar de manera precoz una evo-

lución no favorable, ganando tiempo y evitando la progresión y el agravamiento del proceso. En nuestro caso, la diabetes debe hacernos pensar, incluso antes de iniciar la primera pauta antibiótica, que es posible una mala cicatrización y por lo tanto un mayor riesgo de desarrollar complicaciones. Las pruebas complementarias en una herida con una mala evolución, como son la Radiografía (pasada una semana al menos) y el cultivo son importantes para orientar el manejo de la infección, y así, realizar, si fuera necesario, una derivación a tiempo.

Bibliografía

- Stevens DL, et al. *Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America.*

778/179. ¿DEMENCIA O PSICOSIS?

Autores:

Gallego Iglesias, M.¹, Alberich Cea, R.², Ruiz Ponte, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barca. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 56 años, con antecedente personal de escoliosis dorsolumbar. No realiza tratamiento habitualmente. No hábitos tóxicos. Antecedente familiar de padre con enfermedad de Alzheimer. Trabajador de la construcción durante 25 años. Acudió a su MAP acompañado de familiar (hermano) por episodio de ideas de autorreferencia y perjuicio de su entorno (vecinos), y alucinaciones auditivas comentatorias y despreciatorias, desde hacía dos meses. Ante estos hallazgos se realizó pruebas complementarias y se derivó a equipo de salud mental de zona, que comenzó a tratar con varios antipsicóticos como si de un trastorno psicótico se tratara, sin mejoría clínica y con efectos secundarios (acatisia, alteración de la marcha, inquietud, temblor, ...). Seguimiento durante un año por el equipo de Salud Mental, presentando empeoramiento clínico que precisó dos ingresos en la Unidad de Agudos de Salud Mental, sin clara mejoría clínica tras los ingresos.

Exploración y pruebas complementarias

Se realizó analítica (incluyendo hemograma, bioquímica, cobre, hormonas tiroideas, serología de virus), drogas de abuso en orina y TAC craneal, que fueron normales. Durante el ingreso, se realiza interconsulta a Neurología que realiza EEG (normal), exploración neurológica (normal excepto, leve parkinsonismo, bradicinesia generalizada y marcha con ligero aumento de la base de sustentación), mini-mental (destacando un déficit cognitivo más llamativo en funciones ejecutivas y atencionales) y DAT-SCAN/SPECT cerebral (pendiente de realización).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

DETERIORO COGNITIVO A FILIAR, CON IDEAS DELIRANTES. PARKINSONISMO FARMACOLÓGICO.

Diagnóstico diferencial

Cuadros neurológicos neurodegenerativos (demencia tipo frontotemporal, por cuerpos de Lewy, corticobasal). - Episodio psicótico (esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes)

Comentario final

El envejecimiento de la población determina un aumento de la prevalencia e incidencia de personas afectadas de demencia. La enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente. La mayoría de las demencias incluyen frecuentemente trastornos conductuales y psicológicos.

Bibliografía

- Formiga F, Robles MJ. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. Fernandez-Matarrubia M, Matías Guiu JA. Demencia frontotemporal variante conductual: aproximación clínica y terapéutica.

778/181. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO ESTRECHO DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Ortega Bautista, L.¹, Lozano García, M.¹, Medina Zuheros, T.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada

Descripción del caso

Paciente varón de 54 años, en seguimiento por cardiología por infarto agudo de miocardio hace 1 año, que acude a nuestra consulta para revisión y ajuste de tratamiento, así como ver evolución de su estado actual. Refiere haber dejado de fumar hasta el momento y estar perdiendo peso, con control adecuado de la glucemia y cifras tensionales, pero que "desde que le están poniendo la medicación inyectable mensual para bajar el colesterol en el hospital, no se encuentra bien, con malestar general asociado". Le indicamos hacer revisiones cada 15 días, dejando de administrarse la medicación hipolipemiente. En la siguiente revisión le preguntamos por nuevos síntomas y nos comenta que "tiene una sensación de mareo constante que no cede", sin síntomas auditivos ni cortejo vegetativo asociados, ni desencadenarse con los movimientos cefálicos.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 125/78, FC 68, SatO2 99%. Exploración otológica: Sin alteraciones a nivel bilateral. ACP: Rítmico, sin soplos ni ruidos patológicos sobreañadidos. MVC, sin roncus, sibilantes ni crepitantes. Exploración neurológica: Reflejo fotomotor y oculomotor conservado. Nistagmo horizontal agotable. Resto de pares craneales conservados. Sensibilidad y fuerza conservada. Romberg y Balani positivo. Analítica: Hemograma sin alteraciones. Bioquímica sin alteraciones. Urianálisis sin alteraciones. Hemostasia sin alteraciones. Colesterol LDL 279 mg/dL, HDL 35 mg/dL, triglicéridos 250 mg/dL. Pedimos TC urgente: Infarto isquémico subagudo cerebeloso. Hacemos derivación urgente a unidad de ictus de neurología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Vértigo de origen central

Diagnóstico diferencial

Efecto secundario de la medicación hipolipemiente

Vértigo periférico paroxístico benigno

Accidente cerebrovascular

Comentario final

Importancia del seguimiento crónico de nuestros pacientes, así como preguntarles su estado general y aparición de nuevos síntomas, aún estando bien controlados de su patología de base; así como realizar exploraciones físicas completas y minuciosas, debido a

que aunque el síntoma sea banal, puede estar enmascarando una patología grave de base.

Bibliografía

- MASOUMI, B. et al. *Diagnostic Value of S100B and Neuron-specific Enolase in Distinguishing Acute Central and Peripheral Vertigo. Eurasian Journal of Emergency Medicine*, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 246, 2022.

778/182. Pioderma gangrenoso y eritema nudoso como manifestación extraintestinal de la enfermedad de Crohn.

Autores:

Valverde Entrena, V.¹, Gonzalez Castrillo, L.¹, Domingo Rubio, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería

Descripción del caso

Hombre de 26 años con hábitos tóxicos de ex fumador de cannabis hace 5 años tras salida de centro de menores. Ex-enolimo de 10 litros de cerveza desde hace 2 años. Antecedentes personales de dispepsia y episodios diarreicos autolimitados. Acude por úlceras pretibiales en miembros inferiores de una semana de evolución, dolorosas asociando malestar general y fiebre. Además refiere astenia, anorexia, dolor abdominal y deposiciones diarreicas sin productos patológicos en los dos últimos meses.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general con palidez mucocutánea. Miembros inferiores con lesiones ulcerativas intensamente dolorosas. Resto de exploración por aparatos anodina. Se solicita analítica de sangre con serologías de virus de hepatitis, Citomegalovirus, VIH y Epstein Bar, análisis de orina y estudio de heces con coprocultivo y sangre oculta, y se da nueva cita en 7 días para resultados de pruebas complementarias y valoración. En los resultados destaca hemoglobina de 9,9 g/dl, leucocitosis 17.543 con neutrofilia (87%), sangre oculta en heces positiva en tres muestras y calprotectina fecal de > 6000 µg/g. Resto normal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ante el empeoramiento clínico del paciente con aparición de nuevas lesiones nodulares dolorosas en miembros

inferiores se deriva a urgencias hospitalarias con sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal con manifestaciones extraintestinales, donde es ingresado en digestivo. Se realiza colonoscopia: úlceras serpinginosas y mucosa en empedrado friable, con diagnóstico de enfermedad de Crohn ileo-cólica extensa, y se valoran las lesiones dermatológicas por dermatología con diagnóstico de pioderma gangrenoso y eritema nudoso. Se inicia tratamiento con corticoterapia y Azatioprina con buena evolución. Actualmente con Infliximab y Azatioprina.

Diagnóstico diferencial

Colitis infecciosa, colitis ulcerosa, colitis diverticular, linfoma intestinal.

Comentario final

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se compone de dos trastornos principales: la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). La EC se caracteriza por inflamación transmural y puede afectar cualquier porción del tracto gastrointestinal luminal, y las manifestaciones dermatológicas ocurren en el 10% de los pacientes incluyendo eritema nudoso y pioderma gangrenoso. La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia de sospechar la EII cuando debuta con manifestaciones extraintestinales como síntomas predominantes, evitando así la demora diagnóstica.

Bibliografía

- <https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-crohn-disease-in-adults>
- [HTTPS://WWW-FISTERRA-COM.BVSSPA.IDM.OCLC.ORG/guias-clinicas/enfermedad-crohn](https://www-fisterra-com.bvsspa.idm.oclc.org/guias-clinicas/enfermedad-crohn)

778/183. ¡OJO CON EL DOLOR DE GARGANTA!

Autores:

Ruiz Ponte, M.¹, Salguero Quirantes, R.², Robledo Casal, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 30 años, con AP de Sarcoma de Ewing y Adenoidectomía con amigdalectomía, acude a urgencias de su centro de salud por malestar general asociado a odinofagia derecha intensa, disfagia, sialorrea y otalgia refleja del mismo lado de unos 6 días de evolución. Refiere pico febril de 38.5 al inicio del cuadro, pero luego ha estado alternando paracetamol, metamizol y naproxeno. No fumadora. Niega proceso dental reciente. Tras exploración, se deriva a urgencias hospitalarias ante sospecha de absceso.

Exploración y pruebas complementarias

REG. COC. Palidez cutánea. Bien perfundida. Eupneica en reposo. Glasgow 15/15. Constantes en rango.

- Orofaringe: Trismus. Leve hiperemia con abombamiento de pared faríngea derecha y desplazamiento de úvula hacia contralateral.
- Se aprecia inflamación paracervical derecho con algunas adenopatías móviles.
- Analítica: Leucocitos 13.950 ; Neutrófilos 9.960, PCR 167.1 mg/L.
- TC de Cuello: Se confirma la presencia de una colección de aspecto abscesificado, con fina pared que presenta realce con el contraste intravenoso, en espacio parafaríngeo derecho. Presenta unas medidas aproximadas de 30 x 17 x 27 mm en sus ejes transverso, anteroposterior y craneocaudal, respectivamente. Condiciona un abombamiento de la pared faríngea con discreta desviación de la vía aérea hacia el lado contralateral, sin compromiso significativo de su calibre en la exploración actual. Discreto engrosamiento de partes blandas e hiperatenuación de la grasa del espacio parafaríngeo inmediatamente caudal y espacio de la mucosa faríngea derechos en el nivel correspondiente a la epiglotis, con discreto abombamiento de la pared y reducción de calibre de la luz aérea no significativa. Pequeñas adenopatías con eje menor inferior a 10 mm, de aspecto probablemente reactivo, en los niveles IIA y IIB así como en región submaxilar derecha.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Absceso parafaríngeo derecho

Diagnóstico diferencial

Faringitis; Virasis; IRVA

Comentario final

El absceso parafaríngeo es un absceso cervical profundo que puede suponer un compromiso para la vía aérea y puede tener como complicación erosionar la arteria carótida o causar tromboflebitis séptica de la vena yugular interna (síndrome de Lemierre). Por lo que es importante realizar una exploración de la cavidad oral exhaustiva. El tratamiento se realiza con antibióticos de amplio espectro (ceftriaxona, clindamicina...) y drenaje quirúrgico.

Bibliografía

- <https://www.analesdepediatria.org/es-abscesos-retrofaríngeo-parafaríngeo-experiencia-hospital-articulo-51695403311001706>
- <https://www.msdmanuals.com/es-es/profesional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/trastornos-bucal-y-far%C3%ADngeos/absceso-parafar%C3%ADngeo#:~:text=El%20absceso%20parafar%C3%ADngeo%20es%20un,con%20antibi%C3%B3ticos%20y%20drenaje%20quir%C3%B3rgico.>

778/185. UN PELOTAZO EN OJO FOR- TUITO.

Autores:

Vaca Fernández, I.¹, González Barrau, M.², Rodríguez Pérez, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid

Descripción del caso

Paciente de 55 años que acude tras traumatismo en ojo derecho con pelota mientras jugaba al padel hace 2 días. Presentó disminución de AV tras el evento con posterior recuperación.

Actualmente con el ojo rojo sin diplopia, con aumento de la secreción ocular y molestias a la palpación de rebordes óseos sin presentar bloqueo en la movilización de ambos ojos, con nistagmo de fijación en la mirada extrema y globo ocular no pétreo.

Oftalmoscopia directa difícil por miosis con la realización, no observo hemorragias en lo poco que se

visualiza por lo que derivamos para valoración por OFT por traumatismo ocular.

Exploración y pruebas complementarias

Av: OD: 0,8 cenm, OI:0,8cenm

BPA: CA amplia, Tyndall++/+, hiperemia ciliar moderada, PICNR, a la tinción lesiones epiteliales.

PIO OD: 26mmHg (Goldman)

FO (F+T): mácula estructurada, papila algo pálida AO de bordes nítidos con E/P 0.6, no edema retiniano, exudados ni hemorragias.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Uveitis anterior postraumática

Diagnóstico diferencial

Conjuntivitis

Queratitis

Glaucoma

Uveitis intermedia y posterior

Comentario final

La iridociclitis postraumática es una reacción inflamatoria de la úvea y del iris. La uveítis es la tercera lesión más frecuente (11.9%) en trauma ocular. La mayoría de las uveítis postraumáticas producen dolor, ojo rojo y afectación mínima de la agudeza visual; No obstante hay que estudiar esa inflamación en busca de lesiones asociadas, especialmente del segmento posterior. Las principales complicaciones que se pueden producir son cataratas, sinequias, edema macular, glaucoma o hipertensión ocular y desprendimiento de retina entre otras. Es muy importante tener un adecuado conocimiento de la anatomía del ojo y saber discernir entre la gravedad de las lesiones.

Bibliografía

- Kuhn F, Pieramici DJ. *Ocular Trauma. Principles and Practice*.
- New York: Thieme; 2002.
- Pavan LD. *Manual of Ocular Diagnosis and Therapy. 5th Ed*.
- Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

778/186. LA CLÍNICA MANDA.

Autores:

Ramos Luna, P.¹, Sánchez Casas, V.¹, Ollero Rodríguez, T.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 32 años que, como antecedente personal fue intervenido en la infancia de quiste en paladar, acude por primera vez a su Médico de Familia por hipoacusia unilateral izquierda de un mes de evolución. Se deriva a Otorrinolaringología diagnosticándose de Otitis Media Serosa (OMS) izquierda que no mejora con corticoides, por lo que se realiza miringotomía. En la revisión, no hay mejoría y además refiere insuficiencia respiratoria nasal bilateral con rinorrea blanquecina, por lo que ante la persistencia se solicita TC de senos.

Exploración y pruebas complementarias

Inicialmente presenta en otoscopia izquierda signos compatibles con OMS, ausencia de adenopatías cervicales palpables y en la exploración orofaríngea destaca quiste en la base de la úvula y asimetría izquierda del istmo de las fauces, que luego con nasofibrolaringoscopia se comprueba la presencia de dicho quiste y un parcheado en cavum ambos sin aspecto de malignidad, pero conforme evoluciona el caso, aparece una tumoración en ambas fosas nasales, rinorrea en fosa izquierda y tumefacción difusa en hemipaladar izquierdo.

En TC de senos se describe una LOE de partes blandas en gran parte de las fosas nasales, sobre todo izquierda, con extensión caudal hacia paladar blando y amígdala izquierda, en sentido lateral hacia seno maxilar izquierdo, y cranealmente hacia cavum y seno esfenoidal con afectación intracraneal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma adenoide quístico recidivante.

Diagnóstico diferencial

Otitis Media Serosa, Sinusitis, Carcinoma de cavum.

Comentario final

El carcinoma adenoide quístico es un tumor de baja prevalencia que se caracteriza por múltiples recurrencias tardías, por lo que ante los antecedentes personales junto a la clínica que presentaba el paciente nos obliga a descartar una enfermedad maligna. En Atención Primaria nos vemos limitados a la hora de solicitar pruebas complementarias que nos ayuden a encontrar

un diagnóstico, pero no debemos caer en el error de depender de ellas puesto que un resultado negativo no tiene que descartar la presencia de enfermedad, sino que es la clínica del paciente la determinante.

Bibliografía

- *Sequeiros Santiago G, Rodrigo Tapia JP, Llorente Pen-dás JL, Suárez Nieto C. Factores pronósticos en el carcinoma adenoide quístico de glándulas salivares. Acta Otorrinolaringol Esp. 2005; 56(8):361-7.*

778/187. “TENGO UNA HERIDA QUE NO SE CURA”.

Autores:

García Medero, S.¹, Barrera Martínez, Y.², Buendía Moreno, T.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 89 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, Hipertensión arterial y Enfermedad de Alzheimer, institucionalizada, que consulta por lesión cutánea en zona parietal izquierda, de meses de evolución, que recientemente ha crecido y ha comenzado a ulcerarse. Refieren que es una herida que no cura. Asintomática.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, desorientada. Bien hidratada y perfundida. Eupneica. Constantes dentro de la normalidad. Lesión ulcerada, con descamación superficial de unos 2cm de diámetro en zona parietal izquierda.

Se realiza dermatoscopia de la lesión y teleconsulta con dermatología, cuya respuesta fue “tumoración cutánea que debe ser extirpada a la mayor brevedad”.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma basocelular vs espinocelular

Diagnóstico diferencial

Principalmente con lesión eczematosa y con carcinoma espinocelular.

Comentario final

El diagnóstico definitivo se realiza mediante anatomía patológica de la lesión, que se puede extraer mediante biopsia o directamente por exéresis quirúrgica. En este caso, el diagnóstico anatomopatológico fue: “Carcinoma de células basales, multifocal, variante micronodular. La neoplasia no contacta con márgenes quirúrgicos”.

El carcinoma basocelular es el tumor maligno de piel más frecuente. Es un tumor que tiende al crecimiento y a la invasión local, pudiendo producir importante destrucción, sin embargo, su capacidad de metastatizar es casi nula. Es de evolución lenta, en meses o incluso años.

Suele aparecer como una pápula rosada con borde perlado y teleangiectasias en la superficie, que puede estar ulcerada o no. El principal factor de riesgo es la exposición solar. El tratamiento de elección es quirúrgico con márgenes suficientes.

En Atención Primaria las consultas sobre lesiones cutáneas son muy numerosas. Es importante que el médico de familia esté formado en este tema y en el uso del dermatoscopio, principalmente para saber diferenciar lesiones potencialmente malignas de lesiones benignas. Hay que saber identificar factores de riesgo de cáncer de piel, para educar a los pacientes sobre prevención de la salud dermatológica.

Bibliografía

- *Turrión-Merino L. Cáncer de piel. En: Vaño S, Jaén P, et al. Manual de Dermatología. Madrid: Faes Farma. P 33-34.*
- *Peggy A Wu, MD. Basal cell carcinoma: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, and diagnosis [Internet]. In: UpToDate. [Consultado Marzo 2024]*

778/188. TBC DISEMINADA.

Autores:

Pérez de Zabalza Freire, R.¹, Pérez de Zabalza Freire, R.¹, Sánchez Soto, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. San Juan del Puerto. Huelva

Descripción del caso

Paciente 31 años que acude a su MAP por dolor abdominal en varias ocasiones, y adenopatía axilar. En la

última consulta, reacude por misma clínica, empeoramiento y crecimiento de adenopatía tras 3-4 meses de evolución, asociado a pérdida de 3kg de peso, vómitos y fiebre, junto con adenopatía axilar, que ha crecido en los últimos meses y se encuentra adherida a planos profundos y otra adenopatía supraclavicular. Se deriva a Urgencias, donde se decide ingreso en MI. Se realizan PPCC, entre otras PAAF con Test IGRA+.

Exploración y pruebas complementarias

- Adenopatía/bultoma axilar izquierdo de 3-4cm de diámetro, consistencia dura pero no pétreo, parcialmente adherida a campos profundos, dolorosa a la palpación, no caliente ni eritematosa, no datos de infección.
- No bocio. Tiroides normal. No otras adenopatías palpables.
- Lesiones cutáneas laterocervicales en distintos estadios secas no eritematosas ni pruriginosas papulosas. Excoriaciones en MMSS con lesiones de rascado, secas. No claro surco acarino.
- Analítica con perfiles y serologías infecciosas.
- Rx tórax
- Eco adenopatía
- Quantiferon.
- TAC cuello-tórax-abdomen-pelvis: Adenopatías necrosadas axilares y supraclaviculares izquierdas y patrón pulmonar micronodular
- BAG: inflamación granulomatosa necrotizante, tinción ZN negativo

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad de tuberculosis ganglionar diseminada

Diagnóstico diferencial

VIH

TBC

Proceso neoplásico

Comentario final

Cabe destacar la importancia de la actuación y sospecha del médico de atención primaria, así como la posibilidad por la alta prevalencia en otros países, de tener en cuenta enfermedades y evolución de las mismas quizás no tan comunes en nuestro país. Me resulta imprescindible en este caso un buen diagnóstico diferencial para tener claras las dianas donde buscar con las pruebas complementarias. También destacar la impor-

tancia del seguimiento del paciente para la adecuada adherencia al tratamiento y evolución tras el mismo

Bibliografía

- Canora Lebrato J, Hernando García A, Frutos Pérez B, Jaqueti Aroca J, Zapatero Gaviria A. Enfermedad granulomatosa diseminada: sarcoidosis o tuberculosis? [Disseminated granulomatous disease: sarcoidosis or tuberculosis?]. *Rev Clin Esp.* 2007 Sep;207(8):408-10. Spanish. doi: 10.1157/13108762. PMID: 17688871.

778/191. LAS ESCALAS NO LO SON TODO: CÓMO DIAGNOSTICAR UNA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.

Autores:

Trujillo Franco, P¹, Vicente Alcoba, P², Marín Serralvo, I.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Antequera. Antequera. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Antequera. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 23 años, sin antecedentes personales de interés, hábitos tóxicos o tratamiento farmacológico.

Consulta por cuadro de dolor en pie izquierdo, con eritema e inflamación. de 5 días de evolución. Niega antecedente traumático o de picadura de insecto.

Previamente consultó por este mismo cuadro hace 3 días en Urgencias hospitalarias, donde le diagnosticaron celulitis, tras descartar patología ósea en pruebas de imagen y hallar leucocitosis con neutrofilia y PCR 200 en analítica de sangre.

Desde entonces en tratamiento con amoxicilina/clavulánico y dextetoprofeno, sin mejoría clínica y con empeoramiento del dolor.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración física: dorso del pie izquierdo con importante dolor a la palpación, eritema e inflamación. No se aprecia picadura. Pulso pedio conservado. No afectación de maleolos. No dolor a la palpación, fovea o dolor en zona pretibial. Dolor a la palpación en cara interna de rodilla homolateral, sin inflamación ni rubefacción.
- Escala de Wells: -2 puntos (bajo riesgo).
- Analítica de sangre: Dímero-D 650.

- Eco-Doppler en pie: se aprecia trombo en vena poplítea interna.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Trombosis venosa profunda

Diagnóstico diferencial

Celulitis, erisipela, trombosis venosa superficial, reacción adversa farmacológica, linfedema

Comentario final

La trombosis venosa profunda es una entidad de difícil diagnóstico clínico debido a la inespecificidad y escasa sensibilidad de sus síntomas. Se han desarrollado modelos diagnósticos para predecir el riesgo de TVP, como la escala de Wells. Sin embargo, parte de la literatura científica pone en entredicho su utilidad, debido a que el estudio original infraestima el riesgo y solo tuvo en cuenta a pacientes hospitalarios. Existen otras herramientas, como la regla de Oudega, que incluye otros factores de riesgo y el resultado del dímero-D.

Ante un paciente sintomático, la estrategia diagnóstica ideal consiste en la combinación de probabilidad clínica, dímero D y ecografía Doppler.

En casos dudosos como el presente, el tiempo de evolución puede ser un factor favorable, al permitirnos analizar la respuesta al tratamiento, y así realizar un diagnóstico diferencial adecuado si hay ausencia de mejoría clínica.

Bibliografía

- Garzón Hernández JM. *Trombosis Venosa Profunda*. *AMF* 2022;18(10):572-583.
- Oudega R, Hoes AW, Moons K. *The Wells Rule Does Not Adequately Rule Out Deep Venous Thrombosis in Primary Care Patients*. *Ann Intern Med*.2005;143:100-107.

778/192. "EL NIÑO SE HA CURADO DEL CATARRO, PERO NO PUEDE ANDAR".

Autores:

Guisasola Cardenas, M.¹, Generoso Torres, M.², Hidalgo Rodríguez, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mirasierra. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cijuela. Cijuela. Granada

Descripción del caso

Niño de 9 años, sin antecedentes personales de interés, que, tras varios días con síntomas catarrales que habían remitido hacía 48 horas, comienza con un dolor en ambas pantorrillas, que aumenta al apoyar los pies, dificultándole la deambulación. Refiere la madre episodio similar hace un año en el contexto de un cuadro gripal que se resolvió espontáneamente.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración destaca una marcha dificultosa con el tobillo en flexión plantar. Los reflejos osteotendinosos están conservados.

En la analítica destacaba un aumento de la creatinquinasa (2765 U/L). Resto de bioquímica básica, hemograma y coagulación sin alteraciones.

Se solicitaron serologías virales de virus respiratorios (Influenza A y B y SARS-COVID 19), las cuales fueron negativas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miositis infantil aguda benigna

Diagnóstico diferencial

La presentación con debilidad muscular aguda asociada al dolor muscular limitado puede plantear diagnóstico diferencial con las fases iniciales de Guillain-Barré, que produce una parálisis ascendente y simétrica, y asocia disestesias y disautonomía. Asimismo, es importante diferenciar con la piomiositis, que se precede de un antecedente traumático, y existe una mayor afectación del estado general; este precisa de tratamiento antibiótico y derivación hospitalaria. Ambas a nivel analítico no elevan creatinquinasa.

Comentario final

La miositis aguda viral es un proceso benigno y auto-limitado, que consiste en el dolor agudo en miembros inferiores y dificultad para la marcha, que se asocia a un proceso catarral. Es fundamental su conocimiento dado que el manejo y seguimiento se deben realizar desde atención primaria, sólo se debe derivar si plantea dudas diagnósticas. Aunque es una complicación rara, debemos estar atento a la coloración de la orina para detectar inicialmente si se produce insuficiencia renal aguda por mioglobinuria. No precisa de tratamiento específico.

Bibliografía

- Molina Gutiérrez MA, Barreiro Pérez L, Millán Longo C, García Sánchez P, de Miguel Cáceres C. *Miositis aguda*

infantil en urgencias pediátricas. *Rev Pediatr Aten Primaria*.2022;24:285

- García Ros M, Núñez Giralda A, Delgado Fuentes E. Miositis viral aguda: a propósito de ocho casos. *Rev Pediatr Aten Primaria*.2017;19:363-5.

778/193. INFECCIÓN COMO CAUSA DE SINDROME CONSTITUCIONAL.

Autores:

Vicente Alcoba, P¹, Madrid Martos, M.², García Arjona, Á.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón de 55 años de edad, fumador de 40 paquetes/año sin otros antecedentes de interés que consulta por presentar desde hace unos 4 meses saciedad precoz y estreñimiento, así como pérdida de peso no recuperada de hasta 8 kg, astenia intensa con disnea de moderados esfuerzos. En el último mes ortopnea y edemas ocasionales en miembros inferiores.

No refiere otra sintomatología por aparatos y sistemas.

Ante la sospecha de síndrome constitucional se realiza una exploración sistemática y solicitamos pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Estable hemodinámicamente

AEG. Normohidratado y normoperfundido. Palidez cutánea No se palpan adenopatías.

PINCR. No alteración de pares craneales. Fuerza conservada. No alteraciones de la marcha ni del equilibrio.

AC: Rítmico, soplo pansistólico III-IV/VI.

AP: MVC sin ruidos añadidos.

ABD: Sin alteraciones.

Miembros: sin alteraciones.

- EKG: BRDHH sin otras alteraciones de la repolarización.
- Analítica de sangre: Hiperglucemia no conocida y elevación de enzimas de colestasis (GGT, FA y BT)
- Rx tórax: Sin alteraciones.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Endocarditis infecciosa subaguda sobre válvula aórtica nativa.

Diagnóstico diferencial

- Causas orgánicas:
 - Neoplásicas
 - No neoplásicas.
- Trastornos psiquiátricos.
- Causas sociales.
- Fármacos.
- Desconocida 10-25%.

Comentario final

Debido a que el paciente no presentaba una clara limitación de la ingesta calórica decidimos contactar con medicina interna para valorar ingreso y continuar el estudio.

Durante el ingreso se realizó un ecocardiograma transesofágico objetivándose endocarditis aórtica sobre válvula nativa con insuficiencia aórtica y mitral severas sin repercusión sobre la función sistólica global y se aisló en los hemocultivos *S. Gallolyticus*. Presenta un ingreso con evolución tórpida precisando drogas vasoactivas por shock cardiogénico y recambio valvular, así como VM por neumonía nosocomial.

La pérdida ponderal es un motivo de consulta muy frecuente y que puede pasar desapercibido, de ahí la importancia de una correcta anamnesis y exploración física adecuada que nos oriente a una determinada sospecha diagnóstica o, al menos, destaque la gravedad de lo trivial. Destacar la importancia de este caso clínico dada la amplitud de posibilidades de diagnóstico diferencial del síndrome constitucional, siendo la endocarditis subaguda una causa infrecuente del mismo.

Bibliografía

- Aguilar Utrilla, P, Lorenzo Riera, A. *Perdida de peso. En: Guía de Actuación de AP. 3ª Edición; 2006. SemFYC. P. 46-50*
- Grupo científico DTM. *Green book. 8ª edición. Madrid: Marbán 2023.*

778/195. "NO SE POR QUÉ ME DUELE TANTO LA ESPALDA".

Autores:

Segovia Mateos, M.¹, Berzal Cordero, M.², Sánchez Martínez, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huétor - Tájar. Huétor Tájar. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Paciente de 44 años, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta por cuadro de dorsolumbalgia mecánica por el que se le prescribe tratamiento analgésico. A las dos semanas regresa a la consulta porque en los últimos 5 días ha comenzado con fiebre de hasta 39.5º, tos con expectoración hemoptoica ocasional y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, además refiere persistencia del dolor a pesar del tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente presentaba estado general conservado, delgadez destacable, febril en consulta. En la auscultación cardíaca tonos rítmicos a alta frecuencia; en auscultación pulmonar crepitantes gruesos en todo el hemitórax derecho. Además, presenta dolor a la palpación de apófisis espinosas de unión dorsolumbar.

Se solicita una radiografía de tórax urgente, en la que se observa infiltrado multilobar a nivel de pulmón derecho y lesión cavitada en pulmón izquierdo; en la proyección lateral, se observaba disminución del cuerpo vertebral de D11.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Nuestra primera sospecha fue que pudiera tratarse de un cuadro de neoplasia pulmonar con afectación ósea, dada la sintomatología respiratoria y los hallazgos en la prueba de imagen: un acúñamiento vertebral atraumático e infiltrados en ambos pulmones.

Diagnóstico diferencial

También pensamos que podría tratarse de una Neumonía adquirida en la comunidad, teniendo en cuenta los síntomas y el tiempo de evolución; al ver la radiografía también nos planteamos que pudiéramos estar ante un caso de tuberculosis pulmonar u otra infección oportunista, en un paciente inmunodeprimido no diagnosticado.

Comentario final

Derivamos al paciente a Urgencias Hospitalarias para completar estudio, donde le realizaron analítica completa, en la que destacaba: deterioro de la función

renal, elevación de proteínas normales con albúmina normal, hipercalcemia corregida, elevación de reactivos de fase aguda, anemia y leucocitosis. También realizaron TAC de Tórax Urgente, en el que se informaba de extensa consolidación pulmonar a nivel de L1D y L5D, múltiples lesiones líticas y fractura acúñamiento patológica de D11. Finalmente fue ingresado con sospecha de NAC y Mieloma Múltiple, que finalmente se ha confirmado.

En conclusión, este caso pone de manifiesto la importancia de no banalizar la patología frecuente en la consulta, como la dorsalgia mecánica, y de relacionar diferentes síntomas.

Bibliografía

- https://www.uptodate.com/contents/multiple-myeloma-clinical-features-laboratory-manifestations-and-diagnosis?search=mieloma&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2

778/196. ¡PERO SI ESTÁS EN LOS HUESOS!

Autores:

Clavijo López, B.¹, Díaz Sarmiento, S.², Hussein Alonso, D.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

María, mujer de 70 años con AP oncológico de Cáncer de Mama bilateral (lobulillar infiltrante de tipo pleomórfico en mama derecha y papilar encapsulado con diferenciación mucinosa en mama izquierda) diagnosticado en 1998 y realizada mastectomía bilateral. Recidiva en 2012 sobre cicatriz (hormonoterapia + quimioterapia + radioterapia) y nueva recidiva hace 6 meses con derrame pleural neoplásico recidivante, que desde hace 3 meses cursa con episodios de insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica precisando oxígeno domiciliario. Desestimado tratamiento oncoespecífico por caquexia extrema y siendo derivada a UCP domiciliarios (pendiente de primera valoración).

Su hija nos solicita consulta domiciliaria por empeoramiento del cuadro constitucional de 2 semanas de evolución. Acudimos a domicilio, realizamos valora-

ción de María, solicitamos analítica de sangre y pautamos tratamiento de soporte.

Exploración y pruebas complementarias

entada en sillón, precisando cuidados parciales de su hija. Performance Satatus (PS) 3. No disnea, no tiraje, ACP sin hallazgos relevantes. Deshidratación y caquexia. No dolor abdominal, exploración abdominal sin hallazgos relevantes. Vía oral conservada. Compruebo tolerancia oral en domicilio a alimentos sólidos y líquidos. Peso 40 Kg. IMC 15.8. Valoración subjetiva global (VSG): C

Extraigo AS. Posteriormente consulto: albúmina 2.2 g/dL, transferrina 100 mg/dL, linfocitos 900/mm³, colesterol 85 mg/dL.

Vía oral conservada: suplemento oral hipercalórico hiperproteico. Asesoramiento nutricional. Planificación anticipada de decisiones con paciente y cuidadora.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Desnutrición moderada-severa asociada a enfermedad

Comentario final

Es conocido desde hace más de 30 años el efecto pronóstico de la malnutrición sobre la supervivencia en el paciente oncológico (1). Como médicos de familia, procuraremos aliviar en lo posible el sufrimiento físico (y psicológico), mejorando en la medida de lo posible la calidad de vida de nuestra paciente. Otro de nuestros objetivos es prevenir el fallecimiento prematuro asociado a desnutrición.

Bibliografía

- Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Brand PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. *Am J Med* 1980;69:491-7
- Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Cancer: Disease and nutrition are key determinants of patients' quality of life. *Support Care Cancer* 2004;12(4):246-52

778/197. DOCTOR, ESTOY MUY CANSADA.

Autores:

Buendía Moreno, T.¹, García Medero, S.², Barrera Martínez, Y.³

Centro de Trabajo:

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

de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 37 años que consulta por astenia de 3 meses de evolución, sin otros síntomas. En la Historia clínica destacan: hipotiroidismo, reglas regulares abundantes, no ha presentado alteraciones del hábito intestinal, no ha realizado cambios en la dieta ni asocia pérdida de peso. En tratamiento con: Levotiroxina 75 mg.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, bien hidratada y perfundida. ACP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: sin alteraciones. AS: Hb:10.8g / dL. VCM:85 fL. Hierro:50 mcg /dL. TSH:3.1mUI/L. Resto dentro de la normalidad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Orientación diagnóstica: Ante anemia de carácter ferropénico se decide iniciar tratamiento con hierro oral. Tras tres meses se realiza nueva analítica con corrección de este, aunque la paciente continúa con cansancio, que le dificulta su actividad diaria.

Plan de Actuación: Se decide ante persistencia del cuadro e hipotiroidismo, realizar una segunda analítica con determinación de anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomiso; siendo los primeros positivos.

Juicio clínico: Celiaquía

Diagnóstico diferencial

Anemia ferropénica. Fibromialgia. Sangrado menstrual abundante. Déficit vitamínico.

Comentario final

La enfermedad celiaca presenta una prevalencia de 1% de la población general y se considera que hay un número importante de pacientes infradiagnosticados.

Es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial de los pacientes. Sobre todo, ante la persistencia de síntomas una vez corregida la anemia y la asociación con otras enfermedades, como en nuestro caso hipotiroidismo.

La anemia en Atención Primaria es muy frecuente, siendo importante tenerla en cuenta como causa de enfermedad celiaca dentro del diagnóstico diferencial.

Bibliografía

- Mossoco F, Quera R. Enfermedad celiaca: revisión. *RMCLC [Internet]*. 2015[consultado 18 Feb

2024;26(5) :613-127. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-enfermedad-celiaca-revision-50716864015001261>

778/198. EL SINTOMA MÁS CAMALEÓNICO: DISNEA.

Autores:

Martínez del Marmol Martínez, A.¹, Oliveira Dias, C.², Carro Sánchez, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Herradura. 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 - Centro. Motril. Granada

Descripción del caso

Paciente de 70 años con antecedente de cáncer de Pulmón estadio IV, que acude a urgencias de primaria por DISNEA SUBITA desde hace 30 minutos. No refiere dolor torácico, afebril.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, Saturación a 84% aire ambiente, TA 180/100, taquipneica, taquicárdica.

AC: tonos cardiacos rítmicos

AP: murmullo vesicular disminuido generalizado con roncus y sibilancias dispersas bilaterales

No focalidad neurológica. No edemas en miembros inferiores.

Se coloca aerosolterapia+ oxigenoterapia+ furosemida+ realización de ECG.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se coloca aerosolterapia+ furosemida+ realización de ECG.

ECG: bloqueo de rama izquierda no conocido (Se compara con ECG previos).

Se procede a traslado a Hospital de referencia, 300 AAS+ 180 Ticagrelol+ perfusión de nitroglicerina a 3 ml /hora

Diagnóstico diferencial

Infarto agudo de miocardio, Edema agudo de Pulmón, Infección respiratoria, TEP

Comentario final

Ante un bloqueo de rama izquierda de novo, debemos de actuar como un SCACEST, siendo así una patología tiempo-dependiente.

La disnea es un síntoma muy común en nuestras consultas, que la mayoría de las veces atribuimos a problemas respiratorios de entrada, pero puede estar producida por otros motivos.

Bibliografía

Sociedad española de Cardiología

778/199. PACIENTE CON POLIPOSIS NASAL, ASMA, EOSINÓFILOS SIEMPRE ELEVADOS ...Y AHORA PROBLEMAS CON EL RIÑÓN...¿SERÁ CHURG-STRAUSS LA RAZÓN?

Autores:

Romero Durán, V.¹, Hussein Alonso, D.¹, Díaz Sarmiento, S.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón, 66 años. RAMC: AAS. AP: HTA, asma bronquial, poliposis nasal, SAHS moderado, hipoacusia neurosensorial. TTo habitual: Valsartan Se realiza analítica de rutina donde aparecen parámetros de ERC moderada con creatinina: 2.3, FG: 30 ml/m y cociente albúmina/creatinina 221. En evolutivos previos, la FR estaba prácticamente normal. Destaca eosinófilos elevados en sangre similar a previas. Se deriva a Nefrología. Realizan estudio para descartar vasculitis por presentar poliposis nasal+asma+eosinófilos elevados en sangre+deterioro de función renal.

Exploración y pruebas complementarias

Refiere encontrarse bien. No fiebre, ni mialgias, ni pérdida de peso, no lesiones cutáneas, no empeoramiento de los síntomas ORL/neumológicos. Realizan estudio para descartar vasculitis por presentar poliposis nasal + asma+ eosinófilos elevados en sangre+deterioro de función renal. En Rx tórax se observa imagen compatible con granuloma calcificado en LSD así como engrosamiento pleural ambos vértices. Eco abdominal: se constata que es monorreno. Autoinmunidad: ANCA MPO POSITIVO >222UI/ml No se realiza biopsia renal

por ser monorreno. Con todas las pruebas encajaría el diagnóstico granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (Churg Strauss), aunque la actividad de la vasculitis podría considerarse baja según clasificación de EULAR de los estados de actividad de vasculitis. Seguimiento en Nefrología: confirma empeoramiento de función renal en los siguientes 6 meses con descenso lento (de 34 mL/min a 27 mL/min de CKDEPI) sin causa secundaria que lo justifique. Se decide iniciar tratamiento con corticoides dosis de 1 mg/Kg/día y monitorización estrecha de función renal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (Síndrome de Churg-Strauss)

Diagnóstico diferencial

Granulomatosis con poliangeítis; síndrome hipereosinofílico; poliangeítis microscópica; poliarteritis nodosa; reacciones a fármacos; granulomatosis broncocéntrica; infecciones fúngicas, parasitarias; neoplasias.

Comentario final

La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis es una vasculitis necrosante sistémica de pequeños y medianos vasos, caracterizada por granulomas extravasculares, eosinofilia e infiltración de tejidos por eosinófilos. Se presenta en personas con asma de inicio en edad adulta, rinitis alérgica, poliposis nasal, o combinación de estas afecciones. El diagnóstico se confirma con biopsia. El tratamiento consiste en corticosteroides más otro inmunosupresor.

Bibliografía

- Specks U. Churg-Strauss syndrome. En: Ball GV, Bridges SL, editores. *Vasculitis*. Oxford: Oxford University Press; 2008 -J. Churg, L. Strauss. *Allergic granulomatosis, allergic angiitis, and periarteritis nodosa*. *Am J Pathol*, 27 (1951), pp. 277-301

778/200. NO TODAS LAS ALUCINACIONES SON DE PSIQUIATRÍA.

Autores:

Manzano López, C.¹, Manzano López, M.², Castillo Muñoz, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Luis. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lebrija Ntra. Sra. del Castillo. Lebrija. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 95 años institucionalizada con hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, lumboartrosis, hipotiroidismo y nefrectomía derecha por cáncer renal papilar en tratamiento con nimodipino 30 mg, levotiroxina 50 mcg, omeprazol 20 mg, acetilsalicílico ácido 100 mg, lorazepam 1 mg, paracetamol 1 g y tramadol 50 mg. Acude a consulta por pseudoalucinaciones visuales en la última semana. Refiere ver personas que no conoce, hormigas, agua, etc. cuando está sola en la habitación. Hace crítica y reconoce que no son verdad. No alucinaciones auditivas. Orientada en tiempo y espacio. No fiebre. No otra clínica infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza exploración neurológica que es normal. Se extrae estudio de orina que es negativo. Dado la normalidad de las pruebas complementarias y antes de decidir solicitar TAC craneal, revisamos medicación. El tramadol lo toma desde hacía 6 meses, pero su acompañante nos comentó que en la residencia le habían subido la dosis recientemente por lumbalgia, en vez de cada 12 horas a cada 8 horas. Revisamos los efectos secundarios del tramadol según la bibliografía y observamos alucinaciones como efecto secundario, por lo que retiramos. Unas semanas después desapareció la sintomatología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

alucinaciones como reacción adversa por tramadol.

Diagnóstico diferencial

demencia, reacción adversa a medicamentos, tumor cerebral, trastorno psicótico.

Comentario final

En atención primaria hay que valorar al paciente globalmente. Tener en cuenta edad, antecedentes y otros factores que puedan intervenir en la sintomatología. Podríamos haber pensado en un inicio de demencia, haber iniciado quetiapina directamente, haber mandado una prueba de imagen o derivado a otro especialista, pero antes de eso debemos buscar un origen y revisar la situación actual de la paciente, valorarla como conjunto, hablar con ella y que nos cuente si ha habido algún cambio y por supuesto en una paciente tan mayor, revisar los fármacos, porque pueden provocarle más efectos adversos.

Bibliografía

- Meseguer Ruiz VA, Navarro López V. Alucinaciones visuales y auditivas secundarias a administración de tramadol. *An. Med. Interna*. 2003; vol. 20 (9): 493.

778/201. LAS BOLSAS DE LA COMPRA NO PESAN TANTO.

Autores:

Hussein Alonso, D.¹, Díaz Sarmiento, S.¹, Romero Durán, V.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 80 años. Antecedentes: NAMC, Obesidad. Hipertensión, diabetes mellitus. No Intervenciones. Situación basal: independiente para actividades básicas aunque usa bastón para deambular. Tratamiento: Sitagliptina/Metformina 50mg/1g 24H, Losartan 50mg/Hidroclorotiazida 12.5mg/24H, Aspirina 100mg/24H. Acude a consulta por dolor en pierna derecha de varios días de evolución y sensación disneica y tos. No otra sintomatología

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. TA 136/80, saturación 98% basal, FC 97lpm. Auscultación rítmica con soplo sistólico ya conocido. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. secreciones de vías altas. Abdomen blando, doloroso en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Dolor a la palpación de región costal. Miembros inferiores sin edemas, ni signos de trombosis, herida en pierna derecha. Bioquímica Glucosa: 106mg/dL, Creatinina: 0.61mg/dL, Filtrado 97, Urea 39mg/dL, Calcio 10.5mg/dL corregido 11 mg/dL, Paratirina 287pg/mL, Vitamina D: 17.6ng/mL, Calcio excreción 346mg/24H Sedimento de orina y hemograma sin hallazgos de interés.

Radiografía de tórax: Fractura en cuarto arco costal desplazada

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hiperparatiroidismo primario

Diagnóstico diferencial

Caida accidental, hiperparatiroidismo primario, hipercalcemia hipercalciuria familiar

Comentario final

La paciente comentaba que había tenido tos en los días previos y además comentó que estuvo con bolsas de la compra y al volver comenzó con el dolor costal y pensó que era la tos. Tras la realización de la radiografía toráci-

ca y objetivar la fractura costal, se solicitó analítica completa con calcio en orina, la paciente tenía una hipercalcemia marcada y déficit de vitamina D, acompañada de una paratirina elevada que hizo pensar en un hiperparatiroidismo primario. Se derivó a endocrinología y se diagnosticó de adenoma paratiroideo sin criterios quirúrgico con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario.

Bibliografía

•Bilezikian JP. Primary Hyperparathyroidism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2018; 103(11):3993-4004.

778/202. DOCTORA, MI HERMANA NO ES LA MISMA.

Autores:

Manzano López, C.¹, Asensio Sánchez, C.², Manzano López, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Luis. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lebrija Ntra. Sra. del Castillo. Lebrija. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 66 años con hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 20 mg, independiente para actividades básicas, que acude a consulta junto a su hermana, con la que convive, por aparición brusca desde hace dos semanas de disminución de la memoria de fijación, dificultad para dar cambios correctos de monedas, dificultad de nominación y repetición de una palabra clave para denominar objetos de forma general. Refiere algunos cuadros de cefalea matutina en el último mes que le han llegado a despertar por la noche y no cedían con metamizol. No desorientación ni fiebre. Lenguaje coherente. No disuria, no clínica catarral ni otra clínica infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias

Realizamos exploración general que descarta clínica infecciosa y no se aprecia focalidad neurológica. Pasamos escala de Pfeiffer para valoración de demencia con puntuación de 5 (deterioro cognitivo moderado), siendo la paciente independiente para actividades previamente. Realizamos analítica de orina y sangre que son normales y solicitamos TAC de cráneo preferente y derivación preferente a Neurología. En el TAC se detecta lesión ocupante de es-

pacio (LOE) frontal izquierda sugestiva de neoplasia primaria cerebral. Se realiza interconsulta con Medicina Interna que decide ingreso en su unidad para realizar estudio de extensión, donde se hace biopsia y se diagnostica de glioblastoma.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

glioblastoma IDH-no mutado, grado 4.

Diagnóstico diferencial

LOE intracraneal, demencia frontotemporal, encefalitis, depresión.

Comentario final

Acuden muchos pacientes a nuestra consulta por disminución de la memoria u olvidos, que la mayoría de las veces no son trascendentes, pero en esta ocasión nos debe llamar la atención la edad de la paciente y la brusquedad de la instauración de los síntomas. Es una paciente que conocemos del cupo, sabemos su situación previa. Eso, junto a la confirmación de dicho deterioro con la escala de Pfeiffer, nos debe hacer descartar una patología intracraneal que hay que estudiar mediante prueba de imagen de forma preferente. Desde Atención Primaria tenemos herramientas básicas como la exploración o las escalas diagnósticas que nos ayudan a diferenciar algunas patologías graves.

Bibliografía

- *Historia de Salud de la paciente.*

778/203. TUMOR SILENTE Y POCO FRECUENTE.

Autores:

Salguero Quirantes, R.¹, Galián Ordóñez, A.², Alberich Cea, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 77 años con antecedente familiar de cáncer colorrectal en hermano y antecedente personal de adenoma de próstata, colon irritable y pólipos colónicos en seguimiento por digestivo. Acude a consulta de

atención primaria por dolor abdominal, anorexia y pérdida de peso en los últimos meses.

Exploración y pruebas complementarias

La primera exploración en consulta según queda descrito historia clínica resulta anodina, destacando solo abdomen globuloso. Se solicitó analítica que muestra hemoglobina 10 g/dL, elevación de reactantes de fase aguda y sangre oculta en heces positiva (con analítica 3 meses antes normal), por lo que se solicita valoración preferente por digestivo. Semanas después el paciente presenta cuadro sincopal en domicilio. Es valorado por su médico de familia y a la exploración le impresiona de masa en flanco izquierdo. Ante síncope con sospecha de proceso oncológico y nuevo hallazgo en exploración física se traslada a urgencias hospitalarias. Allí se realiza TAC que muestra imagen 19x15cm en contorno del riñón izquierdo compatible con tumor renal y se programa para nefrectomía izquierda. La hoja quirúrgica revela una gran masa retroperitoneal y perirrenal de 29x19x12cm. La anatomía patológica es compatible con fibrosarcoma moderadamente diferenciado con márgenes libres de enfermedad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sarcoma retroperitoneal indiferenciado pT4pNOM0.

Diagnóstico diferencial

Cáncer colon, cáncer renal, linfoma.

Comentario final

El paciente se encuentra asintomático ahora y en las revisiones no ha mostrado evidencia de recidiva local ni enfermedad metastásica. Los sarcomas son tumores malignos poco frecuentes (1%). La mayoría de los sarcomas de tejido blando se presentan en las extremidades, pero también pueden aparecer en retroperitoneo (10-15%), generalmente alrededor de los 50 años. La mayoría suelen diagnosticarse en estadios avanzados debido a la dificultad de sospecha solamente por clínica y exploración física. Se precisa de prueba de imagen que muestre una masa retroperitoneal unifocal y extravisceral y sin evidencia clínica de un diagnóstico de cáncer alternativo. Resulta fundamental la figura del médico de familia para comenzar estudio inicial y realizar seguimiento estrecho, valorando su evolución progresiva y aparición de nuevos hallazgos.

Bibliografía

- *UptoDate[Internet]. John TM, Robert M, Raphael EP, editors. Clinical presentation and diagnosis of retrope-*

retroperitoneal soft tissue sarcoma. [Actualizado 26 Feb 2024; Visitado 2 Marzo 2024]. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-retroperitoneal-soft-tissue-sarcoma?search=sarcoma%20retroperitoneal&source=search_result&selectedTitle=1%7E18&usage_type=default&display_rank=1

778/205. SEGUIMIENTO MASA CERVICAL DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO.

Autores:

Lillo Ramírez, E.¹, García Sánchez, F.², Postigo Jiménez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 81 años, natural de Finlandia, con antecedentes personales destacables de: HTA, DL, DM II, hipotiroidismo, hiperuricemia, ca basocelular infiltrativo mejilla izquierda. Acude a consulta por aparición de bultoma cervical lateral derecha inespecífica de 3 semanas de evolución. A la palpación, la masa es de consistencia pétreo y se objetiva contenido heterogéneo en la ecografía a pie de cama. AS reciente de 1 mes anodina. Se deriva a ORL preferente para valoración que cita para punción BAG de forma urgente. A los 10 días acude refiriendo aumento importante del tamaño, se le deriva a urgencias hospitalarias pero la paciente no llega a ir. A los 5 días acude a urgencias del centro de salud refiriendo molestias para la deglución y acumulación de secreciones que le entorpecen la respiración. 6 días más tarde acude de nuevo a consulta refiriendo que la masa ha aumentado mucho de tamaño causándole disfagia para sólidos y líquidos y dificultad respiratoria. A la exploración, la masa ha aumentado de tamaño llegando a nivel retroauricular y desviando la úvula por afectación periamigdalina. Se deriva de forma urgente a urgencias del hospital de referencia para ingreso.

Exploración y pruebas complementarias

- Rinofaringolaringoscopia: laringe desplazada y rotada. Cuerda vocal izquierda móvil, reducida por parálisis y amplio edema por compresión.

- Ecografía: gran masa cervical correspondiente a glándula tiroidea heterogénea con aumento de la vascularización. Adenopatías de aspecto metastásico en niveles IV y V derechos.
- TAC cuello: masa laterocervical derecha desde la C1, submandibular hasta la D3, introduciéndose a nivel del LSD, a nivel mediastínico derecho paratraqueal derecha con 16 x 9.5 cm, compatible con conglomerado adenopáticos. Estenosa faríngea, laringe y tráquea.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

CANCER ANAPÁSICO DE TIROIDES

Diagnóstico diferencial

Nódulos tiroideos benignos, neoplasias malignas tiroideas, tiroiditis de Hashimoto y linfoma de tiroides.

Comentario final

El caso muestra la importancia de la accesibilidad y continuidad asistencial de la AP para vigilar patologías como esta con un comportamiento muy agresivo en menos de 2 meses de evolución así como el recurso de la ecografía para realizar despistaje de sospecha neoproliferativa de forma temprana.

Bibliografía

- MAINARDI, Antonella, et al. *Carcinoma anaplásico de tiroides: una patología infrecuente*. EN MEDICINA, p. 188.

778/206. “LA HEMATURIA SOLO FUE EL PINCIPIO”.

Autores:

Celestino Del Caño, P.¹, González Barrau, M.², Vaca Fernández, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid

Descripción del caso

Varón, 75 años acude a centro de salud por hematuria de horas de evolución. La cuidadora lo relaciona con CPRE reciente realizada hace una semana por: sepsis secundaria a pancreatitis aguda. En el ingreso tuvo ITU tratada con cefuroxima. Además, la cuidadora refiere una caída sin pérdida de conocimiento.

AP: Retraso mental leve, HTA, vértigo.

Tratamiento habitual: Enalapril 20mg (1/8h)

Exploración y pruebas complementarias

REG, COC, eupneico

AC: Ritmico sin soplos

AP: Mv no ruidos patológicos

ABD: RHa disminuidos, globuloso, a tensión, timpánico. Molestias generalizadas en todos los cuadrantes anatómicos. Puñopercusión izquierda dudosa. Impresiona de gravedad.

Sondaje vesical: orina hematórica franca (1300ml).

TAM previas a este episodio: 141/98

En este episodio: TA 100/65 FC:119 satO2:91%

Se envía a urgencias dado empeoramiento y necesidad analítica: Hb 7,8 Lactato 8 PCR 245 procalcitonina 5,2 FG 15 creatinina 2,5.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

La inestabilidad hemodinámica y clínica del paciente orientan a un posible fallo orgánico agudo severo que nos obliga descartar la rotura de un órgano interno mediante TC.

TC: Discreto derrame pleural bilateral. Vesícula: contenido litiásico + aerobilia. Vía biliar intrahepática dilatada. Colédoco dilatado con prótesis que conecta con 2ª porción duodenal.

Páncreas desdibujado. Riñón izquierdo: contenido hiperdenso en cálices, pelvis y uréter que se extiende caudalmente por trayecto ureteral, sugestivo de sangre. Vejiga con aire. Líquido libre perihepático, periesplénico, gotiera parietocólica izquierda y pelvis.

Dada la necesidad de monitorización continua y gravedad de complicaciones potenciales (sangrado, necesidad de cirugía urgente) se trasladó a REA.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se debe hacer teniendo en cuenta los antecedentes del paciente: CPRE reciente, complicación de ITU no resuelta, hipoglucemia severa por despistes alimenticios/desnutrición. Sin restar importancia a la caída accidental (que de primeras pudo pasar desapercibida).

Comentario final

Es importante ser conscientes de que el umbral del dolor de los pacientes ancianos está en gran parte disminuido.

Por ello, debemos ser prudentes al orientar cualquier caso clínico, sin menospreciar los pequeños detalles.

Bibliografía

- Pickkers P, Darmon M, Hoste E, Joannidis M, Legrand M, Ostermann M, Prowle JR, Schneider A, Schetz M. Acute kidney injury in the critically ill: an updated review on pathophysiology and management. *Intensive Care Med.* 2021 Aug;47(8):835-850. doi: 10.1007/s00134-021-06454-7. Epub 2021 Jul 2. PMID: 34213593; PMCID: PMC8249842.

778/207. UN CATARRO QUE NO MEJORA.

Autores:

Berzal Cordero, M.¹, Segovia Mateos, M.², Fernández López, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huétor - Tájar. Huétor Tájar. Granada

Descripción del caso

Mujer de 43 años, con antecedente personal de asma bronquial alérgico, que trata con inhaladores de salbutamol y formoterol/budesonida en época primaveral. Acude a consulta por clínica catarral de una semana de evolución. Refiere sensación disneica, tos con expectoración blanquecina, congestión nasal y cefalea. En la exploración se aprecia en la auscultación abundantes ruidos generalizados en ambos hemitórax transmitidos de vía respiratoria superior, presentando una SpO2 99% basal, por lo que se acuerda con la paciente tratamiento sintomático.

A la semana acude sin cita, refiriendo persistencia de clínica pese al tratamiento pautado, y asocia desde esa mañana dolor en hemitórax derecho que describe de forma punzante, que empeora con la inspiración profunda.

Ampliando la anamnesis la paciente niega presencia de fiebre, clínica de insuficiencia cardiaca, ni cuadro constitucional. No ha sido fumadora ni consumidora de otros tóxicos, y refiere una vida basal activa.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física en esta ocasión destaca en la auscultación crepitantes finos a nivel medio en hemitórax derecho, y una SpO2 basal del 97%. Realizamos radiografía de tórax Urgente en el centro de Salud en

La que se observa un aumento de densidad perihiliar derecho, de bordes bien delimitados y menor densidad que el hilio pulmonar derecho adyacente, de posible localización en mediastino medio, por lo que se deriva a Urgencias Hospitalarias para completar el estudio.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Posible carcinoma de pulmón perihiliar derecho.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial:

- Causa neoplásica.
- Causa infecciosa (Viral, bacteriana, micótica..)
- Agrandamiento de arteria pulmonar (Hipertensión pulmonar, embolismo pulmonar, aneurisma...)
- Agrandamiento ganglios linfáticos hiliares, de forma unilateral puede presentarse en tuberculosis, histoplasmosis, infecciones bacterianas o virales...
- Anomalías congénitas (Quiste broncogénico pulmonar, pericárdico, o mediastínico,

Comentario final

En la analítica presenta ligera elevación de proteína C reactiva en 30 mg/L, y un TC Tórax urgente en el que se describen hallazgos compatibles con neoplasia pulmonar primaria de características malignas, con micronódulo adyacente que pudiera corresponder a lesión satélite y ganglio sospechoso en estación 4R.

Bibliografía

- *González Domínguez M. del C., Rocuts Martínez F. G., García Quesada S., Aranda Sánchez J., Uriarte Rodríguez A., & Rubio García J. M. (2018). Lesiones hiliares pulmonares unilaterales: No todo es cáncer. Seram.*

778/209. CUIDADO QUE VIENEN CURVAS.

Autores:

Rodríguez Palácios, M.¹, Montoro Domínguez, R.², Díaz Lozano, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casariche. Casariche. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casariche. Casariche. Sevilla, (3) Re-

sidente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Saucejo. El Saucejo. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 46 años acude porque se “nota doblada” desde hace un mes. Inicio no traumático. Dolor a diario. No consulta previa por dolor de espalda ni por asimetría. Refiere que caminaba antes derecha, no se había visto con asimetrías en la espalda previamente y que desde que tiene el dolor lumbar esta doblada. No clínica neurológica ni esfinteriana. Buen descanso nocturno.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, presenta desviación raquídea llamativa. Lateralización izquierda con componente de flexión lumbar +++ y rotación izquierda. Adams + con giba dorsolumbar de 25º. BA lumbar con limitación/bloqueo de lateralización derecha.

BA cervical libre sin dolor. Molestias en fibras medias trapecio derecho. No apofisalgia cervical. BM MMII 5/5. ROTS +, simétricos. No clonus. No apofisalgia dorsal ni dolor en musculatura paravertebral dorsal. Dolor sobre gibosidad derecha en segmento lumbar bajo.

Solicitamos rx: curva D12-L4 derecha 48º.

RMN columna: marcada escoliosis con cambios espondilósicos y edema en los platillos y protrusiones, mayores lumbares difusas en L1-S1. Muestra componente foraminal bilateral, mayor en L4-L5 y L5-S1 derechas contactando con las raíces emergentes, sin estenosis completa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Escoliosis rápidamente progresiva.

Diagnóstico diferencial

Escoliosis idiopática, escoliosis neuromuscular.

Comentario final

La escoliosis se define como la alteración de la curvatura de la columna en el plano coronal. Debe tener una magnitud mínima de 10º (midiendo el ángulo de Cobb).

En la mayoría de los casos las escoliosis son idiopáticas, empeoran con el crecimiento rápido y se estabilizan con la madurez ósea. El 90% de todas las escoliosis idiopáticas ocurren durante la adolescencia. En los adultos de 25 a 74 años, la prevalencia de la escoliosis es aproximadamente del 8,3%.

Con este caso, queremos señalar que, aunque el dolor de espalda es motivo frecuente de consulta

en atención primaria, nuestra paciente presentó un debut atípico y muy rápidamente progresivo, que nos debe alertar para estudiar de forma precoz y seguir de manera estrecha.

Bibliografía

- Guía clínica de Escoliosis. Fistera. 2024. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/escoliosis/>

778/210. ¿HIPOCALE... QUÉ? A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO.

Autores:

Argüello Suárez, C.¹, Lucena López, R.², Argüello Suárez, C.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón de 58 años con hipocalcemia (valores de potasio 2'85) como hallazgo casual en analítica sanguínea de rutina.

Como antecedentes personales presenta HTA desde los 30 años de difícil control con 3 fármacos, FA persistente, TEP bilateral, ERC estadio 3 de larga data y SAHOS. No presenta historia familiar de hipertensión arterial esencial o ACV en jóvenes menores de 30 años.

Se encuentra en tratamiento con olmesartán/amlodipino/hidroclorotiazida 40/5/12'5 mg, bisoprolol 2'5 mg, simvastatina 20 mg, dapaflifozina 10 mg y simtron 4 mg.

Exploración y pruebas complementarias

En consulta, el paciente niega palpitaciones, mareos, aumento de la ingesta hídrica, aumento de la diuresis, pérdida de peso o aumento del apetito, y, presenta buen estado general. A la exploración, no se palpa bocio ni adenopatías cervicales ni supraclaviculares, no presenta edemas en MMII, y, no se auscultan soplos a nivel cardiaco ni ruidos sobreañadidos a nivel pulmonar. Se realiza ECG en consulta con ritmo sinusal a 89 lpm, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización y ondas T presentes de tamaño y morfología normales en todas las derivaciones.

Se solicita, desde consulta de Atención Primaria, una analítica sanguínea donde se observa potasio 2'9, resto de iones en rango, función renal similar a previa con FG 61 y creatinina 1'4 mg/dl, y, analítica de orina con potasio urinario en rango.

Iniciamos potasación y dieta rica en potasio.

Se solicita nuevo control desde Atención Primaria, con potasio de 3'07 mEq/L, renina suprimida 1'6 pUi/ml, cociente ALD/renina directa elevado con 18'3 y cociente ALD/ARP elevado con 224'6 mg/g.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tras valoración de resultados, se realiza interconsulta al servicio de Nefrología para despistaje de tubulopatías e hiperaldosteronismo.

Diagnóstico diferencial

Diabetes mellitus, hiper o hipotiroidismo, hiperaldosteronismo, tubulopatías, déficit de magnesio y empeoramiento de la función renal.

Comentario final

Nefrología solicita analítica de sangre, gammagrafía y TAC de suprarrenales, y, confirma hiperaldosteronismo primario por adenoma unilateral productor de aldosterona, pendiente de cateterismo de venas adrenales. Se inicia eplerenona y posibilidad de iniciar potasación y/o doxazosina, si mal control de valores de potasio en sangre o cifras tensionales.

Bibliografía

- F Young W. *Diagnosis of primary aldosteronism. Up to date [Internet]. Feb 14, 2024 [consultado el febrero 26, 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/bvsspa.idm.oclc.org/contents/diagnosis-of-primary-aldosteronism?search=hiperaldosteronismo%20primario&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1*

778/211. DETECCIÓN DE SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA.

Autores:

Sánchez Casas, V.¹, Ollero Rodríguez, T.², Ramos Luna, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina

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

Descripción del caso

Paciente de 49 años con antecedentes de HTA, glaucoma de ángulo abierto y migraña, que acude a su médico de familia porque desde hace 4 días refiere cefalea parietal izquierda, fotofobia y en el último día además aparición de diplopía. A la exploración neurológica, su médico objetiva diplopía binocular, anisocoria, ptosis izquierda y paresia del recto externo izquierdo compatible con probable paresia del VI par. Ante esta clínica le indica acudir inmediatamente a urgencias hospitalarias, donde tras realización de TC y una RMN craneal urgente, se observa probable macroadenoma hipofisario y apoplejía hipofisaria con afectación del seno cavernoso izquierdo. Se le realizó además analítica sanguínea y punción lumbar siendo ambas normales. Tras su ingreso en Neurología con tratamiento corticoideo a dosis altas la paciente mejora su sintomatología y se da alta con DXM 4 mg/8h y manejo conservador desde el punto de vista quirúrgico. Unas semanas después, acude a su médico donde sigue persistiendo la paresia del sexto par VI con desaparición de la diplopía y la anisocoria. Sin embargo, dado el tratamiento con DXM, su médico percata cifras elevadas de glucemia, por lo que decide iniciar metformina 875mg/12h para controlarla.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica, TC y RMN craneal, analítica de sangre y punción lumbar

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Probable macroadenoma hipofisario normofuncionante
Apoplejía hipofisaria

Diagnóstico diferencial

- Esclerosis múltiple
- Aneurisma
- Hipertensión intracraneal ideopática
- Accidente cerebro vascular
- Trombosis del seno cavernoso

Comentario final

A pesar de que el macroadenoma hipofisario es una patología que se escapa del manejo de un médico de atención primaria, si es cierto que gracias a la buena exploración física del médico de familia, se ha podido detectar los síntomas y signos de alarma a

tiempo, como es en este caso la parálisis del VI par, y poder derivar a urgencias hospitalarias. Además el seguimiento de la paciente también se hará estrechamente con su médico el cual podrá ir tratando secundarismos como ha sido la hiperglucemia a consecuencia del tratamiento corticoideo.

Bibliografía

- Catalá A, Picò A, Tortosa F, Varela C, Gilsanz A, Lucas T, et al. *Guía clínica del diagnóstico y tratamiento de la apoplejía hipofisaria*. Elsevier. 2006. Vol. 53. Núm. 1. Páginas 19-24

778/212. LA IMPORTANCIA DE UNA ANAMNESIS DIRIGIDA EN UNA LUMBALGIA CRÓNICA.

Autores:

Santana Cristobal, V.¹, Cristóbal Pinto, M.², Torrico Ledesma, Á.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mengíbar Dr. Manuel Polaina Bailón. Mengíbar. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 53 años acude a consulta por lumbalgia de años de evolución. Ha estado en tratamiento todos estos años con corticoides y analgesia en cada episodio agudo sin mejoría.

Ante persistencia de sintomatología, se realiza en consulta anamnesis dirigida explicando una serie de signos y síntomas que nos deben poner en alarma.

Dolor de cuadrado lumbar bilateral irradiado a ingle, provocando una debilidad progresiva en ambos miembros inferiores, que condicionan una alteración en la deambulación. El dolor y debilidad aparecen incluso en reposo y se acompañan de parestesias en periné. En la última semana, síntomas de incontinencia de esfuerzo refiriendo pequeños escapes de orina con maniobras de Valsalva.

Exploración y pruebas complementarias

TA 130/70mmHg. FC 80lpm. Afebril.

Índice Tobillo-Brazo 1,20

Apofisalgia lumbosacra. El dolor le causa parestesias en glúteos y trocánteres bilaterales sólo con palpación. Maniobras de cadera no dolorosas. No escoliosis.

Abdomen anodino

Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación normal. Reactantes de fase aguda en rango.

Radiografía columna lumbar y sacro: imagen sugestiva de pinzamiento a nivel de L5-S1. No evidencia de fracturas, ni de signos artrósicos avanzados.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Lumbalgia crónica con presencia de banderas rojas sugestiva de Síndrome de Cola de Caballo.

Diagnóstico diferencial

- Hernia discal lumbosacra.
- Infección de médula espinal.
- Absceso o tumoración en columna lumbar
- Estenosis vertebral.
- Aneurisma Aorta.

Comentario final

El 80% de cualquier episodio lumbar es agudo y auto limitado. Sin embargo, hay que estar alerta ante la evolución tórpida de este dolor o la aparición de banderas rojas, que son aquellos signos de alarma que indican que el dolor es la manifestación de un cuadro más complejo, debiendo descartar malignidad, infección o fractura. Ante la presencia de estos signos, se debe realizar con celeridad una serie de pruebas complementarias como analítica y prueba de imagen. La RMN columna lumbar sería la prueba de elección. Sin embargo como auto crítica, cabe destacar que desde Atención Primaria no se permite solicitarla dilatando los tiempos diagnósticos y terapéuticos.

Bibliografía

- M. Rubin. *Síndrome de la cola de caballo*. MDCM, New York Presbyterian Hospital-Cornell Medical Center (2023)
- A.P.Verhagen, A.Downie, N. Popal, et al. *Red flags presented in current low back pain guide lines: A review* (2023)

778/213. NO CONSIGO LIBRARME DE ESTA MUCOSIDAD.

Autores:

Hussein Alonso, D.¹, Clavijo López, B.², Perez Villaescusa, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 47 años. Antecedentes: NAMC, Fumadora de 1 paquete de tabaco diario. Intervenciones: fractura radio brazo derecho. Tratamiento: Loratadina 10mg cada 24H. Acudió a consulta de primaria por mucosidad abundante y congestión nasal, cansancio generalizado y odinofagia. Rebelde a tratamiento con acetilcisteína, antiinflamatorios y corticoides.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, eupnéica en reposo. TA 129/70, saturación 98% basal, FC 68lpm. Auscultación rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, doloroso en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Miembros inferiores sin edemas, ni signos de trombosis. Abotargamiento de cuello. Bioquímica Glucosa: 96mg/dL, Creatinina: 0.8g/dL, Filtrado 93, Urea 39mg/dL, iones normales, PCR: 34mg/L, Sedimento de orina y Hemograma sin hallazgos de interés. Serología, Herpes virus, Epstein barr. Negativos

Radiografía de tórax: ensanchamiento de mediastino.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de vena cava superior

Diagnóstico diferencial

Neoplasia pulmonar

Comentario final

La mujer acudió a la consulta de atención primaria en varias ocasiones, se comenzó con tratamiento antibiótico y corticoides sin éxito. La citamos de nuevo para una buena exploración y la petición de pruebas complementarias, visualizamos un abotargamiento de cuello no muy acusado acompañado de telangiectasias en abdomen lado derecho.

La paciente con antecedentes de ser fumadora de más de 20 años de evolución de un paquete diario. Es necesario una buena exploración y lo más completa posible además de la realización de radiografía de tórax en patología respiratoria rebelde a tratamiento, ya que fue providencial en

su diagnóstico y derivación a oncología, ahora en estudio y seguimiento por su servicio.

Bibliografía

- Zomeño Rodríguez M. *Síndrome de vena cava superior*. *Med Spain [en línea] 2000 [fecha de acceso 01 de Marzo de 2005]*

778/214. DOCTORA, CON LO QUE A MÍ ME GUSTA COMER . .

Autores:

Clavijo López, B.¹, Escribano Lázaro, C.², Ríos Pérez, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carmona Ntra. Sra. de Gracia. Carmona. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Manuel, varón de 67 años y paciente de nuestro cupo. AP adenocarcinoma de próstata en 2006, actualmente curado tras braquiterapia y prostatectomía radical re-tropública Da Vinci, con secuela de incontinencia urinaria y cistitis rádica. Diagnosticado de Adenocarcinoma de Recto Inferior cT4bcNxM0 en enero del año pasado. Desde entonces hasta el momento actual su enfermedad ha ido progresando de forma local primeramente hacia vejiga y posteriormente hacia fosa isquioanal izquierda, tras lo cual presenta una zona necrótica central fistulizada a vejiga. En los últimos meses, se le debe realizar colostomía derivativa tras ITUs de repetición y, debido a la progresión tumoral a pesar de tratamiento oncoespecífico, la masa tumoral actualmente perfora ampolla rectal y se abre hacia el lecho de la prostatectomía, desembocando en piel y drenando hacia periné.

Debido a la situación actual y la incomodidad que le supone a Manuel permanecer en sedestación, adopta postura antiálgica tumbado en la cama y deambulando en ciertas ocasiones (cada vez menos).

Su esposa nos contacta telefónicamente porque Manuel ha dejado de comer esta última semana, refiriendo molestias urentes en la mucosa oral que le impiden tragar. Última sesión de quimioterapia hace 10 días

Siendo consciente de la importancia y del valor que le da Manuel al acto social de la comida (“Doctora, con

lo que a mí me gusta comer...”), realizo valoración en domicilio. Pauto tratamiento y hago seguimiento.

Exploración y pruebas complementarias

Xerostomía. Inflamación mucosa oral grado 3-4 de la OMS / NCI-CTC. Paladar blando y suelo de la boca. Fondo limpio de las lesiones, no se aprecian vesículas, no se aprecian lesiones blanquecinas, no se aprecian signos de sobreinfección, no se aprecian lesiones de otras características.

Realizo receta de Formulación Magistral Lidocaína viscosa gel: lidocaína 2%, carboximetilcelulosa sódica 0.75%, agua purificada csp 250 mL. Objetivo: dolor en la mucosa oral con acción poco prolongada, principalmente antes de las comidas.

Otras: Morfina para enjuague bucal, piruletas con tetracaína.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Mucositis por quimioterapia

Diagnóstico diferencial

infección viral, infección fúngica.

Comentario final

La formulación magistral permite cubrir lagunas terapéuticas en el abordaje clínico de pacientes concretos, facilitando el control sintomático cuando el arsenal de medicamentos comercializados no se ajustan a necesidades concretas.

778/215. VER MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE.

Autores:

Huamán Munive, E.¹, Otero Mata, M.², Rodríguez Armesto, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Milladoiro. Ames. La Coruña

Descripción del caso

Hombre de 54 años. Antecedentes. Hipertensión arterial (HTA). Dislipidemia. Cólicos nefríticos. Medicación: Enalapril 20mg. Atorvastatina 10mg. Consulta por dia-

rra con urgencia defecatoria de tres meses de evolución y pérdida de peso (15k en 3 meses).

Exploración y pruebas complementarias

PA: 181/113mmhg (dos determinaciones). FC 75lpm. Afebril. Exploración cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Edema con signo de fóvea hasta rodillas. Se solicita ECG, AS completa, examen de orina. Coprocultivo y otros estudios por diarrea. Se añade a su tratamiento Amlodipino 5mg, se indica AMPA y se cita nuevamente. Acude a los 8 días, tiene una PA > 140/95mmhg con un AMPA (150/95mmg promedio), Creatinina 1.26 mg/dL, VFG 59.6. Proteínas totales 4.1 g/dL, albúmina 2.4 g/dL. Colesterol 378.0 mg/dL, LDL 292.0 mg/dL. Coprocultivo: Blastocistis Hominis. Bioquímica en orina: Proteínas totales 18.0 g/L [0.01 – 0.14]. Urianálisis: Proteínas totales +++, hematíes ++.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome Nefrótico. HTA secundaria. Hipoalbuminemia. DLP. Diarrea de causa infecciosa producido por Blastocistis Hominis. Pérdida de peso. Se solicita Ecografía Renal e interconsulta a Medicina Interna (MI).

Diagnóstico diferencial

HTA complicada con lesión renal?

Comentario final

Posteriormente es visto en MI con resultados de nueva analítica: Creatinina 1.33 mg/dL. VFG 56. Cociente Albumina/ creatinina >300. Proteínas totales 4,3g/dL. Albúmina 1.6 g/dL. LDL 108.0 mg/dL. Debido al empeoramiento de la función renal se consulta con Nefrología quienes realizan Ecografía renal en la que visualiza; riñones de tamaño y morfología normal con una diferenciación corticomedular disminuida de lado derecho en relación con nefropatía médica. Anti-PLA2R: 70.18 UR/mL. Posteriormente se realiza Biopsia renal derecha cuyos hallazgos fueron concordantes con Nefropatía Membranosa (NM) y Vasculopatía Hipertensiva de grado leve. Finalmente es diagnosticado de Insuficiencia Renal G3 A3 en relación con NM e HTA secundaria. Actualmente se encuentra en tratamiento y está en seguimiento conjunto por Nefrología y AP. La HTA es factor de riesgo de enfermedad y muerte en el mundo, por tanto la toma de PA debe ser una práctica obligatoria para mejorar la detección, optimizar el tratamiento y hacer un buen control de la HTA1.

Bibliografía

- *Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Elsevier. 2022;36 (4):4-21.*

778/217. UNA ADICCIÓN MUY SENIL.

Autores:

Delgado Soto, E.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva

Descripción del caso

Mujer de 83 años que acude a la consulta de atención primaria por palpitations, sudoración profusa, insomnio de conciliación y de mantenimiento así como intranquilidad. No comenta reacciones adversas asociadas. No tiene antecedentes personales de interés. Último control analítico, incluyendo tiroides en la normalidad. Hipertensa y dislipémica. Activa. Leve deterioro cognitivo. Independiente. Medicación: Enalapril 20 mg, Simvastatina 20 mg, Paracetamol 650 mg si dolor, Alprazolam 0,25 si ansiedad (se retiró en el último mes el alprazolam de 1 mg y el de 0,5). Toma melatonina a diario.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Tensión: 130/67. Frecuencia cardíaca 93 latidos por minuto. Tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos. Piel húmeda y sudorosa. Auscultación pulmonar normal. Palpación tiroidea normal. NO adenopatías.

Sin clínica de focalidad neurológica asociada. Verborreica. Temblor de ambas manos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de abstinencia y/o privación de benzodiazepinas

Diagnóstico diferencial

- Arritmia cardíaca
- Descompensación hormonal
- Síndrome ansioso
- Secundarismo farmacológico

Comentario final

La paciente fue abordada las semanas previas, para manejo y control adecuado de su insomnio de años de

evolución, que había estado manejando durante años con alprazolam 1 mg al día e incluso 2 mg. Al ajuste de medicación y siguiendo criterios STAR-STOPP se informó a la paciente sobre los riesgos del uso continuado de benzodiazepinas, permitiendo la propia paciente una pauta de deshabitación progresiva. Cuando la paciente llegó a consulta, suplicaba que le volviésemos a instaurar la medicación ansiolítica. Le proporcionamos 0,5 mg de Alprazolam oral, y su sintomatología cedió a los 30 minutos. Volvimos a reajustar pauta descendente para prolongar el tiempo y la dosis que estaba tomando. Este caso demuestra los riesgos a largo plazo de la implantación de una benzodiazepina fuera del tiempo previsto para control de síntomas, así como la inercia terapéutica y los efectos secundarios que podemos generar, si no se controla adecuadamente la prescripción de este tipo de medicamentos desde Atención Primaria.

Bibliografía

- *Vivir sin tranquilizantes es posible. Documento de consenso de la Junta de Andalucía. Consejería de Sanidad y consumo. 2023. Disponible en: https://farmaciaatencionprimariasevilla.es/images/Docs_Profesionales/BenzoStop/BenzoStop_VivirSinTranquilizantes.pdf*
- *Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. IT del Sistema Nacional de Salud. Volumen 32, Nº 2/2008. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_2_DeshabBenzodiaAtenPrimaria.pdf*

778/223. DOCTOR, ESTOY PERDIENDO PESO.

Autores:

Álvarez López, I.¹, Gómez Quevedo, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorón. Écija. Sevilla,
(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorón. Écija. Sevilla

Descripción del caso

Varón 17 años sin antecedentes de interés, que consulta por pérdida de peso ponderal de unos 20 Kg en 8 meses, a pesar de aumento de ingesta tanto de alimentos como de complementos alimenticios para ganancia de masa muscular. No otra sintomatología por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado. Bien perfundido e hidratado. Normocoloreado. Corpulento. Auscultación, abdomen, miembros inferiores y tiroides sin hallazgos.

Hemograma y bioquímica normal. TSH 6,8 uUI/mL, T4 1,8 ng/dL.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hipertiroidismo secundario.

Diagnóstico diferencial

Adenoma hipofisario. Resistencia hormonas tiroideas. Ingesta hormonas tiroideas.

Comentario final

El paciente derivó a Medicina Interna que completó estudio con analítica con anticuerpos tiroideos, ecografía tiroidea, resonancia con contraste de la silla turca y eliminación completa de los suplementos alimenticios. A la espera de los resultados y sin tratamiento por el momento. Se nos presenta un caso acorde a la realidad que vivimos todos los días, las apariencias y la estética sobrepasan límites, llevándonos a consumir productos no comercializados para lograr los beneficios en el menor tiempo posible. A veces, estas sustancias pueden ser perjudiciales para nuestra salud, incluso mimetizan patologías importantes que precisan diagnósticos con pruebas de gran impacto económico.

Bibliografía

- *Ross DS, Burch HB, Cooper DS et al. Directrices de la Asociación Estadounidense de Tiroides de 2016 para el diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo y otras causas de tirotoxicosis. Tiroides 2016; 26: 1343. <https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/hyperthyroidism-overactive-thyroid-beyond-the-basics/abstract/2>*
- *Kravets I. Hyperthyroidism: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2016 Mar 1;93(5):363-70. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0301/p363.html>*

778/225. MANO CATASTRÓFICA, REPORTE DE UN CASO.

Autores:

Millán López, J.¹, Palenzuela Blanco, C.², Maestre Moreno, M.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente varón de 64 años que acudió al servicio de urgencias de un centro de salud semiurbano presentando heridas múltiples en mano izquierda tras engancharse con un remolque mientras realizaba trabajos en un olivar cerca de su domicilio. En un primer momento se procedió a la valoración de la mano y en dicha exploración se apreciaron graves heridas del 2o al 5o dedo de la mano, acompañados de algunos colgajos de piel a expensas de los tendones. Se procedió al lavado de la herida con abundante suero fisiológico y aislamiento de la misma con gasas estériles; se administró 0.75mg Fentanilo IV junto con 10mg metocroplamida IV y cobertura antibiótica con Cefazolina 2g IV y Gentamicina 240mg IV. Se decidió el traslado del paciente al hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias

En el hospital de referencia: - Analítica 3 series - Radiografía de mano y dedos de la mano izquierda.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

El término «mano catastrófica» se ha empleado tradicionalmente para definir lesiones que afectan a todos o casi todos los tejidos y sistemas funcionales de la mano (cobertura cutánea, osteoarticular, arteriovenoso, sensitivomotor y musculoligamentoso) acompañado generalmente de amputaciones digitales. Es un diagnóstico claro desde el primer momento.

Diagnóstico diferencial

En este caso no procede

Comentario final

A la llegada al hospital y tras comprobar los daños que presentaba el paciente mediante un estudio radiológico, fue intervenido quirúrgicamente por el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, siéndole amputados ante la gravedad de las lesiones los 2o, 3o, 4o y 5o dedos de la mano izquierda.

Bibliografía

• Aszmann O, Vujaklija I, Roche A, Salminger S, Herceg M, Sturma A, et al. Elective amputation and bionic

substitution restore functional hand use after critical soft tissue injuries. *Sci Rep.* 2016; 6:1---9. WOO SH, LEE GJ, KIM KC, HA SH, KIM JS. Immediate partial great toe transfer for the reconstruction of composite defects of the fistal thumb. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117: 1906- 1915. 2. MUZAFFAR R, C

778/226. LO QUE ESCONDE UNA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.

Autores:

Martín Hidalgo, A.¹, Villena Arriola, E.², Aguilera Ortiz, C.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial. Acude a consulta por dolor en el gemelo izquierdo de un día de evolución no relacionado con traumatismo ni sobreesfuerzo. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración observamos en el miembro inferior izquierdo edema, calor, rubefacción local y dolor a nivel gemelar con aumento de diámetro respecto a la extremidad contralateral con signo de Homans positivo. Auscultación cardiopulmonar normal. Se deriva a urgencias con sospecha de TVP donde se confirma el diagnóstico tras realizar una eco-Doppler. Es dado de alta con anticoagulación durante 6 meses y cita de revisión posterior en consultas de Cirugía Vascul.

Dado que el paciente no presenta factores de riesgo conocidos para el desarrollo de una TVP, decidimos derivarle a consultas de Hematología para descartar una posible trombofilia. En la analítica destacan anticuerpos lúpicos y antifosfolípicos negativos pero elevación de los marcadores tumorales CEA y Ca 19.9. Al ver los resultados le solicitamos una colonoscopia preferente a través de una teleconsulta a Digestivo, donde se diagnosticó una neoplasia estenosante de colon. En el TAC abdominal con contraste que se realiza posteriormente se visualiza una neoplasia en el ángulo hepático del colon con metástasis hepáticas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Trombosis venosa profunda secundaria a una neoplasia de colon

Diagnóstico diferencial

Celulitis, tromboflebitis superficial, linfedema, rotura de quiste de Baker, desgarros musculares, traumatismos de partes blandas, edemas de éstasis y síndrome posttrombótico.

Comentario final

Ante un paciente con una TVP es importante conocer y detectar los factores de riesgo que pueden favorecer su desarrollo. Los más frecuentes son: inmovilización prolongada, cirugía o trauma reciente, obesidad, estados de hipercoagulabilidad, neoplasias, parto y puerperio, tratamientos hormonales o episodios previos de TVP o de TEP. En personas sin factores de riesgo es ineludible buscar una posible etiología antes de establecer una causa idiopática.

Bibliografía

- Bartolomé R, Bartolomé FJ. Estudio básico ante una trombosis venosa profunda. *FMC*. 2018; 25(7):418-421

778/227. CASO CLÍNICO TOS FERINA EN ADULTO.

Autores:

Mateos Gil, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Puerto Real. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 37 años consulta por tercera vez en un mes por un cuadro de tos que no remite. Hace tres semanas comenzó con tos seca, rinorrea y malestar general sin fiebre. Hace 5 días que la tos empeoró, produciéndole accesos intermitentes que le causan náuseas y sensación disneica, junto con una inspiración final aguda y que el paciente refiere como un aullido.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: buen estado general, consciente, orientado y colaborador, eupneico en reposo, saturación de oxígeno basal al 98% y FC 87 lpm.

Orofaringe: sin signos inflamatorios ni exudados amigdalares.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos respiratorios sobreañadidos.

Se realiza radiografía de tórax en la que no se aprecian condensaciones pulmonares ni infiltrados. Se toma muestra de exudado nasofaríngeo para PCR de Bordetella Pertussis con posterior resultado positivo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tos ferina

Diagnóstico diferencial

Rinofaringitis aguda, neumonía típica, tos postinfecciosa tras infección viral respiratoria.

Comentario final

La tos ferina es una enfermedad respiratoria producida por la bacteria gramnegativa Bordetella pertussis. Suele darse en tres fases, una catarral durante la primera semana en la que predomina un cuadro clínico de resfriado común, con rinorrea, tos leve o malestar generalizado con o sin fiebre. Luego, una fase paroxística tras la segunda semana con una tos paroxística, intensa, ocasionando náuseas, vómitos y/o una inspiración final vigorosa con el característico sonido "ferino". Tiene una última fase de convalecencia en la que hay una disminución gradual en la frecuencia y gravedad de la tos, que puede prolongarse incluso dos semanas más.

El diagnóstico será clínico con confirmación por cultivo o PCR de Bordetella. Trataremos con azitromicina o claritromicina y advertiremos al paciente de que la tos puede prolongarse meses.

Bibliografía

- Cornia P, Lipsky BA. Pertussis infection in adolescents and adults: Clinical manifestations and diagnosis. [Monografía en Internet]. Calderwood SB: UpToDate; 2024 [acceso 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
- Cornia P, Lipsky BA. Pertussis infection in adolescents and adults: Treatment and prevention. [Monografía en Internet]. Calderwood SB: UpToDate; 2024 [acceso 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

778/230. CUIDADO CON LA INERCIA TERAPÉUTICA.

Autores:

Garrido Montenegro, G.¹, Martín Romero, D.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón 55 años, sin alergias conocidas a medicamentos. Fumador de 15 cigarrillos diarios desde hace 40 años. Presenta diabetes mellitus en tratamiento con insulina glargina desde hace 15 años. Acude a consulta para valoración de analítica de sangre solicitada por otro compañero. Llama la atención que el paciente nunca ha sido tratado con ningún antidiabético oral y decidimos estudiar el inicio de su diabetes. Se diagnóstico por glucemia basal 354 y hemoglobina glicosilada (A1c) en 9.7% y se trató con insulina sin realizar ningún cambio.

Ofrecemos al paciente la posibilidad de mejorar su situación, riesgo cardiovascular y retirar la insulina si trabajamos de forma conjunta. Ante esta posibilidad se ve motivado a implicarse en el proceso. Instruimos sobre mejorar la alimentación y comenzar a introducir actividad física. Se inicia Metformina 850mgr 1/2-0-1/2 e irá reduciendo insulina glargina en función a glucemia basal. Citamos a la semana, ante buena tolerancia subimos a un comprimido cada 12 horas. Realizamos seguimiento semanal del paciente hasta retirada de la insulina. El paciente ha reducido su peso hasta 96kgr., realiza actividad física 3 días a la semana y lleva 25 días sin fumar. Se mantiene el tratamiento con Metformina 1000mgr/Empaglifozina 5mgr.

Exploración y pruebas complementarias

TA 145/87 FC 75lpm Talla 172cm Peso 107kgr Índice masa corporal (IMC) 36.16 Perímetro abdominal 110cm Perímetro cuello 38.5cm

Resto de la exploración anodina

Analítica de sangre: Destaca A1c 7.5%; Colesterol total 295; Colesterol no-HDL 235; Triglicéridos 330

Tras 4 meses:

TA 135/87 FC 68lpm Talla 172cm Peso 96kgr IMC: 32.4 Perímetro abdominal 102cm Perímetro cuello 36.5cm

Analítica de sangre: A1c 6.7%

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Diabetes mellitus tipo 2

Diagnóstico diferencial

Diabetes mellitus tipo 2

Obesidad grado 3

Comentario final

Revisar de forma pormenorizada a cada paciente y no dejarnos guiar por lo realizado hasta el momento nos hace identificar situaciones de mejora en cada paciente.

Bibliografía

- SEEN. Abordaje integral de las personas con diabetes tipo 2.
- López-Simarro et col. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria.
- Velázquez, M., & Alicia, S. Frecuencia de la inercia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de 20 a 59 años.

778/231. BOTOX: REACCIÓN ANAFILÁCTICA TRAS SU USO PARA FINES ESTÉTICOS.

Autores:

Quero Martín, Á.¹, De Hita Molina-Bailén, L.², García Sánchez, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 56 años que acude a Urgencias de nuestro centro de salud para valoración por edema palpebral en ojo izquierdo. La paciente llegó con edema periorbitario izquierdo y frontal. Refería haber acudido esa misma mañana a su médico estético habitual para realizarse un tratamiento con toxina botulínica para eliminar las arrugas del tercio superior. La paciente comentó que era la segunda vez a lo largo de su vida que acudía para realizar este tipo de tratamiento

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Aceptable estado general, normocoloreada y normoperfundida. Edema facial que afectaba a región frontal y ambas regiones periorbitarias. ACR Tonos ritmicos, taquicárdica, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Orofaringe hiperémica con leve edema de úvula. SatO2: 96%, TA 136/90 mmHg, FC 145 lpm.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Reacción anafiláctica tras inyección de toxina botulínica en tercio superior.

Diagnóstico diferencial

angioedema facial, urticaria, síndrome nefrótico

Comentario final

La paciente pasó a la sala de observación de Urgencias de nuestro centro para administración de tratamiento. Pautamos adrenalina IM ajustada a peso, metilprednisolona 80 mg y dexclorfeniramina para su tratamiento. Tras un tiempo prudencial, la paciente no presentó una correcta evolución, con aumento del edema facial. Se decidió derivación urgente a Urgencias hospitalarias para observación y realización de pruebas complementarias.

Bibliografía

- Guo X, Li T, Wang Y, Jin X. Sub-acute hypersensitive reaction to botulinum toxin type A following Covid-19 vaccination: Case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Dec 10;100(49):e27787. doi: 10.1097/MD.00000000000027787. PMID: 34889230; PMCID: PMC8663829.
- Haque EK, Darwish YR, Reddick CS. Transient localized cutaneous reaction after onabotulinumtoxinA aesthetic injection. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2020 Jul 9;33(4):598-600. doi: 10.1080/08998280.2020.1778611. PMID: 33100537; PMCID: PMC7549916.

778/243. UNA ENFERMEDAD DESCONOCIDA CON MÚLTIPLES MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Autores:

Rodríguez Quesada, M.¹, Dionisio Flores, M.¹, Boix Cebolla, V.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 57 años de origen colombiano, con hipertensión, bioprótesis aórtica por insuficiencia severa

y migraña crónica, consulta a su médico de atención primaria por cefalea y carotidinia de una semana de evolución que no mejora con antiinflamatorios y no permite descanso nocturno. Se derivó a urgencias de hospital de Valme por datos de alarma encontrados en la exploración, donde realizaron múltiples pruebas, llegando al diagnóstico, y pautando como tratamiento corticoides a dosis altas, al alta revisión por parte de cardiología y reumatología junto con el seguimiento del médico de cabecera.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente presentaba buen estado general, a la toma de tensión arterial se objetivó ausencia de presión y pulso en miembro superior izquierdo, así como, soplo carotideo a la auscultación. Electrocardiograma anodino, Angioresonancia de cuello: compromiso arteria vertebral, discreto engrosamiento paredes de la subclavia izquierda. Angioresonancia de tórax: signos de arteriopatía de medianos vasos compatible con arteritis de Takayasu, oclusión de la arteria subclavia izquierda. Doppler carótida: permeabilidad de las carótidas comunes y sus ramas con engrosamiento de la íntima. Flujo invertido por vertebral izquierda como hallazgo de subclavia ladrona.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Arteritis de Takayasu

Diagnóstico diferencial

Se realizó con patología aórtica aguda.

Comentario final

Nos encontramos ante una enfermedad rara con múltiples manifestaciones clínicas muy difícil de diagnosticar e incluso de sospechar en consultas de Atención Primaria, esto nos demuestra la importancia de hacer una buena historia clínica con una anamnesis completa recogiendo las diferentes manifestaciones clínicas de los pacientes y no centrándonos solamente en el motivo de consulta principal, además es importante conocer los datos de alarma de las patologías frecuentes en consulta, ya que en este caso por ejemplo conocer los datos de alarma de las cefaleas supuso una rápida derivación y un diagnóstico precoz de la enfermedad. En este caso damos a conocer una enfermedad muchas veces olvidada que sin un tratamiento adecuado puede llegar a ser una enfermedad muy grave.

Bibliografía

- Lacruz Pérez L, Mir Perelló MC. Arteritis de Takayasu. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020;2:259-269.

- Gamboa P. Arteritis de Takayasu. *Rev Colomb Cardiol.* 2020;27(5):428-433.

778/247. TOS Y NEUMOMEDIASTINO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE.

Autores:

Ruano Mayo, A.¹, González González, A.¹, Sánchez Serano, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barca. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 10 años de edad que acude al SUAP por tos seca persistente de más de una semana de evolución. En tratamiento con budesónida por bronquitis de repetición.

No RAMc. Exploración anodina. Diagnóstico IRVA.

Acude nuevamente días después por dolor retroesternal y mayor accesos de tos.

Acude a las 24h la por persistencia de la tos emetizante, voz nasal, sialorrea y edema de cuello.

Exploración y pruebas complementarias

Tos de características pertusoide. Aumento de perímetro cervical derecho con crepitación a la palpación en región mandibular derecha, cuello y parte superior de tórax. Orofaringe y ACR anodina.

Rx tórax: Se aprecia enfisema subcutáneo a nivel cervical y axilar. No se observa neumotórax ni condensaciones pulmonares. Impresiona de neumomediastino.

Se deriva al SUH.

*Analítica Normal

*TC cuello: Enfisema mediastínico, subcutáneo a nivel torácico anterior, con extensión a planos profundos de ambas regiones axilares y cranealmente a espacio cervicales.

*Triple PCR virus respiratorio: Negativo.

Tratamiento:

- Dextrometorfano sin mejoría.
- Codeína sin mejoría.
- *Panel respiratorio ampliado: Se aísla *Mycoplasma pneumoniae*.

- Azitromicina 10mg/Kg/día.

Presento buena evolución con disminución del enfisema. Alta.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfisema Subcutáneo.

Neumomediastino.

Infección respiratoria por *Mycoplasma Pneumoniae*.

Diagnóstico diferencial

Laringitis.

Tos Ferina.

Neumotórax

Comentario final

M. pneumoniae se presenta de diversas formas clínicas, siendo estas desde asintomáticas, infecciones respiratorias generando un cuadro pseudogripal (más frecuente) o cuadro pertusoide, pudiendo llegar a desarrollar neumonías, generalmente atípicas, algunas graves e incluso manifestaciones extraarticulares.

Se ha visto un repunte comunitario de esta bacteria junto con *Bordetella Pertussis* en los últimos meses de 2023 y sobre todo primeros meses de 2024 sobre todo en edad escolar, aunque también en adultos por lo que es importante mantener un alto índice de sospecha.

Llama la atención del caso que de un síntoma tan inofensivo aparentemente como es la tos, aparezca una complicación tal como un neumomediastino, entidad poco frecuente, probablemente infradiagnosticada y ha de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor torácico. El neumomediastino suele resolverse tratando adecuadamente la causa del mismo.

Cabe destacar una vez más la importancia de una completa anamnesis y exploración sistemática sin olvidar la palpación cervical en cuadros de IRVA.

Bibliografía

- UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/mycoplasma-pneumoniae-infection-in-children?search=mycoplasma%20pneumoniae&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-pneumomediastinum-in-children-and-adolescents?search=enfisema%20>

subcut%3%A1neo&source=search_result&selectedTitle=2%7E99&usage_type=default&display_rank=2

778/248. LA IMPORTANCIA DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LA SOSPECHA CLÍNICA.

Autores:

Dionisio Flores, M.¹, Villalba García, Á.², Estrada Ayala, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arahal. Arahal. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 70 años. Sin alergias. Fumadora de 10 cigarrillos diarios. Hipertensión Arterial e Hipotiroidismo tratados con Levotiroxina 25 mg y Captopril 25 mg. Acude a Urgencias Hospitalarias por dolor torácico irradiado a brazo izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Eupneica. Auscultación, abdomen y miembros inferiores normales. Electrocardiograma y Radiografía de Tórax normal. Analítica con elevación de troponinas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se ingresa en Cardiología presentando coronariografía y ecocardiografía normales, por lo que, encontrándose asintomática, es dada de alta. Una semana después, comienza con aumento de temperatura y dolor en miembro inferior izquierdo, diagnosticándose, tras valoración Hospitalaria, de Trombosis Venosa Profunda. Acude a revisión con su Médico de Familia, refiriendo molestias torácicas, disnea y astenia. Se deriva de nuevo a Urgencias por sospecha de Tromboembolismo Pulmonar asociado, que se confirma con AngioTC. Se ingresa en Neumología, con buena evolución y alta posterior. Cuando acude a consulta, su Médico de Familia decide solicitar marcadores tumorales ante sospecha de neoplasia como causa de las trombosis (hospitalariamente no se había solicitado estudio, justificando el cuadro por el reposo previo y la edad). A los pocos días, presenta desviación de comisura bucal y hemiparesia, por lo que acude de nuevo a Urgencias con realización de AngioTC craneal en el que presentaba una obstrucción completa de arteria caróti-

da interna, resuelta mediante trombectomía. Durante este nuevo ingreso comienza la sospecha de Síndrome de Trousseau ante los numerosos tromboembolismos, por lo que se solicita estudio y se diagnostica neoplasia de páncreas con metástasis hepáticas. Se decide biopsia con aguja gruesa para estudio histológico con desarrollo de hemoperitoneo y shock hemorrágico como complicación, falleciendo la paciente.

Diagnóstico diferencial

Trombosis aisladas o Síndrome de Trousseau por neoplasia.

Comentario final

El Síndrome de Trousseau se da en cierto tipo de neoplasias, como la pancreática. En este caso, el Médico de Familia lo sospechó antes que el resto de especialistas, por lo que decidió comenzar estudio a pesar de que se había desestimado previamente. Debemos guiarnos siempre por nuestras sospechas y por lo que creamos que es más correcto y adecuado.

Bibliografía

• Melas N. Trousseau's syndrome: a combination of cancer and hypercoagulability. *Lakartidningen*. 2020; 117.

778/252. UNA BUENA LECTURA RADIOLÓGICA ES VITAL.

Autores:

Dionisio Flores, M.¹, Ollero Rodríguez, T.², Rodríguez Quesada, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 67 años. Sin alergias. No fumadora. Hipertensión Arterial y Dislipemia tratadas con Enalapril 20 mg y Rosuvastatina 10 mg. Vida activa. Acude a Urgencias Hospitalarias por disnea, tos y astenia.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Eupneica. Auscultación con sibilantes y roncus dispersos. Abdomen y miembros normales. Radiografía de tórax descrita como normal. Analítica sin hallazgos salvo Proteína C Reactiva 100 mg/dl.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se decide alta con diagnóstico de Bronquitis Aguda. La paciente acude a la semana a su Médico de Familia, persistiendo la clínica. Su Médico de Familia revisa radiografía realizada en Urgencias y aprecia imagen de bulla en ápex pulmonar izquierdo, compara con otra previa pedida hace 3 meses en otro proceso de Urgencias y percibe que ya se intuía dicha imagen con menor tamaño. Deriva a la paciente a Urgencias, donde vuelve a ser dada de alta sin realización de pruebas. A los cinco días, reacude a su Médico de Familia sin mejoría, presentando también dolor en hemitórax izquierdo. Se solicita nueva radiografía donde se aprecia hidroneumotórax izquierdo. La paciente es derivada a Urgencias y se coloca drenaje torácico con expansión completa de neumotórax. Se realiza baciloscopia con resultado positivo, por lo que se realiza diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Durante el primer día de ingreso en Neumología, presenta enfisema subcutáneo por movilización de drenaje torácico. A lo largo del ingreso presenta buena evolución clínica del enfisema y comienza tratamiento antituberculoso. Actualmente ya recuperada.

Diagnóstico diferencial

Bronquitis Aguda o Tuberculosis Pulmonar.

Comentario final

En este caso, la lectura de la radiografía por el Médico de Familia y la preocupación por la sintomatología de la paciente, hizo que se derivara de forma correcta a Urgencias. Allí no se dio importancia a lo que describía su Médico, lo que hizo que se diagnosticara erróneamente, dejando evolucionar la patología hasta el punto de presentar una complicación grave. Es por ello que debemos realizar una buena lectura de las imágenes radiológicas e indagar mejor en la clínica que refieren los pacientes.

Bibliografía

- Díaz F, Córdova H, Aguirre H. Neumotórax espontáneo asociado a tuberculosis pulmonar activa. *Prensa Med Mex*, 43 (1978): 282-6.

778/254. CONTROL POR SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Fernández López, L.¹, Berzal Cordero, M.¹, Vargas Castillo, G.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gabia La Grande. Las Gabias. Granada

Descripción del caso

Mujer de 74 años que acude a consulta de atención primaria por presentar desde hace 3 meses dolor abdominal generalizado acompañado de 5-7 deposiciones diarreicas al día. Heces con abundante mucosidad, sin otros productos patológicos. No fiebre. No náuseas ni vómitos. En este tiempo pérdida de peso de unos 8-12 kg. La paciente presenta antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia e hipotiroidismo con buen control.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo, sin trabajo respiratorio adicional. Hemodinámicamente estable con TA 123/78 mmHg y afebril. A la exploración presenta abdomen blando, depresible, con molestias a la palpación profunda de forma generalizada. No se palpan masas ni megalias ni presenta signos de irritabilidad peritoneal; percusión timpánica. Se realiza analítica que no presenta alteraciones, incluyendo coprocultivo, H.pylori en heces y sangre oculta en heces negativa. Pruebas para celiaquía negativas. Se decide derivar a la paciente al Servicio de Digestivo. Se realiza ecografía de abdomen, endoscopia, colonoscopia y nueva analítica, resultado todas las pruebas normales y se da de alta a la paciente con control por su médico de familia. Revisando su tratamiento decidimos suspender olmesartán como posible causa del cuadro, desapareciendo la sintomatología a las tres semanas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome diarreico secundario a enteropatía por olmesartán.

Diagnóstico diferencial

Nos planteamos patologías como hipertiroidismo, el cáncer colorrectal, enfermedades inflamatorias intestinales, celiaquía, intolerancias o alergias a alimentos o reacciones adversas a algún fármaco.

Comentario final

En este caso manifestamos la importancia del médico de familia en la valoración integral de un paciente in-

cluso cuando han sido valorados y dados de alta por especialistas hospitalarios. A destacar también la necesidad de revisar el tratamiento que toman nuestros pacientes ante la aparición de nuevos síntomas.

Bibliografía

- Modesto J, González P, Terry O, et al. Enteropatía asociada a olmesartán: atención a un fenómeno iatrogénico emergente. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2017;40(2):291-4.

778/255. DOCTOR, ME DUELE MUCHO LA BARRIGA.

Autores:

Del Razo Romero, M.¹, Hidalgo Salverri, J.², Fernández Ruiz, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bujalance D. Antonio Fernández de Molina y Cañas. Bujalance. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Paciente varón de 35 años, que acude a Urgencias por presentar dolor intenso (EVA: 8) en fosa ilíaca izquierda con irradiación a todo el abdomen, desde hace 3 días. Se acompaña de fiebre de 38.4oC, escalofríos, cefalea, náuseas, diarrea líquida sin productos patológicos y malestar general. Refiere disminución del apetito, con vómitos de contenido alimenticio en varias ocasiones en su domicilio. Acudió a su Centro de Salud, donde se le diagnosticó GEA, sin mejoría pese a tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 119/73mmHg, FC: 84 lpm, Temperatura: 36.5oC

Buen estado general, consciente y orientado, acude por su propio pie. Ruidos cardiacos rítmicos sin sobreañadidos. Abdomen blando depresible, con ruidos peristálticos audibles, con percusión timpánica, con dolor intenso a la palpación en fosa iliaca izquierda, puño percusión izquierda (-), Blumberg (-), Psoas (-), Talón-Pie (+), con signos de defensa abdominal, sin datos de irritación peritoneal.

Analítica: Destaca leucocitosis de 18.000 a expensas de neutrófilos, Creatinina en 2.4 mg/dL y PCR en 344mg/L.

TAC de Abdomen: Apéndice cecal muy aumentado de calibre, con gran apendicolito en su base, de localización profunda en pelvis con colección adyacente de 30x15 mm con burbujas aéreas en su interior y pared parcialmente formada que se dirige hacia mesenterio de asas de FID.

Se procede a interconsulta con Cirugía General, que indica intervención quirúrgica urgente, pauta hidratación de 2500 cc de Suero Ringer Lactato, Paracetamol 1g IV, Augmentine 1gr, IV y Pantoprazol 40mg IV.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Apendicitis aguda complicada con perforación, absceso en pelvis y mesenterio.

Diagnóstico diferencial

- Diverticulitis
- Adenitis mesentérica
- Cólico Renal Izquierdo

Comentario final

Es imprescindible, ante un dolor agudo con signos de defensa abdominal, no descartar apendicitis pese a que la clínica se focalice en fosa ilíaca izquierda. No debemos olvidar las apendicitis retrocecales como causa de abdomen agudo, si bien son menos frecuentes que las apendicitis comunes.

Bibliografía

- Juan-Pastor A. Apendicitis aguda y la importancia del diagnóstico clínico. *Gac*
- Med Mex [Internet]. 2019;155(1). Disponible en:
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30799465/>

778/256. ESTUDIO DE UNA FIEBRE SIN FOCO.

Autores:

Tena López, J.¹, Serrano Vázquez, P.², Moreno Cruz, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Tomares. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de Aznalfarache Nuestra Señora de La Paz. San Juan de Aznalfarache. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 74 años.

- No RAMc
- Hábitos tóxicos: No fumador, ingesta de unos 60 gr etanol/día.
- FRCV: no refiere.
- Intervención quirúrgica: adenocarcinoma de próstata (2008).

Refiere fiebre de 39.5-40°C desde hace una semana con tirtonas y predominio nocturno. No presenta otros síntomas por aparatos o sistemas. Autotest de antígeno para COVID y gripe A negativo.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normocoloreado, bien hidratado y bien perfundido. Tª 38.2°C.

Tensión arterial 130/85 mmHg, FC 89 lpm. Corazón rítmico, sin soplos ni roces, a buena frecuencia.

Eupneico, SatO₂ 97%. Buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos patológicos asociados.

Abdomen blando y depresible, con molestias a la palpación de hipocondrio derecho, sin masas ni megalias. Murphy negativo.

Sin focalidad neurológica. No se palpan adenopatías. No lesiones cutáneas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Inicio estudio con las siguientes pruebas complementarias:

- Analítica: leucocitosis ($12,57 \times 10^3/\mu\text{L}$) a expensas de neutrófilos ($10,28 \times 10^3/\mu\text{L}$) y proteína C reactiva: 288 mg/L.
- Orina: Hematías Apr 25 x 1/ μL . Urocultivo pendiente.
- Radiografía tórax PA y LT: sin hallazgos patológicos.

Prescribo inicialmente tratamiento empírico con ciprofloxacino 500 mg/12 h.

Tras persistir fiebre elevada sin foco, que no responde a tratamiento empírico, derivó a urgencias hospitalarias.

Juicio clínico: fiebre elevada sin foco.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial inicial:

- Enfermedad neoplásica.
- Patología infecciosa.
- Trastorno autoinmune.

Tras derivarse a urgencias hospitalarias, el paciente ingresa en planta de medicina interna donde se observa en ecografía y TC abdominal c/c una lesión hepática ocupante de espacio de 9,7 x 8,2 x 10 cm, contenido hipodenso, septaciones, contornos multilobulados e inflamación del parénquima hepático adyacente.

Al alta de medicina interna el paciente presenta mejoría clínica y analítica.

Juicio clínico: fiebre en relación a lesión hepática en fase diagnóstica (absceso vs quiste hidatídico).

Comentario final

Este caso pone de manifiesto la importancia de una anamnesis y exploración física exhaustiva en atención primaria, donde son las únicas herramientas de las que disponemos en consulta para obtener información y realizar un manejo inicial adecuado.

Bibliografía

- Wright WF, Mulders-Manders CM, Auwaerter PG, Bleeker-Rovers CP. Fever of Unknown Origin (FUO) - A Call for New Research Standards and Updated Clinical Management. *Am J Med* 2022; 135:173.

778/257. ME VUELVE A DOLER EL PECHO, DOCTOR.

Autores:

Del Razo Romero, M.¹, Hidalgo Salverri, J.², Henares Orellana, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bujalance D. Antonio Fernandez de Molina y Cañas. Bujalance. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espejo. Espejo. Córdoba

Descripción del caso

Paciente varón de 39 años con antecedentes personales de pericarditis hace 15 años, Tabaquismo,

Ingesta de alcohol social. No alergias medicamentosas.

Acude a Urgencias por presentar dolor en costal bilateral izquierda de carácter opresivo (EVA: 8), con irradiación a hipocondrio derecho desde el día de ayer, que aumenta con la inspiración profunda y en

decúbito supino. El dolor se acompaña de disnea de medianos esfuerzos, náuseas, palpitaciones, febrícula de 37.5°C, con ingesta de metamizol sin mejoría. No clínica vegetativa, no diarrea, no vómitos. Refiere un resfriado común hace dos semanas.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 137/78mmHg, FC: 86 lpm, Temperatura: 36°C, SatO₂: 97%

Buen estado general, consciente y orientado, acude por su propio pie. Ruidos cardíacos rítmicos con roce pericárdico a la auscultación. Campos pulmonares bien ventilados sin sobreañadidos, hay dolor a la rotación del tronco con los brazos elevados en área costal derecha y disminuye con la flexión del tronco

Analítica: Leu: 10.37 x 10³; Hb: 17.8 x10⁶; Plq: 339 x 10³; Neu:7.42 x 10³; Tp: 10.5s; TPT: 32.8s; INR: 0.93; Glu: 109mg/dL; Urea: 28 mg/dL; Cre: 0.70 mg/dL PCR: 4.10mg/L; Troponina: 2.5 ng/L; Creatina quinasa: 498 CMB: 10.5ng/ml

Radiografía de Tórax: Sin datos de consolidación y sin datos de pinzamiento costofrénico

EKG: Ritmo sinusal, FC; 75 lpm, PR normal, eje normal, con ligera elevación del ST en todas las derivaciones, sin datos de afectación de la repolarización.

Se realiza interconsulta con Cardiología para realización de Ecocardiograma, no observándose derrame pleural ni pericárdico. Se le pauta reposo relativo, Indometacina 25mg, Omeprazol 20mg, Colchicina 1mg.

A los 15 días del tratamiento, el paciente se encuentra con mejoría, no refiere dolor torácico, ni disnea. Se pauta continuar tratamiento dos semanas más.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pericarditis vírica

Diagnóstico diferencial

- Pericarditis Constrictiva
- Taponamiento Cardíaco
- Pericarditis Idiopática
- Infarto agudo de miocárdico

Comentario final

Aunque ante un dolor torácico de carácter opresivo es primordial descartar un síndrome coronario agudo, no debemos descartar la existencia de otras patologías de origen cardíaco ni extracardiaco. De nuevo, la anamnesis es fundamental: la existencia de antecedentes per-

sonales y de un catarro de vías altas hace poco tiempo nos guía hacia una potencial pericarditis, que se acaba demostrando en las pruebas complementarias.

Bibliografía

- Dababneh E, Siddique MS. Pericarditis. 2024; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613734/>

778/258. ¿SOSPECHANDO MONONUCLEOSIS?

Autores:

Ljubic Bambill, K.¹, Romero Carrillo, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba

Descripción del caso

Paciente varón de 17 años que acude a consulta presentando cansancio extremo, faringitis y múltiples adenopatías. Realizando la anamnesis el paciente comenta que se encuentra fatigoso desde hace unos meses, con aparición de epistaxis frecuentes. Se sospecha de un Síndrome Mononucleósido y se cursan serologías para el virus de Epstein-Barr. Acude el día siguiente por aparición de petequias en miembros inferiores.

Se deriva de forma urgente al hospital de referencia, donde, junto con las alteraciones analíticas y los fenómenos hemorrágicos, se sospecha una leucemia aguda.

El paciente ha sido diagnosticado de Leucemia Linfoblástica T aguda recibiendo protocolo de inducción SE-HOP/PETHEMA 2019. Actualmente el paciente evoluciona favorablemente.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración el paciente se encuentra con febrícula y palidez mucocutánea. La faringe está hiperémica, y se palpan más de 10 adenopatías significativas (>1cm) retrooccipitales, retroauriculares, submandibulares, axilares e inguinales. Hepato y esplenomegalia dolorosa. Petequias que no desaparecen a la digitopresión en ambos miembros inferiores.

Analítica:

Hemograma: leucocitos 118,30 x10³/μL (con prevalencia de linfocitos 87,25 x10³/μL), hemoglobina 11,1 g/dL, hematíes 3,74 x10⁶/μL.

Coagulación: tiempo de protrombina 21,6s, INR 1,91, resto normal.

Frotis de sangre periférica: 8% segmentados, 26% linfocitos, 66% células maduras de tamaño grande, con relación núcleo/citoplasma alta, cromatina laxa con presencia de nucleolos. Alguna célula con núcleo en hachazo. Presencia de eritroblastos circulantes.

Biopsia de médula ósea: porcentaje de linfoblastos superior al 30%.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Leucemia aguda

Diagnóstico diferencial

Anemia megaloblástica, leucemia mieloblástica aguda, leucemia bifenotípica aguda, leucemia mielóide crónica (fase blástica mielóide) y metástasis tumorales (rabdomyosarcoma, neuroblastoma).

Comentario final

Cuando a pesar de tener una sospecha clínica, aparecen en la exploración datos que no concuerdan (como en nuestro caso, petequias en miembros inferiores) se deben de abordar otras alternativas y realizar una anamnesis y una exploración exhaustiva para llegar al diagnóstico correcto.

Bibliografía

- Klatt Edward C., Kumar Vinay. Capítulo 13 - Hematopatología de los leucocitos. In: Robbins y Cotran Repaso de Anatomía patológica. Quinta edición ed. Elsevier; 2022. p. 175-95.
- Wang, Eunice S., Berliner, Nancy. Trastornos clonales de las células madre hematopoyéticas. In: Cecil Principios de Medicina Interna. Décima edición ed. Elsevier; 2022. p. 470-88.

778/259. NO TODO ES ANSIEDAD: UN CASO DE EFECTOS SECUNDARIOS.

Autores:

Del Razo Romero, M.¹, Hidalgo Salverri, J.², Poyato Zafra, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bujalance D. Antonio Fernandez de Molina y Cañas. Bujalance. Córdoba, (3)

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba

Descripción del caso

Paciente varón de 33 años, en estudio de palpitations sugestivas de extrasístoles no documentadas por Cardiología. Ansiedad y depresión controladas. En tratamiento con Ciclobenzaprina, Pregabalina, Omeprazol, Naproxeno y Tizanida.

Acude por presentar desde el mediodía mareos, dolor pulsante (EVA: 5) en tórax sin irradiación ni clínica vegetativa, con taquicardia, malestar general, cefalea frontal. También presenta acúfenos acompañados de otalgia, escalofríos, boca seca que le dificulta al habla, temblor y parestesias en ambos miembros superiores. No disnea, no fiebre. Su acompañante refiere que últimamente se encuentra somnoliento y con aumento de olvidos diarios. No ha llegado a tener datos de desorientación. Refiere comienzo de la sintomatología hace 2 meses, con aumento progresivo. Su cardiólogo les ha comentado que la sintomatología que presenta es por un cuadro de ansiedad, debido a que no ha encontrado alteraciones de la estructura cardíaca.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 146/78mmHg, FC: 95 lpm,

Buen estado general, consciente y orientado. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Exploración Neurológica sin focalidad. Analítica anodina, sin alteraciones reseñables, incluyendo troponinas y PCR.

EKG a ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización.

Radiografía de tórax sin hallazgos valorables.

Se interroga nuevamente al paciente sobre su tratamiento habitual, ya que ni la exploración física ni las pruebas complementarias justifican la clínica. Refiere que inició tratamiento con pregabalina y ciclobenzaprina por cervicalgia con parestesias de miembros superiores hace 2 meses, coincidiendo con el inicio de la clínica que le ha hecho acudir.

Se decide suspender por sospecha de efectos adversos de los fármacos que encajan con la clínica:

Confusión, desorientación, temblor, parestesias, somnolencia. Se reevalúa al paciente a los 15 días, con desaparición de la clínica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

latrogenia por efectos secundarios de fármacos.

Diagnóstico diferencial

- Ansiedad
- Síndrome coronario agudo
- Accidente cerebrovascular

Comentario final

Ante cuadros floridos con sintomatología que no encaja con ninguna patología, y aún más si nos encontramos frente a un paciente con antecedentes de patología psiquiátrica, tendemos a pensar en un cuadro ansioso. Debemos recordar entonces el mantra de los psiquiatras ante una interconsulta: descartar organicidad. En este caso, una correcta anamnesis nos permite llegar, como en la mayoría de las ocasiones a un diagnóstico certero. Tampoco debemos obviar la iatrogenia, ya sea o no medicamentosa, como causa a menudo olvidada de enfermedad.

Bibliografía

- Domecq Gómez Y, Freire Soler J. Consideraciones actuales sobre la iatrogenia. *Medisan*. 2020;24(5):906-24.

778/261. ¿EXISTE BUENA COMUNICACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA?

Autores:

Muriel Sanjuán, N.¹, Fernández Bersabé, A.², Camacho Cerro, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Castro del Río. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 75 años, fumador 1 paquete diario. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión Arterial. Dislipemia. EPOC GOLD 2B. En tratamiento con metformina, enalapril, rosuvastatina e inhalador con doble broncodilatación

Acude a consulta por tos con expectoración hemoptoica de escasa cuantía en el último mes. Aumento de su disnea a moderados esfuerzos (mMRC 3). Refiere pérdida de peso no cuantificada. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Eupneico en reposo. No trabajo respiratorio. Normocoloreado y normoperfundido. Saturación 92%

ACR: rítmico. Murmullo vesicular conservado con crepitante en base superior derecho y algún sibilante aislado

Ante la clínica y exploración se indica al paciente acudir a urgencias para realización de pruebas complementarias. Sin embargo, el paciente se niega y prefiere realizar estudio ambulatoriamente. Se inicia tratamiento antibiótico, corticoides y se refuerza tratamiento inhalador con triple terapia. Se solicita radiografía de tórax

A la semana acude a consulta a resultado de radiografía, observándose masa pulmonar en lóbulo superior derecho. Se deriva a urgencias hospitalaria para valoración y agilizar estudio. Desde urgencias se solicita TAC ambulatorio preferente, sin embargo, no se gestionó cita con neumología. Acude de nuevo el paciente a consulta tras realizar TAC con conclusión "masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo compatible con carcinoma broncogénico". Nos ponemos en contacto telefónicamente con neumología de guardia quienes solicitan PET-TAC e indican que solicitarán nueva cita con ellos. Vuelve a acudir a consulta, indicando que se ha hecho dicha prueba, pero sigue sin cita en consulta. Vuelvo a contactar con neumología, gestionando ya cita para biopsia y posterior revisión por ellos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Masa pulmonar

Diagnóstico diferencial

Infección respiratoria, atelectasia, malformación arteriovenosa, neoplasia

Comentario final

Este caso nos hizo reflexionar sobre la falta de comunicación entre Atención Primaria y Hospitalaria, con la repercusión que ello conlleva para nuestros pacientes. Hay patologías que requieren de un diagnóstico precoz para iniciar un tratamiento temprano y mejorar su pronóstico. Por ello pensamos que debería haber un circuito directo para aquellos pacientes que necesiten este recurso y no se sientan desamparados.

Bibliografía

- Salvatierra A, Moreno P, Carrasco G, Guamán HD. Cáncer de pulmón. Estadificación. Tratamiento quirúrgico

En: Soto Campos JG. Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología. 3ª Edición. Madrid: Neumosur; 2016. p. 603-16

778/264. LA PALABRA “EMBARAZO” EXISTE EN TODOS LOS IDIOMAS.

Autores:

Montealegre Caro, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva

Descripción del caso

Mujer de 40 años, natural de Marruecos. Acude a Urgencias de Centro de Salud por náuseas, dolor pélvico de 5 días de evolución acompañado de secreción vaginal amarilla y fétida. No ha mejorado con medicación. Recalcan que existe barrera idiomática. Tras descartar ITU es dada de alta. La paciente ante persistencia de la sintomatología acude a Urgencias Hospitalarias. Tras realización de hemograma, bioquímica, sistemático de orina y administrar antiinflamatorios vía intravenosa es dada de alta con resultados dentro de normalidad. Finalmente, la paciente acude a consulta de su Médico de Atención Primaria donde para romper la barrera idiomática se utiliza el servicio de teletraducción. La paciente nos explica náuseas matutinas, molestias pélvicas no invalidantes, aumento de flujo vaginal normal, astenia, polaquiuria y amenorrea de unos 2 meses de evolución. Afebril. Sin sangrados. Pienso que puede estar embarazada.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen globuloso, blando, sin masas ni megalias, molestias a la palpación profunda en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal.

Examen pélvico con flujo abundante de características normales. No restos hemáticos.

Test de gestación positivo

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Embarazo

Diagnóstico diferencial

Vaginosis

EPI

Aborto

Comentario final

Se facilitó a la paciente cita con matrona de centro de salud para visita inicial y seguimiento del embarazo.

En nuestra sociedad cada vez es mayor el número de pacientes inmigrantes y, por tanto, como médicos, deberíamos sobreponernos a nuestros prejuicios y adaptarnos a la nueva situación para seguir ofreciendo a nuestros pacientes la mejor atención posible. Para ello, tenemos a nuestra disposición recursos como el servicio de Teletraducción 24 horas en diversos idiomas y que facilita la realización de entrevistas clínicas más completas. Dado que el tiempo de consulta por paciente cada vez es más limitado tendemos a pensar que llamar nos costará un tiempo que no tenemos; pero, a la larga usar este tipo de herramientas ahorra gastos sanitarios, dado que los pacientes, no tienen necesidad de reconsultar, como ocurrió en este caso.

Bibliografía

- Roman Lopez P, Palanca Cruz MM, Garcia Vergara A, Roman Lopez FJ, Rubio Carrillo S, Algarte Lopez A. Communication barriers in health to immigrants. Rev esp comun salud. 2015;6(2):204-12.

778/271. POIQUILODERMIA DE CIVATTE.

Autores:

Rodríguez Sánchez, R.¹, Velázquez Romero, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brenes. Brenes. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brenes. Brenes. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 45 años de edad con AP de interés de psoriasis. Profesión: agricultor. Acude por presentar lesiones hiperémicas en ambas mejillas de años de evolución, que en los últimos días sangran con el afeitado. No uso reciente de nuevos productos del cuidado de la piel ni de la ropa. No más lesiones en el resto de la superficie cutánea.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. BHYP.

Teleangiectasias preauriculares, base eritematosa que se irradian por región cervical. Tacto suave. No comedones cerrados ni abiertos. No rinofima. No sangrado espontáneo. No adenopatías preauriculares ni laterocervicales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ante sospecha de rosácea se realiza teleconsulta a dermatología

Diagnóstico diferencial

Eritrosis / rosácea

Comentario final

Finalmente resultó ser una Poiquilodermia de Civatte. La poiquilodermia de Civatte es un trastorno común caracterizado por pigmentación moteada (hiperpigmentación e hipopigmentación), atrofia de la piel y telangiectasias que afectan la cara lateral de la cara, el cuello y la V del pecho causada por la exposición crónica a Radiación ultravioleta. Por lo general, el área submentoniana no se afecta. La poiquilodermia de Civatte suele observarse en personas mayores de 40 años con piel ligeramente pigmentada y es más común en mujeres.

Histológicamente, la poiquilodermia de Civatte se caracteriza por adelgazamiento de la capa espinosa, degeneración hidrópica de la capa de células basales, elastosis solar en la dermis papilar, presencia de melanófagos en la dermis papilar y dilatación de los capilares dérmicos papilares

La poiquilodermia de Civatte tiene un curso crónico, progresivo e irreversible que continúa con la exposición a la luz ultravioleta. La fotoprotección es una parte esencial del manejo. Las terapias dirigidas a reducir la hiperpigmentación y el componente telangiectásico incluyen luz pulsada intensa y láser fraccional no ablativo.

Bibliografía

- 1.UpToDate. *www.uptodate.com*. [cited 2024 Mar 19]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/acquired-hyperpigmentation-disorders?search=poiquilodermia&source=search_result&selectedTitle=1%7E26&usage_type=default&display_rank=1#H2446648146

778/272. LESIONES EN LA PIEL.

Autores:

Sánchez Martínez, I.¹, González Moles, L.¹, Medina Cobos, A.²

Centro de Trabajo:

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

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Paciente mujer de 61 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que consulta por lesiones de 4-5 meses de evolución con aumento progresivo de tamaño en tronco y extremidades. No pruriginosas ni dolorosas. No otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Máculas y placas anulares eritemato-violáceas de diferente tamaño de predominio en tronco y miembros inferiores.

Analítica con autoinmunidad dentro de la normalidad. Se remite a Dermatología mediante teleconsulta. Citan para estudio, realizando biopsia. Anatomía patológica: epidermis con hiperqueratosis e hipergranulosis. Despegamiento epidérmico. Dermis con intenso infiltrado inflamatorio linfocitario.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Liquen plano pigmentoso.

Diagnóstico diferencial

Planteamos diagnóstico diferencial con el eritema discrónico perstans (dermatosis cenicienta), que se caracteriza por la aparición de pápulas de color gris ceniza o azulado en tronco, cuello y extremidades. Aunque se desconoce la etiología, se han identificado factores predisponentes como el contacto con nitrato de amonio, benzodiazepinas, pesticidas...

Aunque la anatomía patológica es compatible con ambas patologías, es más típica de Liquen plano pigmentoso.

Comentario final

El liquen plano pigmentoso es una variante rara del liquen plano de causa desconocida, que se caracteriza por la aparición de máculas hiperpigmentadas, generalmente asintomáticas, en áreas fotoexpuestas.

El médico de familia se enfrenta diariamente a motivos de consulta muy variados, entre los que la patología dermatológica representa un elevado porcentaje. Por este motivo, es importante que esté familiarizado con las lesiones más comunes de la piel. En este caso, el uso adecuado de la teleconsulta en Atención Primaria puede suponer un gran apoyo para el diagnóstico, favoreciendo en muchas ocasiones el tratamiento precoz de lesiones malignas o sospechosas y evitando al paciente espera e incertidumbre.

Bibliografía

- Sánchez L, Cabanillas JJ. Liquen plano pigmentoso. *Dermatol Perú [Internet]. Vol. 20 (1). 2010. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVREVISTAS/DERMATOLOGIA/v20_n3/pdf/a06v20n3.pdf*
- Umaña AA, Hernández A. Dermatitis cenicienta. *Med. Leg. Costa Rica [Internet]. Vol. 33 (1). 2016. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/2215-5287-mlcr-33-01-00170.pdf>*

778/273. “DR. ME HAN DICHO QUE TENGO LA TENSIÓN ALTA”.

Autores:

Pérez González, A.¹, Mesa Ruiz, G.², García González, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cártama - Estación. Cártama. Málaga

Descripción del caso

Acude a nuestra consulta Ana, una mujer de 32 años, sin ninguna alergia medicamentosa conocida. Con antecedentes personales de rinitis alérgica y cefalea tensional. Sin hábitos tóxicos. No refiere toma de medicación habitual salvo AINES ocasionales.

Refiere cifras altas de tensión arterial (TA) 164/100 mmHg, detectadas incidentalmente en un reconocimiento médico de empresa rutinario. No refiere sintomatología acompañante, sólo nos indica haber aumentado de peso en los últimos años por estrés laboral.

Exploración y pruebas complementarias

Peso 89kg, talla 170 cm. Índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m².

ACR: rítmico y regular; sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. No se detectan soplos carotídeos.

Exploración abdominal, oftalmológica y neurológica sin alteraciones.

Se decide completar estudio con analítica de sangre para evaluar función renal, perfil lipídico, tiroideo y glucemia, los cuales están dentro de los rangos normales; salvo leve deterioro de FG 62, Cr 0.98. Solicitamos un electrocardiograma que muestra un patrón normal de la actividad eléctrica cardíaca.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ante la posibilidad de hipertensión secundaria por las características de nuestra paciente y leve deterioro de la función renal, se decide realizar estudios adicionales, incluyendo una ecografía renal; la cual revela una estenosis de la arteria renal en el riñón derecho, sugiriéndonos un caso de hipertensión renovascular secundaria.

Diagnóstico diferencial

La HTA en adultos jóvenes plantea un desafío diagnóstico, ya que puede ser el resultado de una variedad de causas, incluyendo hipertensión primaria y formas secundarias menos comunes como enfermedad renal (parénquima o vascular), enfermedades endocrinas (hipotiroidismo, feocromocitoma, Cushing...), apnea del sueño, coartación aórtica y otros fármacos (AINEs, anticonceptivos orales, cocaína....)

Comentario final

Este caso ilustra la importancia de considerar la hipertensión secundaria en pacientes de inicio en <40 años en grado 2 o 3, desarrollo súbito o empeoramiento rápido en pacientes mayores u otros criterios de sospecha de HTA secundaria (enfermedad del tracto urinario/renal, drogas, corticoides, enfermedad tiroidea, etc).

La identificación temprana y el manejo adecuado de la hipertensión secundaria pueden prevenir complicaciones cardiovasculares graves y mejorar los resultados a largo plazo del paciente.

Bibliografía

- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN. Hipertensión arterial área cardiovascular 2022 [Internet]. *Semergen.es*. [citado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/grupos/HTA/2023/SemergenDOC_HTA.pdf

778/274. DOCTORA, ME HAN SALIDO AMPOLLAS POR TODO EL CUERPO.

Autores:

Mesa Ruiz, G.¹, Pérez González, A.², Mora Peinado, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º 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 Victoria. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Málaga. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 82 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con amlodipino, metformina y sitagliptina desde hace 20 años. Acude a consulta por aparición de ampollas grandes y pruriginosas en abdomen y extremidades. Refiere que salieron de forma repentina hace 2 semanas y han ido empeorando. Ante esta clínica, lo primero que hacemos es revisar el tratamiento, puesto que las dermatosis ampollosas suelen estar muy relacionadas con la medicación. Está tomando un inhibidor de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4), y hay estudios que demuestran asociación con el penfigoide ampoloso de Lever. Además, se deriva a dermatología para realizar biopsia cutánea y confirmar el diagnóstico mediante histopatología e inmunofluorescencia directa. Se suspende la sitagliptina, se inician corticoides sistémicos para suprimir la respuesta autoinmune y se le informa sobre el cuidado de la piel. Finalmente, se programa una cita para evolución y respuesta al tratamiento, resultados de la biopsia y criterio del dermatólogo y realizar ajustes según sea preciso.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientada. Nerviosa ante el picor constante. Se observan ampollas grandes y tensas con placas eritematosas circundantes en abdomen, brazos y muslos. Signo de Nikolsky negativo, son ampollas subepidérmicas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Penfigoide ampoloso de Lever.

Diagnóstico diferencial

Dermatitis herpetiforme, epidermolisis ampollosa adquirida, pénfigo vulgar o pénfigo foliáceo.

Comentario final

Con este caso se pretende mostrar la importancia de revisar el tratamiento médico ante enfermedades de la piel, puesto que la medicación supone la etiología más frecuente. En concreto, hay estudios recientes que demuestran relación entre las gliptinas y penfigoide ampoloso de Lever, por lo que es importante desde Atención Primaria estar actualizados, dando la oportunidad de resolver y, sobre todo, aliviar la clínica del paciente con tan solo la retirada de un fármaco.

Bibliografía

• Magdaleno-Tapiel J, Valenzuela-Oñate C, Esteban Hurtado Á, Ortiz-Salvador JM, Subiabre-Ferrer D, Fe-

rreer-Guillén B, et al. Asociación entre penfigoide ampoloso e inhibidores de la dipeptidilpeptidasa-4: estudio de cohortes retrospectivo. *Actas Dermosifiliogr [Internet]*. 2020;111(3):249-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2019.07.003>

• Martín-Enguix D, Ruiz-Villaverde R, Galán-Gutiérrez M, Cabrerizo-Carvajal AM. Asociación entre penfigoide ampoloso y los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4, e impacto de su retirada. *Aten Primaria [Internet]*. 2023;55(4):102586. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102586>

778/277. HELICOBACTER PYLORI E HIPEREMESIS GRAVÍDICA.

Autores:

de Cos Maestre, E.¹, Tena Santana, G.², Medina García, B.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aracena. Aracena. Huelva

Descripción del caso

Mujer de 19 años, sin alergias, con epigastralgia de unos seis meses de evolución con fin de toma de terapia antibiótica erradicador de Helicobacter pylori hace una semana. Acude de nuevo a consulta de atención primaria por náuseas y vómitos diarios así como distensión abdominal desde hace dos semanas. Ya consultó mientras estaba con la terapia antibiótica por dicho motivo, explicándole probable efecto secundario a la medicación. Reevaluamos síntomas. Refiere deposiciones diarias normales sin productos patológicos. Niega síntomas miccionales o ginecológicos, así como posibilidad de embarazo. Aunque la fecha de última regla (FUR) es de hace cuatro meses, explica que es usual en ella por síndrome de ovario poliquístico. Sexualmente activa de forma intermitente y uso errático de anticonceptivos barrera.

Exploración y pruebas complementarias

IMC 31. Hemodinámicamente estable, afebril. En la exploración abdominal presenta ruidos hidroaéreos, distensión abdominal, molestias en epigastrio, mur-

phy y blumberg negativo. Se palpa altura de útero a nivel umbilical pudiendo ser compatible con FUR.

Explicamos hallazgos. Se realiza test de gestación en orina que resulta positivo. Derivamos a servicio de urgencias gineco-obstétricas por dolor abdominal en gestante no conocida con eco con feto de 16 semanas sin hallazgos patológicos y diagnóstico de hiperémesis gravídica causada por *Helicobacter pylori*.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hiperémesis gravídica en gestante no conocida con *Helicobacter pylori*

Diagnóstico diferencial

Gastritis por medicamentos, gastroenteritis, hiperémesis gravídica

Comentario final

En casi todas las ocasiones la anamnesis y la exploración del paciente orientan a un diagnóstico certero. En caso de la paciente, aunque la historia clínica podría haber orientado a un diagnóstico de embarazo, el tomar medicación por un proceso abdominal concomitante hizo que en una primera consulta no se le preguntara por la historia gineco-obstétrica.

Bibliografía

- *Severe hyperemesis gravidarum caused by Helicobacter pylori*. Piñel CS, Gómez-Roso MJ, García AB et al. Elsevier. Feb 2022;40(2):91-92

778/278. DISNEA EN PACIENTE ONCOLÓGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Morales Navarro, A.¹, Pereda Mateos, R.², Mariscal Ocaña, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando - Dr. Cayetano Roldan. San Fernando. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 78 años, con antecedentes personales de hipertensa, fumadora de 6 cigarros al día, cirrosis hepática secundaria a virus de hepati-

tis B, carcinoma hepatocelular con lesión única en segmento 8; acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por disnea de inicio agudo, que la despertó sobre las 5 de la mañana, acompañado de dolor centrotorácico punzante, irradiado a miembros. Además, describe tos productiva no purulenta, sin fiebre, y dolor a nivel de cadera izquierda, continuo, de días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada, la paciente presenta 85% SatO₂, por lo que se pautan gafas nasales para mantener SatO₂ en torno a 95%. Exploración por sistemas anodina, salvo dolor en región descrita.

Se realizan analítica, radiografía de tórax, columna dorsolumbar y de cadera y electrocardiograma. Como hallazgos, destaca dímero D elevado, con resto de parámetros (incluida troponina) normales. En radiografía, aplastamientos múltiples vertebrales por osteoporosis ya conocida.

Dada sintomatología y aumento de dímero D, se solicita angioTC de tórax, con sospecha de tromboembolismo pulmonar, con hallazgo de "enfisema y broncopatía crónica con signos de reagudización; metástasis óseas en cuerpo de esternón y partes blandas (en zona coincidente con dolor)".

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Reagudización EPOC

Dolor secundario a proceso oncológico

Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo pulmonar

Infarto agudo de miocardio

Comentario final

A raíz de este caso, podemos apreciar el diagnóstico diferencial en el paciente oncológico con síntoma cardinal de "disnea y dolor torácico", entre múltiples patologías. Según protocolo, se realizó angioTC de tórax donde, finalmente, se concluye la etiología de la sintomatología de la paciente que, en el caso de que la paciente no hubiera sido oncológica (dados sus factores de riesgo), se hubiera diagnosticado con la exploración clínica.

Principalmente en estos casos, me gustaría remarcar la importancia del apoyo emocional y la transparencia, tanto para paciente como para sus familiares, ante malas noticias de manera incidental.

Bibliografía

- Jimenez Murillo, L., & Montero Perez, F. J. (2022). *Medicina de Urgencias y Emergencias (7.ª ed.)*. Madrid: Elsevier.

778/281. NO SIEMPRE ES LO MÁS COMÚN.

Autores:

Martínez del Marmol Martínez, A.¹, Oliveira Dias, C.², Carro Sánchez, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Herradura. 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 - Centro. Motril. Granada

Descripción del caso

Paciente de 60 años, DM e hipertenso que ha comenzado con tratamiento con Enalapril 20 mg/ hidroclorotiazida 12,50 mg hace dos días.

Acude a consulta de primaria por Urgencias por disnea progresiva con angioedema evidente tras la toma de unos frutos secos (nueces).

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se observa angioedema evidente, con mínimo edema en úvula, saturando a 96%. AC: tono cardiacos rítmicos AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. No focalidad neurológica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se administra 200 Actocortina+ 80 Urbason iv por sospecha de reacción alérgica, pero el paciente refiere que él en otras ocasiones ha tomado frutos secos sin problema. Por lo que se decide realización de Teleconsulta inmediata con Alergología que respondió al final de la mañana indicando ANGIOEDEMA POR IECA.

Se suspendió el Enalapril cambiándolo por Valsartan (ARA- II), y se continuo al paciente en consulta para control de HTA. No más episodios similares.

Diagnóstico diferencial

Reacción alérgica, Reacción adversa, Angioedema

Comentario final

Debemos de realizar siempre un diagnostico diferencial ante sintomatología prevalente y no aceptar el diagnosti-

co mas frecuente como el correcto, debido que que podemos ejercer mala praxis por confundir efectos adversos.

Bibliografía

- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51699-714X2021000300281

778/283. DOCTOR, ME DUELE EL CUELLO.

Autores:

Álvarez López, I.¹, Villa Caro, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorón. Écija. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorón. Écija. Sevilla

Descripción del caso

Varón 83 años. Hipertenso y dislipémico en tratamiento. Consulta por molestias a nivel cervical, observando bultoma en región retroauricular izquierda de 1 mes de evolución, no dolorosa y sin cambios inflamatorios. No otra sintomatología por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado. Bien perfundido e hidratado. Normocoloreado. Tumoración cervical izquierda que abarca 1/3 proximal submandibular hasta retroauricular, de consistencia gomosa. Tórax, abdomen y miembros inferiores sin hallazgos relevantes.

Hemograma y bioquímica normal, salvo creatinina 1,48 mg/dL. Proteinograma normal. Inmunología normal. Ecografía: lesión 4x3 cm sólida, heterogénea con escasa vascularización, morfología ovalada, sin poder determinar origen de la misma.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Adenopatía retroauricular a estudio.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad neoplásica, congénita o inflamatoria.

Comentario final

El paciente derivó a Medicina Interna y Otorrinolaringología que completaron el estudio con resonancia magnética de la lesión; tomografía computerizada con contraste de cráneo, cuello, tórax, abdomen y pelvis; BAG (pendiente de anatomía patológica), donde sólo llama la atención la tumoración y se plantea el diagnóstico diferencial con quiste del tercer arco branquial con lo-

calización atípica vs linfangioma vs adenopatía quística necrótica. Pendiente de cita revisión para recogida de últimos resultados y tratamiento.

Bibliografía

•Aulino JM, Kirsch C, Burns J, Busse PM, Chakraborty S, Choudhri AF, et al. ACR Appropriateness Criteria® Neck Mass-Adenopathy. *J Am Coll Radiol.* 2019;16(55):5150-5160. doi: 10.1016/j.jacr.2019.02.025. PMID: 31054741.

778/285. NADA MEJOR QUE UN BUEN AJUSTE.

Autores:

Navarro Valero, M.¹, González García, M.¹, Martínez Núñez, P.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón de 70 años, diagnosticado de cáncer de pulmón estadio IV con metástasis hepáticas y óseas, desde hace 6 meses, en tratamiento con oxígeno domiciliario 17h diarias y quimioterapia paliativa. Para el dolor, a pesar de utilizar 300mg de fentanilo transdérmico cada 72 horas, nuestro paciente precisa rescates de morfina de liberación rápida de hasta 160mg diarios, sin llegar a conseguir un adecuado control.

Entre Atención Primaria y Unidad de Cuidados Paliativos se realiza una rotación de opioides de manera domiciliaria, dado que el paciente expresa en todo momento su negativa a ingreso hospitalario.

De una forma paulatina, a través de visitas domiciliarias y telefónicas, pasamos de 300mg de fentanilo transdérmico a su equivalente a morfina oral (600mg). Tras varias revisiones y reajustes, el paciente consigue adecuado control del dolor con una dosis de 180-60-180mg de morfina oral, sin precisar rescates.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientado, eupneico con OCD a 2lpm.

Auscultación cardiopulmonar con crepitantes tipo velcro, sin otros hallazgos.

Abdomen con matidez a la percusión, hepatomegalia de tres traveses, doloroso a la palpación generalizada pero sin signos de peritonismo.

Deposición diaria con sobre de lactulosa sin productos patológicos.

Se decide la no realización de pruebas complementarias dada la ausencia de datos de alarma en la exploración, así como el deseo del paciente de querer tratarse y permanecer en todo momento en domicilio.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Mal control del dolor en paciente paliativo

Desarrollo de tolerancia de opioides

Diagnóstico diferencial

Inadecuada adherencia al tratamiento

Desarrollo de efectos secundarios

Comentario final

- Resulta fundamental no vulnerar el principio de autonomía del paciente
- El dolor es uno de los síntomas más importantes a controlar en un paciente paliativo debido a su alto impacto en la calidad de vida.
- Hay que pensar en una tolerancia a opioides ante fracaso terapéutico por falta de efectividad o excesos eventos adversos.

Bibliografía

•Aguilera C, Alfaro V, Barranco E. *Manual de bolsillo de cuidados paliativos para pacientes oncológicos y no oncológicos.* Grunenthal; 2018.

778/286. LA ECOGRAFIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Autores:

Martínez del Marmol Martínez, A.¹, Oliveira Dias, C.², Carro Sánchez, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Herradura. 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 - Centro. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 55 años fumadora, que consulta por sensación de molestias miccionales

inespecíficas, sin otra sintomatología.

Se solicita analítica de sangre y orina con hb glicada para descartar diabetes y un

sistemático con cultivo para descartar posible ITU.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN: sin hallazgos de interés

ANALITICA: Hb glicada normal, sistemático con hematuria y cultivo negativo.

Ante este hallazgo se realiza ecografía en consulta donde se observa ligera

tumoración en vejiga urinaria.

Se solicita citología de orina + derivación urgente a urología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Citología: positiva para células malignas

La paciente en unos 10 días se ha realizado todas estas pruebas, y ha sido

diagnostica de un tumor de vejiga.

Diagnóstico diferencial

Infección de orina, tumor vesical, hematuria

Comentario final

La ecografía en atención primaria puede ser un recurso muy útil, que deberíamos

de integrar en la consulta como la auscultación de un paciente ya que puede

acelerar el diagnostico de ciertas patologías.

Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-ecografia-atencion-primaria-50212656717302408>

778/287. DOCTORA ME AHOGO AL SUBIR LA CUESTA DE MI CASA.

Autores:

González García, M.¹, Navarro Valero, M.¹, Villena Arriola, E.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón de 63 años acude a Urgencias de su centro de salud por clínica de disnea al subir cuestas desde hace

unos meses que se ha acentuado en las últimas dos semanas hasta hacerse de mínimos esfuerzos junto con aumento de expectoración verdosa y tos. La disnea se acompaña en ocasiones de leve opresión centrotorácica no irradiada sin cortejo vegetativo que le impide continuar la marcha. No presenta sensación de palpitations. Afebril. El paciente presenta antecedentes personales de EPOC GOLD 1B y SAOS en tratamiento con CPAP.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normohidratado y normocoloreado. Eupneico en reposo. Auscultación pulmonar con mínimos crepitantes en base derecha y sibilantes dispersos. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. No ingurgitación yugular. Saturación de oxígeno 94% basal. FC 170lpm. TA 105/80 mmHg. ECG realizado en centro de salud: Flutter auricular no conocido a 180lpm. Se deriva a Urgencias Hospitalarias donde se realiza analítica de sangre destacando cifras de Dímero D elevadas (1.6) con troponinas normales. Se realiza AngioTAC de tórax que informa de tromboembolismo pulmonar en rama basal medial de LID. Ingres a cargo de Cardiología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Tromboembolismo pulmonar en rama basal medial de LID.

Diagnóstico diferencial

En este caso nos plantearíamos una reagudización de EPOC como primera opción pero la clínica de opresión torácica nos hace descartar otras patologías como IAM, alteraciones del ritmo cardíaco o tromboembolismo pulmonar.

Comentario final

Nos gustaría destacar la importancia del uso del electrocardiograma en urgencias extrahospitalarias y la importante relación entre el tromboembolismo pulmonar y arritmias como el flutter auricular. La disnea en un paciente EPOC es un síntoma común en reagudizaciones pero detrás puede esconder otra patología por lo que debemos centrarnos en hacer un buen diagnóstico diferencial.

Bibliografía

- Rong, C., Liu, X., Wang, B., & Zhang, W. (2023). Acute pulmonary embolism with arrhythmia associated with minimal change disease in adults: a case report. *Frontiers in cardiovascular medicine*, 10, 1182569.

778/289. TENGO FIEBRE Y ME HE PUESTO AMARILLO.

Autores:

Villalba García, Á.¹, Bazuzaga Portillo, J.², Vaquero Onrubia, P.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón de 74 años con trastorno ansioso-depresivo, hiperplasia benigna de próstata, herniorrafia inguinal izquierda y colecistectomizado hace 20 años. En tratamiento con paroxetina 20 mg, rifaximina 200 mg ciclo mensual, vitamina B12, omeprazol 20 mg y tamsulosina 400 mcg. Acude a consulta de atención primaria por pico febril aislado de 40°C de 24 horas de evolución, sin foco, exploración anodina y tratamiento sintomático domiciliario. A los 5-6 días comienza con deposiciones diarreas amarillentas, orinas coléricas y persistencia de fiebre de 38°C acompañado de tinte icterico de piel y conjuntivas. Ante el empeoramiento clínico se deriva a urgencias hospitalarias para valoración de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Estable hemodinámicamente, eupneico en reposo. Tensión arterial 105/70. Afebril. Tinte icterico de piel y conjuntivas sin datos de deshidratación. Exploración abdominal sin hallazgos.

- Analítica: bilirrubina total 3.56 mg/dl → normal. Bilirrubina directa 2.02 mg/dl → normal. AST 1397 → 49, ALT 836 → 171, fosfatasa alcalina 544 → 278, GGT 269 → 467, PCR 32.2 → 81.9 → 9.1. Hemograma y coagulación normal.
- Ecografía abdominal: sin hallazgos.
- Serología: infección pasada VHB. VHC y VHE negativos. VHS negativo, inmune a VHA.
- Colangio-RM: mínima ectasia de la vía biliar intrahepática izquierda y un colédoco prominente con calibre máximo de 10 mm, hallazgos sin significado patológico dada la situación de colecistectomía.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cuadro sugestivo de colangitis aguda en probable relación a coledocolitiasis resuelta no visible en pruebas complementarias.

Diagnóstico diferencial

Hepatitis vírica, colecistitis complicada.

Comentario final

Ante los hallazgos se decide cursar ingreso en Digestivo ante la sospecha de probable colangitis pendiente de serología, siendo tratada con antibioterapia IV durante 3 días. Presentó buena evolución durante el ingreso tanto clínica como analítica con normalización de bilirrubina, aunque colestasis disociada en descenso. Se procede al alta manteniendo antibioterapia oral con amoxicilina/clavulánico 1 gr cada 8 horas durante 5 días más y cita en consultas de Digestivo y control por médico de familia.

Bibliografía

- Zozaya J, Bonell JM. Colangitis aguda. *Rev Elect Anestesiar*. 2015; 7 (5): 1-8.
- Caballería LI, Parés A. Ictericia y colestasis. *Elsevier*. 2000; 35 (10): 481- 487.

778/290. MI HERMANA TIENE UNA DEPRESIÓN MUY GRANDE.

Autores:

Sanz Pérez, A.¹, Estrada Ayala, P.², Rodríguez Quesada, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Paciente mujer de 58 años con antecedentes de distimia, que acude acompañada de su hermana a consulta porque desde hace 4 meses la notan más decaída y retraída socialmente de lo normal. Lo asocian a la muerte reciente de su padre al cual, estaba muy apegada.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración neurológica básica en consulta, sorprende un lenguaje pobre, con bloqueos frecuentes, presentando algunas parafasias. No nomina, repite palabras simples, no frases complejas. Obedece órdenes simples, no complejas. Labilidad emocional con llanto inmotivado durante la exploración. Sin afectación a nivel motor, sensitivo o de la marcha. Se realiza una analítica sanguínea sin alteraciones relevantes salvo un colesterol elevado en 230, HDL 48

y LDL 158. Resto normal. Ante la exploración tan llamativa en la paciente decidimos solicitar un TAC de cráneo urgente con los siguientes hallazgos: Lesión frontal izquierda compatible con tumor primario del SNC, que asocia marcado efecto de masa y condiciona herniación subfalcina y transtentorial descendente ispiilateral.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tumor primario del SNC

Diagnóstico diferencial

- Cuadro depresivo en el contexto de fallecimiento reciente de su padre.
- Metástasis cerebral.
- Tumor cerebral primario.

Comentario final

Los tumores cerebrales, en ocasiones, tienen una presentación clínica compleja y atípica en sus inicios, esto, puede confundirse con trastornos de la esfera psiquiátrica como es el caso de nuestra paciente. No debemos olvidar en nuestro día a día en la consulta que la depresión y otras manifestaciones de trastornos mentales, pueden tener una causa orgánica que lo justifique. Una historia clínica bien obtenida, la evaluación psicopatológica y las técnicas de imagen en la actualidad son herramientas fundamentales en la precisión diagnóstica. Los pacientes con tumores localizados en el hemisferio izquierdo tienen más síntomas de tipo neurofisiológico (pérdida de memoria, depresión, o alteraciones en el habla) comparados con los que tienen el tumor en el hemisferio derecho.

Bibliografía

- Graus Ribas F. Tumores intracraneales. En: Farreras-Rozman medicina interna. 18ª ed. España: Elsevier; 2016. p. 1375-9.
- Freudreich O, Brown H y Holt D. Psicosis y esquizofrenia. En: Massachusetts General Hospital: tratado de psiquiatría clínica. 2.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2017.

778/294. EN NUESTRAS MANOS ESTÁ EL PODER.

Autores:

González González, A.¹, Ruano Mayo, A.¹, Sánchez Serrano, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la

Frontera. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barca. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 52 años con AP: Exfumador IPA 15, IMC 40, enfermedad de Pompe, Ca Mama en remisión completa, HTA. Acude a nuestra consulta del centro de salud por odinofagia desde hace tres meses refractaria a tratamiento, y en la última semana asocia disfagia, sin disnea. Acudió hasta en 4 ocasiones previas al centro de salud de urgencias, realizando tratamiento con antiinflamatorios, broncodilatadores, corticoides y antibioterapia sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

> Exploración: BEG, eupneico sin trabajo respiratorio. No sialorrea.

ACP: Tonos rítmicos sin ruidos sobreañadidos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

ORL: Faringe eritematosa sin exudados amigdalares, no edema ni desplazamiento de úvula, no abombamiento de pilares del paladar, no trismus. A la palpación presenta masa laterocervical derecha de bordes irregulares.

Se decide derivación Hospitalaria para completar estudio. Es ingresado tras los hallazgos en MI.

> Analítica: Ligera elevación de RFA. Marcadores tumorales negativos.

> Body-TAC: Masa sólida quística que engloba lóbulo tiroideo derecho, compatible con neoplasia no pudiendo descartar conglomerado adenopático. Múltiples imágenes nodulares en ambos campos pulmonares diseminadas. Lesión ocupante de espacio en lóbulo frontal izquierdo con captación de contraste en anillo.

> BAG: Cáncer Anaplásico de Tiroides.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

- Cáncer Anaplásico de Tiroides metastásico.

Diagnóstico diferencial

- Lesión quística infecciosa abscesificada
- Lesión neoplásica

Comentario final

El abanico de recursos de los que disponemos en los diferentes centros de salud son limitados y difieren mucho según la región en la que nos encontremos. Sin

embargo, algo que es fundamental en las consultas de primaria y a lo que podemos recurrir es la anamnesis y exploración física del paciente. No dan solución inmediata respecto a la patología del paciente, pero nos permiten elaborar un diagnóstico diferencial indispensable para llegar a la patología. Por otro lado, señalamos la importancia en las consultas de atención primaria el seguimiento del paciente, dado que la atención por urgencias siendo valorado cada vez por un profesional diferente limita mucho la asistencia médica.

Bibliografía

- Neff RL, Farrar WB, Kloos RT, Burman KD. Anaplastic thyroid cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2008; 37:525.
- Smallridge RC, Copland JA. Anaplastic thyroid carcinoma: pathogenesis and emerging therapies. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2010; 22:486.

778/295. DOLOR Y TIEMPO, DOS CLAVES MEDICAS.

Autores:

Espinar Calvo, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva

Descripción del caso

Acude a mi consulta, una mujer de 40 años, de origen marroquí, sin AP de interés por sospecha de hemorroides vs. fisura anal tras acudir los días previos a urgencias para mi valoración como su MAP. La paciente había acudido en varias ocasiones a urgencias del centro de salud y hospital de referencia, por dolor en región anal, no controlado, desde hace 4 días. No rectorragia. No fiebre. No otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias

A a la entrada a la consulta, paciente presenta mal estado general, palidez mucocutánea y sudoración. Somnolienta. Mal olor corporal.

FC 150 lpm, TA 94/45 mmHg, SatO₂ 96%aa, T^a 35°C.

Inspección anal: absceso de gran tamaño ocupando 60% del glúteo derecho y el 10% del izquierdo, con extensión a vulva y labios. Muy doloroso.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sepsis perianal

Diagnóstico diferencial

Absceso perianal

Gangrena de Fournier

Hemorroides complicadas

Fisura anal

Comentario final

La paciente es trasladada por el equipo medico del centro al hospital de referencia, se administra antibioterapia empírica, corticoide y sueroterapia, con diagnostico de sepsis de origen perianal, y es intervenida de urgencias para drenaje de absceso perianal, vulvar e isquiorrectal.

* Importancia del dolor como signo clínico de alarma y la consulta reincidente del motivo de consulta en Atención Primaria, como primer paso y filtro de todas las patologías.

Bibliografía

- Borges M, Hidalgo J, Perez-Fernandez J. Código Sepsis. Elsevier Health Sciences; 2024.
- Ferri FF. Ferri. Consultor Clínico. Diagnostico Y Tratamiento. Elsevier; 2023.
- Camargo L, García-Perdomo HA. Gangrena de Fournier: revisión de factores determinantes de mortalidad. *Rev Chil Cir [Internet]*. 2016;68(3):273-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-gangrena-fournier-revision-factores-determinantes-50379389316000181>

778/296. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA EXPLORACIÓN FÍSICA.

Autores:

Escudero Martínez, P.¹, Ruiz Victoria, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Dalías. Dalías. Almería

Descripción del caso

Paciente de 74 años, con antecedente personal de hemorroides internas, consulta por rectorragia de perfil distal intermitente, de 3 meses de evolución, con escozor y dolor asociados a la defecación, sin alteración del hábito intestinal. En esta primera consulta el paciente

se muestra incómodo con la exploración anal, por lo que se instaura tratamiento empírico para las hemorroides como causa del sangrado según sus antecedentes, sin realizar exploración física. Tras 2 semanas de tratamiento, reconsulta por persistencia del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración anorrectal: colgajos cutáneos, entre ellos, en margen anal derecho, tumoración pigmentada dolorosa (de aspecto similar a un colgajo). Tacto rectal doloroso, se palpan hemorroides internas. Dedil con restos de heces de características normales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

En este caso, el paciente fue valorado por Cirugía donde realizaron biopsia de la lesión con diagnóstico de melanoma de mucosas de canal anal. El melanoma primario anorrectal es un tumor muy agresivo con gran potencial metastásico. Sus síntomas pueden pasar desapercibidos y en 1/3 de los casos pueden ser amelanocíticos, no siendo visibles. Suponen entre el 0,3-3% de los melanomas y entre el 1-3% de los tumores anorrectales.

Diagnóstico diferencial

Rectorragia secundaria a hemorroides internas.

Fisura anal.

Otras lesiones de la región perianal (tumores, abscesos...).

Otras causas de rectorragia (pólipos, divertículos...).

Comentario final

El mensaje principal que quería sacar a la luz con este caso es la importancia de una buena exploración física. Aunque haya circunstancias en las que el propio paciente se muestre reacio ya sea por pudor u otras razones, deberemos insistir en la importancia de realizar la exploración, siempre garantizando su intimidad, ya que en casos como este podríamos estar pasando por alto una patología maligna y con muy mal pronóstico.

Bibliografía

- Merichal Resina M, Cerdan Santacruz C, Sierra Grañón E, Tarragona Foradada JA, Olsina Kissler JJ. *Melanoma anal, Una Patología radicalmente distinta al melanoma cutáneo, Con Un Pronóstico Infausto* [Internet]. Elsevier; 2020 [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-melanoma-anal-una-patologia-radicalmente-50009739X19303501>.

Richard D Carvajal, Omid Hamid, Charlotte Ariyan. *Locoregional mucosal melanoma: Epidemiology, clinical diagnosis, and treatment* [Internet]. Uptodate.com. 2023 [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/locoregional-mucosal-melanoma-epidemiology-clinical-diagnosis-and-treatment?search=melanomal%20anorectal&source=search_result&selectedTitle=1%7E6&usage_type=default&display_rank=1.

778/297. DOLOR LUMBAR; NO SOLO DE CAUSA OSTEOMUSCULAR.

Autores:

Doncel De La Cruz, T.¹, García Martín, Á.², Rodríguez Pérez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 80 años. AP: Exfumador desde 2000. HTA, DM 2, SAHS en tratamiento con CPAP. Tto: Telmisartan 80 mg/24h, Doxazosina 4mg/24h, Metformina 850 mg/12h.

Acude a Centro de Salud por agudización de lumbalgia crónica, sin irradiación a MMII, que no mejora con analgesia. No traumatismo ni sobreesfuerzo mecánico previo.

Exploración y pruebas complementarias

No apofisalgia. Palpación dolorosa a nivel paravertebral lumbar, que empeora con el decúbito, marcha y con la movilización. Lassègue negativo. Reflejos osteotendinosos conservados, no déficit motor ni sensitivo.

Radiografía de columna lumbosacra: signos osteodegenerativos, L5-S1 con estrechamiento del espacio, imagen de aorta abdominal calcificada con dilatación sacular. Se derivó a Cirugía Vasculat.

Al día siguiente el paciente acudió a Urgencias Hospitalarias por dolor abdominal en estado de shock, objetivándose " hematoma en el contexto de un síndrome aórtico agudo por complicación de aneurisma de aorta. Trombo mural de pared con presencia de imagen de irregularidad y ulceración del mismo en su pared derecha." Se trasladó urgente para reparación endo-

vascular de AAA roto. Presentó buena evolución, y a día de hoy el paciente se encuentra recuperado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Aneurisma de aorta abdominal

Diagnóstico diferencial

Lumbalgia mecánica, osteoartrosis

Comentario final

El dolor lumbar es de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria. En la mayoría de los casos la causa suele ser osteomuscular, pero debemos tener en cuenta otras causas como neoplásicas, infecciosas, y vasculares. Normalmente los AAA son asintomáticos, y otros pueden cursar con lumbalgia, por lo que desde consulta deberemos tenerlo en cuenta, especialmente en pacientes con factores de riesgo: edad >65 año, sexo masculino, tabaquismo, historia familiar.

La ecografía en la determinación del aneurisma abdominal es el gold standard, con una sensibilidad del 95% y especificidad del 100%, y desde AP podríamos tener acceso a ella, junto con una sospecha temprana, puede ser determinante para nuestro paciente.

Bibliografía

- Sieiro JLC, Gil KAF, Sánchez JCS, Muñiz MD, Camino JMS, Fernández AV. Dolor lumbar de larga evolución y hallazgo de aneurisma de la aorta abdominal [Internet]. Euroeco.org.
- García Martos Á, de Los Riscos Álvarez M, Fernández-Espartero C. Abdominal aneurysm: An uncommon cause of low back pain. Reumatol Clín (Engl Ed) [Internet]. 2018;14(5):307-8.

778/298. ME DUELEN LAS MANOS.

Autores:

Rodríguez Sánchez, R.¹, Escalona García, C.², Velázquez Romero, C.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente mujer de 57 años con HTA.

Desde hace 2 años presenta cianosis distal en manos y pies. En noviembre inicio de dolor e inflamación de los dedos de las manos. Desde hace un mes empeoramiento de la circulación venosa de MMII y aparición de hemorragias subungueales en los dedos de las manos y lesión en talón exudativa de evolución tórpida. Afebril. No otras lesiones cutáneas. No episodios de trombosis.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor y tumefacción en articulación MTT-F de ambos pies y en IFD de las manos

No inflamación en carpos, MTCFs ni IFPs.

Maniobra sacroilíaca negativa.

Buena coloración distal de manos y pies, costras oscuras que se desprenden a nivel de la 1ª MTF izquierda, lesiones puntiformes en maléolo externo del tobillo, oscuras y costosas.

Lesión costrosa con grieta amplia en talón izquierdo.

Hematomas subungueales en los dedos.

ANALÍTICA: leucocitosis y trombocitosis. VSG 5 mm. PCR 31 mg/L. Proteinograma gammaglobulinas 32%

Proteína bence jones negativo.

IgG 3104 IgA e IgM normales.

Videocapilaroscopia: normal.

Biopsia medular descarta mieloma múltiple.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad Raynaud

Diagnóstico diferencial

Enfermedad raynaud / artritis reumatoide / espondiloartritis / vasculitis crioglobulinémica

Comentario final

Las crioglobulinas son inmunoglobulinas en el suero que precipitan a temperaturas inferiores a 37 °C y se redisuelven al recalentarlo. La vasculitis crioglobulinémica se refiere a un síndrome inflamatorio sistémico que generalmente involucra vasculitis de vasos pequeños a medianos debido a complejos inmunes que contienen crioglobulina. Produce síntomas y signos relacionados con la oclusión vascular por el crioprecipitado, como isquemia digital, livedo reticularis, necrosis cutánea y púrpura. El fenómeno de Raynaud y las manifestaciones cutáneas se observan comúnmente dependen estrechamente de las bajas temperaturas exteriores. Debe

sospecharse en pacientes que presentan artralgia, púrpura, úlceras cutáneas, glomerulonefritis y neuropatía periférica. El índice de sospecha debe aumentarse si ésta ocurre en el contexto de una enfermedad hematológica clonal, infección viral o enfermedad del tejido conectivo. El diagnóstico de un trastorno clínico asociado con la crioglobulina requiere una consideración de datos clínicos, de laboratorio y patológicos combinados. La presencia de una cantidad considerable de crioglobulina con un nivel bajo de complemento C4 es la característica de laboratorio más destacada.

778/299. ESTIGMAS EN PACIENTE CON ANTECEDENTES PSIQUÁTRICOS.

Autores:

Lillo Ramírez, E.¹, Lillo Ramírez, M.², Alberro Hidalgo, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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 Zaidín Sur. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 58 años, fumadora 1 paq/día, con AP trastorno de ideas delirantes en seguimiento por salud mental y EPOC moderado, realiza aviso a DCCU por dorsalgia de larga data e imposibilidad para deambular de 24 horas de evolución. A su llegada a urgencias, tras difícil exploración e historia, se duda de simulación de patología por lo que realizan analítica de sangre y orina así como Rx lumbar con diagnóstico de infección tracto urinario. Tras alta a domicilio, el marido consulta varios días después tras mala evolución. La paciente refiere eneuresis y estreñimiento además de tos con secreciones sin fiebre. Se realiza visita domiciliar y se decide traslado urgente a hospital comarcal con sospecha de Guillen-Barré. En urgencias se sospecha de mielitis y se deriva a hospital de referencia para estudio neurológico. Tras nuevas pruebas, se sospecha de sd medular agudo de probable localización dorsal desconociendo etiología causal, que tras reinterrogar a la paciente, esta refiere caída traumática en domicilio que explica el cuadro sintomático.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Limitaciones en la entrevista en relación a su trastorno mental. Taquipneica. MVC con roncus y sibilantes bilaterales audibles sin

fonendo y trabajo respiratorio. Parestesias y pérdida completa de fuerza en ambos MMII, hipoestesia con disminución reflejos y pulsos conservados. No focalidad neurológica.

Normotensa, sat O2 en urgencias 82%. AS: 9mil leucos con linfopenia leve. PCR 89, sedimento orina normal, tóxicos + a BZD. Resto anodino. Rx lumbar: retrolistesis L5.

TC cráneo: atrofia cortical fronto-temporal. LCR: transparente, sin datos infecciosos.

RMN dorsal urgente: Aplastamiento global del cuerpo vertebral de T4 en relación con fractura estallido (grado IV) con retropulsión posterior del muro posterior que condiciona estenosis significativa del mismo provocando deformación y compresión del cordón medular a este nivel.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Lesión medular por fractura inestable de T4 con sección medular completa ASIA A post-traumática. EPOC alto riesgo.

Diagnóstico diferencial

ELA, EM, mielitis, Guillen-Barré, compresión medular metastásica

Comentario final

Es de vital importancia desmontar tabús y estigmas sobre las personas con

antecedentes psiquiátricos, muchas veces residuales, siendo necesario que prestemos

atención a la persona sin descartar patología orgánica real y eliminando etiquetas

presupuestas.

Bibliografía

- Esclarín, A. (dir.). (2009). *Lesión Medular. Enfoque multidisciplinario*. Madrid: Médica Panamericana.

778/300. UN DIAGNÓSTICO INESPERADO.

Autores:

Ollero Rodríguez, T.¹, Dionisio Flores, M.², Carvajal Jaén, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos

Hermanas. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 54 años, sin alergias, antecedentes de interés ni hábitos tóxicos, que acude a su centro de salud por rinorrea, edema facial y cefalea opresiva, realizándose diagnóstico de sinusitis e iniciándose tratamiento. El paciente consultó hasta en tres ocasiones más por ausencia de mejoría a pesar de tratamiento adecuado. Posteriormente, acudió al servicio de urgencias hospitalarias (SUH) donde fue diagnosticado de cuadro compatible con alergia estacional, modificándose el tratamiento. Tras un mes del inicio de los síntomas, volvió a consultar en el SUH por aparición de disnea y dificultad para la deglución, así como un mayor edema facial que empeoraba en decúbito.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Eupneico. Auscultación anodina. Inicialmente no se objetivó en consulta el edema facial referido, aunque sí apareció en consultas sucesivas, acompañado de eritema. Abdomen y miembros sin hallazgos. Inicialmente, se realizó una radiografía en proyección de Waters confirmándose el diagnóstico de sinusitis. Ante la aparición de nuevos síntomas (disnea y dificultad para la deglución), y la ausencia de mejoría, se realizó una radiografía de tórax en la que se objetivó ensanchamiento mediastínico que, junto con la evolución clínica, nos hacía pensar en un síndrome de vena cava superior (SVCS) por lo que se realizó un TAC de tórax urgente con el siguiente informe "SVCS por neoplasia ocupante de espacio en el mediastino anterior".

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Vena Cava secundario por neoplasia del mediastino anterior.

Diagnóstico diferencial

Sinusitis, alergia estacional, síndrome de vena cava superior.

Comentario final

A pesar de que la clínica inicial del paciente y las pruebas de imagen realizadas fueran concordantes con el diagnóstico inicial, al no producirse la evolución esperada, debemos replantearnos el diagnóstico. Es importante dar un paso hacia atrás e iniciar de nuevo el

análisis de los síntomas para realizar un diagnóstico diferencial que pueda incluir la patología del paciente. Para esto, es necesario poder dedicar a los pacientes el tiempo que precisen en consulta.

Bibliografía

- Tomás-Velázquez, A., Quan López, P.L., Calvo Imirizaldu, M., España Alonso, A. (2021). Síndrome de vena cava superior. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 112, 463-483. Elsevier.
- Dahiana D, Delgado D. Síndrome De Vena Cava Superior: Urgencia Oncológica. *Rev Medica Sinerg*. 2018;3(9):14-9.

778/301. VÉRTIGO PERISFÉRICO? LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN.

Autores:

Romero Padilla, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga

Descripción del caso

NAMC

- HTA, Dislipemia, DMII
- Cardiopatía isquémica tipo IAM anterior en 2003. 2 stents convencionales.
- En Abril 2017 doble bypass con CEC: AMI a DA, Pac de vena safena a CD.
- HBP.
- Litiasis Renal.

Tto actual: atorvastatina 40mg/24h, ezetimiba 10 mg/24h, bisoprolol 5mg/ 24h, olmesartan 40mg/ 24h , hidroclorotiazida 12.5mg/ 24h, ácido acetilsalicílico 100mg/24h, zolpidem 5 mg/24h (2013), alprazolam 1 mg/48h, serenoa repens 160 mg/24h.

EA: hoy sobre las 15:15 comienza con acúfeno en oído izquierdo y cuadro vertiginoso brusco que no había sufrido antes. Se contacta con DCCU que acude a valorar al paciente. Observan inestabilidad de la marcha y nistagmo vertical y abigarrado complejo vegetativo con sudoración profusa, palidez y mareo. Se administra metoclopramida y sulpiride sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 140/55. FC: 65lpm, SatO2 90% basa

Hemodinamicamente estable, regular estado general, eupneico en reposo y afebril

Alerta, orientado, nomina repite y comprende, disartria moderada, isocoria y normorreactividad pupilar, no anopsias, no defectos de pares craneales, nistagmo vertical DownBeat en posición primaria, no defecto en otros pares craneales, no defecto de fuerza ni sensibilidad, reflejos cutáneo plantares flexores, disimetría hemicorporal derecha, y ataxia de la marcha

A las 17:11h se activa CODIGO

- Ag COVID. Negativo
- EKG: Ritmo sinusal, QRS estrecho
- AS: Pendiente
- Rx de tórax: técnicamente mal realizada, no se observan derrames, no condensaciones patológicas claras
- TC de cráneo sin contraste normal.
- Angio TC de polígono de Willis: STOP en arteria cerebrosa superior derecha

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ictus isquémico agudo cerebeloso derecho de probable origen aterotrombótico

Diagnóstico diferencial

- Ictus de fosa posterior
- SCA
- Vértigo paroxístico benigno.
- Sd de Menier

Comentario final

Ante un vértigo siempre una anamnesis profunda y una exploración exhaustiva para evitar que se nos escapen cuadro potencialmente graves como son los Ictus de fosa posterior, Sd de Ramsay Hunt u otras patología.

Bibliografía

- *Vertigo and dizziness. Johkura K. Rinsho Shinkeigaku. 2021 May 19;61(5):279-287.*
- *Cerebellar Dizziness and Vertigo: Etiologies, Diagnostic Assessment, and Treatment. Zwergal A, Feil K, Schniepp R, Strupp M. Semin Neurol. 2020 Feb;40(1):87-96.*
- *Central vertigo. Choi JY, Lee SH, Kim JS. Curr Opin Neurol. 2018 Feb;31(1):81-89.*

778/302. ABORDAJE DEL SÍNDROME FEBRIL EN EL AMAZONAS PERUANO.

Autores:

Oliveira Dias, C.¹, Rodríguez Masegosa, T.², Martínez del Mármol Martínez, A.³

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 Motril - San Antonio. Motril. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Herradura. Almuñécar. Granada

Descripción del caso

Mujer de 42 años acude a "Urgencias de Febril" (Centro de Salud San Juan de Miraflores, Iquitos - Perú) por cuadro de fiebre, sudoración y escalofríos, acompañado de mal estar general, dolor abdominal generalizado, náuseas, vómitos e inapetencia con 48 horas de evolución. Antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, palidez mucocutánea. Auscultación cardíaca y pulmonar normal.

Abdomen globalmente doloroso a la palpación, sin defensa ni megalias. No edemas periféricos.

Análítica de Sangre: Hemoglobina 10.2 g/dL, leucocitos y plaquetas en rango de normalidad, glucemia 112 mg/dL.

Gota gruesa: positivo a Plasmodium vivax

Serología Dengue y Leptospirosis: pendientes

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Malaria – Plasmodium vivax

Diagnóstico diferencial

El abordaje clínico y diagnóstico diferencial de un síndrome febril está condicionado por la epidemiología local. Esta paciente vive en una zona tropical (Iquitos – Amazonas Peruano) donde las causas más prevalentes de fiebre son Malaria, Dengue y Leptospirosis, por lo que estas deben ser las principales enfermedades a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial.

La malaria es la enfermedad parasitaria más importante a nivel mundial, siendo un problema de salud pública en más de 90 países. Actualmente, el Plasmodium vivax es el parásito de malaria globalmente

más distendido. Históricamente y en comparación con *P. falciparum*, la enfermedad causada por el *P. vivax* siempre se ha considerado como una enfermedad benigna y autolimitada.

Comentario final

El abordaje de un síndrome febril es bastante amplio y complejo, que debe ser adaptado al contexto epidemiológico del paciente. Por otro lado, y a pesar de que estas enfermedades tropicales no son endémicas en España, el aumento de los viajes internacionales debe hacernos sospechar de dichas enfermedades siempre que haya contexto de viaje a países donde sí son endémicas, en paciente con fiebre.

Bibliografía

- Jiménez-Morillas F, Gil-Mosquera M, García-Lambrechts EJ; en representación de la sección de enfermedades tropicales de INFURG-SEMES; Sección de enfermedades tropicales de INFURGSEMES. *Fever in travellers returning from the tropics. Med Clin (Barc)*. 2019 Sep 13;153(5):205-212. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2019.03.017. Epub 2019 May 31. PMID: 31155384; PMCID: PMC7094574.
- Phyto AP, Dahal P, Mayxay M, Ashley EA. *Clinical impact of vivax malaria: A collection review. PLoS Med*. 2022 Jan 18;19(1):e1003890. doi: 10.1371/journal.pmed.1003890. PMID: 35041650; PMCID: PMC8765657.

778/304. UN HALLAZGO INESPERADO.

Autores:

Rodríguez Quesada, M.¹, Aparicio Alemany, R.², Sanz Pérez, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 60 años con antecedentes personales de hipertensión, cardiopatía isquemia y bacteriemia por pielonefritis en 2014, consulta en su médico de Atención Primaria por cuadro de fiebre, disuria y dolor en fosa renal derecha, se decide iniciar antibioterapia, dos

días después acude de nuevo por empeoramiento del cuadro con fiebre de hasta 40º y malestar general, se decide traslado a urgencias hospitalarias donde ingresa en el Servicio de Enfermedades Infecciosas por una pielonefritis derecha. Durante el ingreso la paciente comienza con tos seca, sin disnea, ni clínica catarral, aunque sí refiere astenia en los dos últimos meses. Se decide realizar radiografía de tórax donde objetivaron un posible patrón miliar por lo que realizaron un tomografía computarizada de tórax, diagnosticándose de una neoplasia primaria pulmonar izquierda.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, febril, eupneica, tensiones en rango. Auscultación normal. Abdomen único hallazgo puño-percusión derecha positiva.

Analítica: anodina, salvo proteína C reactiva 204.1 mg/L. Marcadores tumores: CA 15.3 287 U/ml, Antígeno carcinoembrionario 455 ng/ml. Radiografía tórax: Infiltrado bilateral micronodular con patrón miliar. Tomografía computarizada de tórax: neoplasia pulmonar izquierda con nódulos múltiples en ambos hemitórax y metástasis óseas vertebrales dorsales.

Biopsia pulmonar: Adenocarcinoma primario pulmonar.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Adenocarcinoma pulmonar cT4 cN3 cM1c.

Diagnóstico diferencial

Se realizó con un cuadro de Neumonía o un cuadro respiratorio vírico leve.

Comentario final

Nos encontramos ante un caso totalmente inesperado, la paciente diagnosticada de una pielonefritis y totalmente asintomática desde el punto de vista respiratorio, comienza durante su ingreso con tos seca lo que provoca el cambio completo de su diagnóstico. Como vemos hay muchas enfermedades que cursan de un modo silente y son difíciles de diagnosticar, es importante tener en cuenta que se pueden presentar dos enfermedades de forma concomitante y hay que estudiarlas y tratarlas por separado porque pueden estar ocultando diagnósticos más graves que se nos pueden pasar por alto.

Bibliografía

- Mogollón SA, Méndez LF, Hernández RJ, Huertas DS. *Hallazgo incidental de neoplasia primaria de pulmón: blastoma pulmonar en mujer adulta. RCneumología*. 2023;2:637.

Casal J, Arenas V, Rodríguez B. Hamartoma pulmonar incidental en estratificación de neoplasia endometrial. *AtenPrimaria*. 2021 Mar; 53(3):101977.

778/305. EL MÉDICO DE FAMILIA COMO ESLABÓN PRINCIPAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS.

Autores:

Julián Mahedero, A.¹, Alegre Jiménez, I.¹, Sánchez Benítez, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 69 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta de Atención Primaria por grietas y durezas en plantas de ambos pies. A la exploración impresiona de hiperqueratosis plantar. Se pauta tratamiento con Urea 30% sin mejoría tras 3 meses de aplicación. Se solicita analítica incluyendo marcadores tumorales, determinándose elevación de calcitonina y antígeno carcinoembrionario. Se realiza derivación preferente a Endocrino para estudio. Tras realización de ecografía de tiroides y PAAF, se decide intervención quirúrgica (tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central) obteniéndose el diagnóstico anatomopatológico de carcinoma medular de tiroides T2N0M0. Actualmente en revisión por Endocrinología con respuesta completa.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física normal, no aumento tiroides, no adenopatías. Hiperqueratosis plantar. Analítica (marzo 2022): Antígeno carcinoembrionario 19,6 ng/ml, Calcitonina 235 pg/ml, resto normal incluyendo perfil tiroideo. Ecografía de tiroides y PAAF: Tiroides moderadamente aumentado tamaño de forma global y difusa, con discreta extensión intratorácica. Lóbulo derecho mide 27x19 mm y el izquierdo 27x25 mm. En el lóbulo izquierdo se observan 2 lesiones nodulares sólidas hipoecoicas de 17 y 7 mm respectivamente. No adenopatías locorregionales. Analítica revisión (octubre 2022): Antígeno carcinoembrionario 2,1 ng/ml, Calcitonina <2 pg/ml

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma medular de tiroides

Diagnóstico diferencial

Otras neoplasias. La calcitonina es muy sugestiva de carcinoma medular de tiroides, lo cual hace que la orientación sea más clara.

Comentario final

Es necesario que el médico de Atención Primaria sepa realizar un estudio inicial del paciente con las herramientas que dispone, en este caso analítica que, junto con la clínica dermatológica, ha hecho que se sospeche de una lesión paraneoplásica de carcinoma medular de tiroides. La utilización correcta de los marcadores tumorales en analítica desde Atención Primaria ante una sospecha neoplásica es principal para su orientación diagnóstica temprana. Gracias a la labor del médico de familia se diagnostican de forma temprana muchos procesos neoplásicos que puede ser tratados por el especialista.

Bibliografía

- Cáncer medular de tiroides [Internet]. American Thyroid Association. 2017 [citado el 8 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.thyroid.org/cancer-medular-tiroides/>.

778/306. NUEVA DENOMINACIÓN DE NUESTRA ESPECIALIDAD “ATENCIÓN INDIVIDUAL Y COMUNITARIA”.

Autores:

Julián Mahedero, A.¹, Alegre Jiménez, I.¹, Sánchez Benítez, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 21 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acompañado por su madre, acude a consulta por lesiones eritematosas no dolorosas en glándula y lesiones máculo-papulosas en antebrazos y tobillos de un mes de evolución. El cuadro no se asocia a fiebre, sudoración, astenia o pérdida de peso; niega adenopatías palpables, síntomas miccionales o secreciones uretrales. Asimismo, niega relaciones sexuales de riesgo. Evolución Acude el paciente sin acompañante a recoger resultados analíticos. Se realiza exploración genital y anal: se objetiva pequeña hemorroide externa sin signos inflamatorios y lesión macular eritematosa dolorosa

anal, sospechosa de chancro residual. El paciente reconoce haber mantenido relaciones sexuales de riesgo y HSH. Se prescribe tratamiento con penicilina 2.4 millones intramuscular, con posterior resolución de signos y síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se objetivan dos lesiones eritematosas de aproximadamente 0,5 centímetros de diámetro en glande, no dolorosas ni ulceradas. Adenopatías inguinales bilaterales móviles no dolorosas de aproximadamente 1 cm de diámetro. Lesiones eritemato-parduzcas en tobillos y antebrazos, que desaparecen a la digitopresión. No lesiones palmo-plantares. Resto de la exploración por aparatos anodina. Se realiza analítica de sangre, destacando positividad a *Treponema Pallidum* (RPR >1/16), valores positivos a anticuerpos protectores frente a hepatitis A y B, resto de serología de infección de transmisión sexual (ITS) negativas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Por la exploración, se sospecha ITS, a pesar de negar relaciones sexuales de riesgo. Se confirma diagnóstico de sífilis secundaria (roséola sifilítica).

Diagnóstico diferencial

ITS (sífilis, linfogranuloma venéreo, chancroide...), erupción medicamentosa, linfoma.

Comentario final

En nuestra especialidad consideramos fundamental el abordaje familiar y socio-comunitario de nuestros pacientes, pero no debemos olvidar el derecho a la privacidad del paciente con sus allegados. En este caso, destacamos la importancia de realizar una entrevista clínica en solitario. Dado el contexto, abogamos por un enfoque más individual que familiar. Repercute, además, a nivel comunitario, tratándose de un problema muy prevalente de salud pública.

Bibliografía

- Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37(6):398-404.

778/314. PENFIGOIDE AMPOLLOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Moreno Cruz, Á.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Mollina. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 82 años, sin alergias conocidas, con deterioro cognitivo como único antecedente de interés; acude acompañada de su hija por aparición de lesiones en piel de 3 semanas de evolución que asocian prurito intenso. Trae las manos vendadas pues así su hija evita que se autolesione al rascado.

Consultaron en urgencias cuando el episodio comenzó pautándose antihistamínico 1/24h y Prednisona 30mg 1/24h, pero no ha obtenido mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración destacan lesiones por rascado en miembros. Además lesiones urticariformes y eccematosas, vesículas y algunas ampollas sobretodo a nivel de miembros inferiores. El aspecto es de gravedad.

En otras localizaciones puede observarse hiperpigmentación postinflamatoria. No se aprecian lesiones a otros niveles, ni en mucosas, ni cabeza ni cuello.

Ante la sospecha clínica, y tras despistaje en historia clínica de posible causas del cuadro, se reajusta tratamiento ante la gravedad, orientando el juicio clínico a Penfigoide Ampolloso. Habiendo estado la paciente infratratada, se pauta Prednisona 1,5mg/kg/día, Ciclofosfamida 1mg/kg/día, y tratamiento tópico. Además se pauta doble antihistamínico con toma 1/8h. Se toma muestra de una de las lesiones, analítica y se cita nuevamente a la semana para ver evolución (además de derivación oportuna a especialista para pruebas complementarias específicas).

Tras una semana de tratamiento, acude con evidente mejoría, siendo las lesiones de mucha menor cuantía y ausencia casi completa de lesiones de rascado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Penfigoide Ampolloso

Diagnóstico diferencial

Dermatitis herpetiforme, epidermolisis ampollosa adquirida, escabiosis, toxicodermias

Comentario final

El penfigoide ampolloso es la enfermedad ampollosa más frecuente en los países desarrollados en población adulta, afectando principalmente a ancianos. Se

caracteriza por la aparición de lesiones urticariformes muy pruriginosas sobre las que pueden aparecer ampollas tensas.

Se trata de una enfermedad con elevada morbilidad, por lo que un tratamiento escaso puede conllevar graves problemas de salud a nuestros pacientes. Como médicos de familia debemos estar familiarizados con este tipo de patologías y abordarlas desde el inicio de la forma agresiva que requieren. En nuestro caso, la paciente estuvo durante tres semanas infratratada y con un gran empeoramiento de su situación clínica, que podía haber ocasionado consecuencias fatales.

Bibliografía

- Smith, J. K., & Jones, L.M. (2020). *Dermatología para Médicos de Familia*. Editorial Médica Panamericana.

778/315. RABDOMIOLISIS SECUNDARIA A HIPERPOTASEMIA GRAVE.

Autores:

Santana Almonte, D.¹, Martínez Molina, L.², Soriano Aguilar, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva

Descripción del caso

Mujer de 54 años, hipertensa, que acude al servicio de urgencias por presentar desde hace una semana dolor en la cintura pélvica irradiado a miembros inferiores con debilidad motora que evoluciona de forma progresiva hasta la cintura escapular. Asociando poliuria y nicturia en los últimos meses. En la analítica realizada en urgencias se evidencia hipopotasemia severa (1.6 mmol/L), hipernatremia (153 mmol/L), hipofosfate-mia (1.82 mg/dL) y elevación de creatina-fosfofosfocinasa (CPK:7926 U/L) con alcalosis metabólica. Se trata de una paciente hipertensa con difícil control, en tratamiento desde hace 4 meses con antagonista del receptor de angiotensina II y un diurético tiazídico. Se constata, en controles analíticos previos, una tendencia a la hipopotasemia presente antes de la introducción del tratamiento diurético.

Exploración y pruebas complementarias

El estudio del eje adrenal y renina-angiotensina-aldosterona puso de manifiesto un Hiperaldosteronismo Primario con actividad de renina plasmática (ARP) descendida y sin respuesta a la estimulación con deambulación durante 2 horas. Hormona corticotropa, cortisol y catecolaminas sin alteraciones. La resonancia magnética nuclear detectó un adenoma suprarrenal derecho.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Estos hallazgos sugieren el diagnóstico de Síndrome de Conn y la indicación de tratamiento quirúrgico.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial lo podemos hacer con: Hiperplasia Adrenocortical bilateral y el Adenoma productor de Aldosterona. Ante una hipertensión arterial refractaria a tratamiento farmacológico, con hipopotasemia espontánea o inducida por diuréticos, es necesario descartar un hiperaldosteronismo como causa de la misma.

Comentario final

El síndrome de Conn, también conocido como hiperaldosteronismo primario, es un síndrome endocrino caracterizado por la secreción excesiva de la hormona aldosterona por parte de las glándulas suprarrenales. Esta sobreproducción de aldosterona conduce a la retención del sodio y a la pérdida de potasio, y todo ello resulta en hipertensión.

Bibliografía

- Conn JW, Louis LH. Primary aldosteronism: a new clinical entity. *Trans Assoc Am Physicians*. 1955; 68: 215-231.
- Aronova A, Ili TJ, Zarnegar R. Management of hypertension in primary aldosteronism. *World J Cardiol*. 2014; 6: 227-233.

778/318. DOCTORA LLEVO 2 DÍAS CON DOLOR DE CABEZA INTENSO Y NO SE ME QUITA.

Autores:

Muñoz Jiménez, R.¹, Royan Martín, E.², Gómez García, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Priego de Córdoba. Priego de Córdoba.

Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 64 años, asmática e hipertensa con buen control actualmente, sin otros antecedentes personales de interés, que consulta a su médico de Atención Primaria refiriendo cefalea intensa desde hace 2 días con náuseas y vómitos, pautándose analgésia, antiemético y relajantes musculares. En revisión 5 días más tarde, se encuentra a la paciente con leve desviación de la comisura bucal e inestabilidad de la marcha, por lo que se deriva Urgencias hospitalarias para valoración con activación de código ictus.

Exploración y pruebas complementarias

TA150/73 mmHg, FC66 lpm, Temperatura38,5°C, MEG, palidez cutánea. Electrocardiograma con ritmo sinusal a unos 89 lpm, eje normal, QRS estrecho sin alteraciones en la repolarización. En la exploración física, rigidez de nuca dudosa, AC tonos rítmicos sin soplos, AR murmullo vesicular conservado con algunos roncus dispersos. Abdomen normal. No edemas. Neurológicamente algo somnolienta, difícil de explorar, PINR, MOEC, parálisis facial izquierda y leve debilidad en miembros izquierdos. Romberg dudoso. Analítica: Leucocitos 21.000, neutrófilos 17.300, linfocitos 1000, Glucosa 128, iones normales, creatinina 1.88, PCR 110, coagulación normal. TSH y T4 normales. Sistemático de orina normal.

TC cráneo y angioTC sin alteraciones patológicas. Punción lumbar: 990 células con 79% PMN, proteínas 355, glucosa 40.1, Gram positivo para Listeria.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Meningoencefalitis por Listeria.

Diagnóstico diferencial

ACV, Meningoencefalitis bacteriana.

Comentario final

La meningitis causada por Listeria monocytogenes es una infección producida tras el consumo de alimentos contaminados, poco frecuente, con una alta tasa de mortalidad. Su clínica puede presentarse con manifestaciones moderadas o de manera fulminante. La fiebre suele ser una constante y la población más vulnerable comprende inmunocomprometidos, bebés, gestantes, niños y adultos mayores, aunque también puede ocurrir en ausencia de factores de riesgo. Una alta sos-

pecha y el tratamiento antibiótico adecuado precoz pueden disminuir el riesgo de mortalidad. Esta paciente fue ingresada en Medicina Interna, se le administró tratamiento empírico con ceftriaxona+ampicilina+vancomicina+dexametasona mejorando su estado general, siendo dada de alta sin secuelas del episodio.

Bibliografía

- Molina, Peláez, Jiménez Murillo y Montero Pérez. Síndrome meníngeo, absceso cerebral, absceso epidural espinal y encefalitis. En: Jiménez Murillo y Montero Pérez. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolo de actuación. 6ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2018. 423-437.

778/319. PALPITACIONES BIEN TOLERADAS EN CASO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA.

Autores:

Sánchez Serrano, R.¹, Ruano Mayo, A.², González González, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barca. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Varón, 42 años, exfumador y antecedentes personales de obesidad y AOS (apnea obstructiva del sueño), que acude a su centro de salud por palpitaciones de una hora de evolución y sensación opresiva en cuello. En ECG (electrocardiograma) se objetiva taquicardia ventricular con pulso, bien tolerada. Se activa DCCU (dispositivo de cuidados críticos y urgencias) y se traslada a Urgencias hospitalarias. El paciente pasa a observación, quedando finalmente ingresado en Cardiología, donde en telemetría se alternan episodios de TVS (taquicardia ventricular sostenida) y extrasístoles ventriculares con rachas de bigeminismos auriculares, bien tolerado en todo momento. Finalmente se deriva al paciente a Hospital de tercer nivel, donde se realiza ablación del foco de origen (anillo mitral anterior), tras la cual no se vuelven a presentar nuevos episodios de TVS, siendo dado finalmente de Alta. Actualmente en tratamiento con amiodarona y betabloqueante, mantiene revisiones en Cardiología.

Exploración y pruebas complementarias

- ECG (SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria): Taquicardia regular de QRS ancho a 140 lpm, eje inferior con morfología de BRDHH (bloqueo rama derecha del haz de Hiss) y positiva en todas las precordiales. - ECG (Urgencias): Ritmo sinusal a 75 lpm en bigeminismo ventricular con extrasístoles ventriculares de similar morfología a taquicardia, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización. - Ecografía transtorácica destacó dilatación de raíz aórtica leve (conocido). - RMN (Resonancia magnética nuclear) cardiaca con contraste: ausencia de cardiopatía estructural, función sistólica global conservada.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Taquicardia ventricular sostenida.

Diagnóstico diferencial

- Extrasístoles ventriculares. - Fibrilación auricular aberrante.

Comentario final

El diagnóstico precoz de una taquicardia ventricular es de suma importancia dada su naturaleza impredecible y potencialmente mortal. Es por ello que debemos ser conscientes y resaltar la importancia de la fácil accesibilidad del paciente a la Atención Primaria y la capacidad que tenemos de detectar a tiempo eventos de este tipo y tomar medidas rápidamente, a pesar de nuestras limitaciones.

Bibliografía

- UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 4 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/sustained-monomorphic-ventricular-tachycardia-clinical-manifestations-diagnosis-and-evaluation?search=Taquicardia%20ventricular&source=search_result&selectedTitle=4%7E150&usage_type=default&display_rank=4

778/320. APOYO EN EL DIAGNÓSTICO DE LINFOMAS DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

González Bravo, A.¹, Sánchez Cambronero, M.², Guisasa Cardenas, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (2)

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

Descripción del caso

Paciente varón de 52 años que acude a consulta de Atención primaria (AP) por hinchazón abdominal de dos semanas de evolución. El paciente no refiere transgresiones dietéticas, dolor abdominal ni alteraciones del hábito intestinal. Tampoco refiere aumento ni pérdida de peso. Es bebedor de dos cervezas al día y fumador de un cigarrillo al día. Jardinero de profesión.

Exploración y pruebas complementarias

Se observa abdomen duro, distendido. Hernia umbilical de pequeño tamaño. Se palpa gran masa en zona de flanco izquierdo mate a la percusión que llega hasta fosa iliaca izquierda. Se realiza ecografía en consulta de AP, donde se observa líquido libre en saco de hepático de hasta 8 cm. Leve hepatomegalia sin esteatosis ni cirrosis. Se visualiza la masa antes descrita sin presencia de gas intestinal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sospechando proceso tumoral maligno se decide derivación a urgencias para estudio. En urgencias se le realiza un TAC donde se objetiva extensa afectación adenopática mesentérica y retroperitoneal con infiltración omental, peritoneal y pleural. Los hallazgos son sugerentes de neoplasia linfoproliferativa como primera posibilidad. El paciente es derivado a Medicina Interna y se le realiza un PET-TAC donde se observa estudio compatible con proceso linfoproliferativo tipo bulky con afectación supra e infradiaphragmática y afectación mesentérica. Tras biopsia de adenopatía en fosa clavicular se confirma el diagnóstico de Linfoma B difuso de Células Grandes. Se inicia quimioterapia R-CHOP x 6 un mes después de su derivación a urgencias desde la consulta de AP.

Diagnóstico diferencial

Entre el diagnóstico diferencial de masas abdominales encontramos enfermedades no neoplásicas (abscesos, hematomas, endometriosis, fascitis nodular) y neoplásicas tanto benignas (lipomas, tumores vasculares, leiomiomas, fibromas) como malignas (sarcomas de tejidos blandos, tumores metastásicos, carcinoma de órgano sólido, linfomas y leucemias).

Comentario final

Observamos la importancia de una adecuada exploración y anamnesis, así como del uso de la ecografía en

La consulta de atención primaria en el diagnóstico precoz de procesos tumorales y su rápida derivación para estudio, que permiten iniciar el tratamiento quimioterápico de manera precoz.

Bibliografía

- Hernández Santana, EE., Gómez Nova, JC., Castro Frias, L., Barluenga Torres, E., Horneros Torres, J., & Bechini Bernad, J. (2018). *DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES GASTROINTESTINALES*. Seram, 2(1). Disponible en <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/7318>

778/321. DEPRESIÓN EN EL ANCIANO, ALGO MÁS QUE TRISTEZA.

Autores:

Aparicio Alemany, P.¹, Rodríguez Quesada, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 78 años que consulta por fallos de memoria con cuadros de desorientación que se desarrollan en los últimos dos meses. Hasta ahora era independiente para su vida cotidiana, pero ha sufrido un deterioro en la calidad de vida por estas alteraciones, se olvida la toma de su medicación habitual, no recuerda direcciones llegando incluso a perderse en su barrio. Niega consumo de nuevos fármacos ni otros síntomas por aparatos y sistemas. Indagando en la historia, comenta fallecimiento hace 6 meses de su marido, con quien vivía desde hace más de 50 años, de forma repentina, desde entonces se encuentra más triste, apenas sale de casa, ha dejado de realizar actividades recreativas habituales.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, no se encuentra focalidad neurológica, ni alteraciones en la exploración por aparatos y sistemas. Se realiza Mini Mental Test con puntuación de 27, no sugestiva de deterioro cognitivo, sin embargo al pasar la escala de depresión en el anciano de Yesavage, obtiene una puntuación de 7 orientando el cuadro a un cuadro más depresivo.

Se solicita analítica completa con estudio de iones y serologías, así como TAC craneal, sin hallazgos de interés.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Inicialmente, se orienta el cuadro a una demencia, que sería la primera patología que hay que descartar en estos casos. Sin embargo, dado el antecedente vital estresante y síntomas depresivos sería importante pensar en una depresión como justificante de estos síntomas. Por ello se establece como juicio clínico que se trata de una Pseudodemencia Depresiva.

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar con todas las demencias (Alzheimer, cuerpos de Lewy, fronto-temporal), lesiones ocupantes de espacio en cerebro, infecciones y, por supuesto, deterioro cognitivo en relación a cuadro depresivo.

Comentario final

La depresión en los ancianos no se manifiesta con los síntomas clásicos, es habitual el desarrollo de deterioro cognitivo, predominando los déficits de atención y memoria. Es importante como médicos de Atención Primaria, saber diferenciar estos cuadros de otros tipos de demencia y realizar del diagnóstico diferencial oportuno. El inicio de tratamiento antidepressivo con una mejoría sintomática considerable, es un rasgo diagnóstico en estos cuadros a destacar.

Bibliografía

- Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961-70.

778/322. Dolor lumbar: el camino hacia la etiología.

Autores:

Rodríguez Palácios, M.¹, Fabián Quirós, M.², Domínguez Villatoro, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casariche. Casariche. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 62 años con AP de HTA, dislipemia, obesidad, fractura de clavícula en abril 2023 tras traumatismo. Independiente para las ABVD. Funciones superiores conservadas.

Acude a nuestra consulta en reiteradas ocasiones por lumbalgia, objetivando en radiografía acuñamiento en D12 por lo que decidimos derivarlo a Medicina Física y Rehabilitación, donde le solicitan un TAC (septiembre 2023): hundimiento platillo sude L2, L3, y acuñamiento anterior de D12.

El paciente presenta progresivamente un empeoramiento clínico en las últimas semanas hasta encamarlo. Además, nos comenta síndrome constitucional asociado (pérdida de unos 20 kg) y cuadro de náuseas y vómitos asociados. Molestias en costado derecho. No cambios en el hábito intestinal. Afebril. No clínica respiratoria. No episodios de sudoración. No molestias urinarias.

Exploración y pruebas complementarias

Encamado. Aceptable estado general, consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Afebril.

Constantes: 131/78. FC: 84. Sat O2: 98% sin aporte.

ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

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

MMII: No edemas ni signos de TVP.

Dolor a la palpación en territorio lumbar derecho, con imposibilidad para la marcha.

Ante la clínica del paciente, decidimos derivar a hospital para completar estudio, donde se objetiva fracaso renal agudo (cr 4.39), proteinuria (24h) 5385 mg y se realiza una RMN (marzo 2024) objetivándose pérdida de altura de la totalidad de los cuerpos vertebrales lumbares y cuerpos vertebrales D6-D7 y D10-D12. Todos ellos presentan edema óseo compatibles con origen metastásico.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Mieloma de Bence-Jones.

Diagnóstico diferencial

Lumbalgia. Mieloma. Amiloidosis.

Comentario final

Las gammapatías monoclonales son un grupo de enfermedades caracterizadas por la proliferación de una clona (células genéticamente idénticas) de células linfoides B en los últimos estadios madurativos con capacidad para producir una inmunoglobulina, deno-

minada paraproteína o componente monoclonal (CM), que puede ser completa o un fragmento de la misma (cadenas pesadas o ligeras), detectada en suero o en orina (Bence-Jones).

Ante la persistencia de fracturas vertebrales, anemia, hipercalcemia, fracaso renal agudo y pérdida ponderal como en nuestro caso, debemos sospechar esta entidad.

Bibliografía

•Holgado P, Aceituno M, Amor M. Gammapatía monoclonal de significado incierto. *Fisterra*. Ferrol. 2024.

778/323. DOCTORA . ME HA DADO UN "ICTUS".

Autores:

Padilla Restoy, R.¹, Muñoz Soto, C.², Sepulveda García, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 36 años, fumador de 1paquete/día, y con antecedente familiar de Hipercolesterolemia familiar como únicos antecedentes de interés, que acude a consulta no demorable de su Centro de Salud tras presentar episodio de disartria, debilidad en miembros inferiores con inestabilidad, y parestesia y dolor en miembro superior izquierdo cuando realizaba ejercicio en el gimnasio, no acompañado de periodo postictal ni relajación de esfínteres.

Refiere además, que en el mes previo ha presentado episodios aislados y de duración breve de sensación de vértigo y desfallecimiento, que ocurren después de realizar ejercicios de fuerza en miembros superiores.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física presenta una tensión arterial simétrica en ambos miembros superiores, pulsos carotídeos simétricos y no signos de isquemia en partes acras. La auscultación cardiorrespiratoria es rítmica sin soplos, con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. La exploración neurológica es anodina sin focalidad neurológica ni ningún par craneal afectado.

El paciente es remitido a Urgencias Hospitalarias donde se realiza un TC de cráneo, sin presentar ninguna alteración reseñable.

Se decide ingresar al paciente a cargo de Neurología, que tras una anamnesis y exploración física dirigidas, solicita un Angio-TC de troncos supraórticos, que es informado como obstrucción proximal de la arteria subclavia izquierda, 2º a un trombo de tipo ateromatoso.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de robo de la arteria subclavia

Diagnóstico diferencial

Tumor intracraneal

Sincope neuromediados

Accidente cerebrovascular

Accidente isquémico transitorio

Comentario final

Es importante considerar el diagnóstico de Síndrome de robo de la arteria subclavia en pacientes varones que presenten estos síntomas, especialmente relacionado con ejercicios de fuerza de miembros superiores, y que puede ser confundido con accidentes isquémicos transitorios y otras patologías isquémico/hemorrágicas más prevalentes, destacando así mismo la importancia del control de factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

- *Medicina de Urgencias y Emergencias. Jimenez-Murillo, L et Al. 6º Ed. Elsevier*

778/324. ME ESTOY QUEDANDO "EN LOS HUESOS".

Autores:

Padilla Restoy, R.¹, Muñoz Soto, C.², Sepulveda García, C.³

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz,
- (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz,
- (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 75 años sin deterioro cognitivo e independiente para las actividades básicas de la vida diaria, que consulta principalmente por pérdida de peso 21 kilos

en 4 meses. Indagando en la anamnesis, también refiere presentar anorexia, apatía y temblor distal, sin otros síntomas digestivos ni respiratorios. Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial, úlcera duodenal, colelitiasis y depresión, en tratamiento habitual con fluoxetina 20 mg y enalapril 10 mg.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física encontramos taquicardia sin soplos, con un electrocardiograma: en taquicardia sinusal 110 lpm, un bloqueo de rama derecha, ya conocido, y una saturación de oxígeno del 99%. La glucemia capilar es de 87, no presentando signos de insuficiencia cardíaca.

Se solicita una analítica en la que destaca una tirotrópina (TSH) severamente suprimida de <0.03 mUI/L, y una tiroxina (T4) libre de 50 nmol/L.

Se inicia tratamiento con metimazol 20mg cada 24h y se remite a la paciente de forma preferente a la consulta de Endocrinología, que tras realización de ecografía tiroidea detecta un bocio multinodular tóxico como causa del cuadro de hipertiroidismo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hipertiroidismo por bocio multinodular tóxico

Diagnóstico diferencial

depresión, neoplasia, diabetes

Comentario final

La pérdida de peso puede ser la primera manifestación de muy diversas enfermedades, tanto agudas como crónicas, que puede derivar en una patología potencialmente grave especialmente en la población anciana. En la mayoría de los pacientes con pérdida de peso involuntaria, una anamnesis con exploración física, y las exploraciones complementarias iniciales, orientarán el diagnóstico de sospecha, indicando que pruebas adicionales deben solicitarse, y que profesional es el más adecuado para su manejo. El hipertiroidismo tiene que incluirse en el diagnóstico diferencial de pérdida de peso en el anciano, ya que las enfermedades tiroideas son prevalentes en este grupo etáreo y a menudo se manifiestan de modo atípico.

Bibliografía

- *Corrales-Hernández Juan José, Sánchez-Marcos Ana Isabel, Recio-Córdova José María, Iglesias-López Rosa Ana, Mories-Alvárez María Teresa. Tratamiento médico del hipertiroidismo. Rev. ORL.2020Sep; 11(3): 273-281.*

778/326. A PROPÓSITO DE UN CASO: DOLOR TORÁCICO.

Autores:

Pereda Mateos, R.¹, Morales Navarro, A.², LOPEZ MORENO, S.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando - Dr. Cayetano Roldan. San Fernando. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 50 años que presenta antecedentes personales de HTA, dislipemia y DM, historial de tabaquismo desde hace 30 años, con asma, glaucoma y desprendimiento de vítreo posterior OD e hipertensión ocular, que acude a URG por presentar desde un par de días molestias torácicas inespecíficas junto con febrícula desde hace un par de días, refiere ligera disnea concomitante aunque de grandes esfuerzos. No presenta ninguna otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada el paciente presenta buen estado general, está normohidratado y con buena coloración y con febrícula de 37°C. Se le toma la TA 139/92 mmHg, FC 100 lpm y SatO₂ 97%. A la auscultación cardiaca no se escuchan soplos y los tonos son rítmicos, a nivel pulmonar MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII sin edemas ni signos de TVP.

Se realiza analítica con Cr 0.96, sodio 139, potasio 4,5 y PCR 118, teniendo una Troponinas en 13317 que se serían siendo las segundas de 9018. Hemograma con 13000 leucocitos y Hb 11.5. Se realiza además ECG que presenta ritmo sinusal con QRS estrecho y ondas T negativas en cara inferior y lateral. Tras estos hallazgos se realiza ecocardiograma observándose VI no dilatado ni hipertrófico con FEVI conservada VD no dilatado y función sistólica normal. No valvulopatía ni derrame pericárdico.

Tras estos hallazgos se tramita ingreso por Cardiología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miopericarditis aguda

Diagnóstico diferencial

Infarto agudo de miocardio, angina, pericarditis

Comentario final

Este caso deja en claro la importancia de tener en cuenta los dolores torácicos y siempre hacer un correcto despistaje con todas las pruebas pertinentes aunque en un primer momento el cuadro no pueda impresionar de gravedad

Bibliografía

- Jimenez Murillo, L., & Montero Pérez, F.J. (2022). *Medicina de Urgencias y Emergencias (7ª edición)*. Madrid: Elsevier.

778/327. HERPES ZÓSTER, ¿UNA SIMPLE INFECCIÓN?

Autores:

De Sola Rodríguez, M.¹, González Caracoche, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Estrella I. Coria del Río. Sevilla, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Blas Infante. Coria del Río. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 67 años que acude por pérdida de fuerza y sensibilidad en miembro superior izquierdo (MSI) en las últimas 24 horas. Asocia pequeñas lesiones vesiculosas lineales en dorso de la espalda. No fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Lesiones eritemato-vesiculares en dermatomas C5-C6 izquierdos. Escasas lesiones en espalda, a nivel C5 y T2. Balance articular MSI libre y no doloroso. Balance motor: MSD flexores de hombro 2 / 5, separadores de hombro 2 / 5, a nivel de codo, muñeca y dedos 5 / 5. Sensibilidad conservada. ROT no sale Bicipital izquierdo resto conservado No amiotrofias.

Resto exploración neurológica normal.

- EMG: disminución de la amplitud de las conducciones motoras de nervio musculocutáneo, axilar y radial sobre tríceps izquierdos. En el EMG se constata escasa denervación activa en músculos deltoides e infraespinoso izquierdos.
- Analítica: hemograma, bioquímica con iones, dentro de los valores estándar.
- Punción lumbar: muestra pleocitosis linfocitaria con hiperproteorraquia

- RM cervical c/c 12/6/23: Moderados cambios cervicocotrónicos de predominio distal con pequeñas protrusiones discoosteofitarias difusas sin repercusión relevante desde el nivel C3-C4 a C5-C6. Cordón medular de características normal sin datos de mielopatía.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Monoparesia braquial izquierda proximal en paciente con herpes zóster.

Diagnóstico diferencial

Monoparesia braquial izquierda proximal en paciente con herpes zóster; Plexopatía cervicobraquial izquierda por afectación del tronco superior de etiología infecciosa; Radiculopatía C5-C6 izquierda; Infarto nervioso actividad aterosclerótica/vasculitis; Radiculopatía infecciosa por enfermedad de Lyme; Infiltración tumoral.

Comentario final

Se inicia tratamiento intravenoso con aciclovir sin mejoría al cuarto día, pasando a valaciclovir 1 gramo cada 8 horas vía oral y Pregabalina a 75mg cada 12 horas.

Comienza con rehabilitación, recuperando funcionalidad de miembro superior izquierdo por completo.

La neuropatía motora en pacientes con herpes zóster corresponde al 3% de la sintomatología de esta infección, por ello es fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial, apoyándonos en la exploración física y las pruebas complementarias.

Bibliografía

- Elliott KJ. Otras complicaciones neurológicas del herpes zóster y su manejo. *Ann Neurol* 1994; 35 Suplemento: 557.
- Chang CM, Woo E, Yu YL, et al. Herpes zóster y sus complicaciones neurológicas. *Postgrado Med J* 1987; 63:85.

778/328. ¿ES UN FLEMÓN?

Autores:

Muñoz Gámez, A.¹, González Moles, L.², Girón Prieto, M.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón de 36 años que acude por flemón dentario derecho de 3-4 semanas de evolución, que se ha tratado con Amoxicilina 1g cada 8 horas y AINES, presentando mejoría parcial del dolor. No ha presentado fiebre. Destaca que hace 2 semanas se percata de masa a nivel submandibular derecho, que no cambia de tamaño con las comidas y que asocia parestesias a nivel mandibular derecho y lengua. No ha presentado pérdida de peso ni sudoración nocturna.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado de piezas dentales, mala higiene bucal. Sangrado espontáneo de encías. Tumoración/excrecencia a nivel de pilar amigdalino derecho. Tumoración indurada submandibular derecha de unos 2-3 cm aproximadamente, no móvil y no dolorosa.

Resto de exploración física sin alteraciones. ??

ANGIO-TAC CUELLO: Masa de partes blandas mandibular derecha, marcadamente heterogénea y con importante erosión y destrucción ósea de la rama mandibular y desplazamiento de las glándulas salivares ipsilaterales como indicativo de componente agresivo de la misma. Asocia otra masa laterocervical derecha situada caudalmente a la misma, en íntimo contacto, sugerente de adenopatía necrótica. Estos hallazgos sugieren tratarse de etiología tumoral, si bien requieren de correlación anatomopatológica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Masa cervical tumoral: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS BIEN DIFERENCIADO INFILTRANTE.

Diagnóstico diferencial

Etiología infecciosa, inflamatoria y tumoral.

Comentario final

Tras el diagnóstico, se derivó a Cirugía Oral y Maxilofacial. Realizando tumorectomía y biopsia, obteniendo diagnóstico de carcinoma escamoso infiltrante. Plantando entonces intervención más agresiva y radioterapia-quimioterapia posterior.

Nuestra función es realizar una detección temprana y tener presentes los síntomas y signos de alarma, así como un seguimiento posterior de nuestros pacientes.

Bibliografía

- Kshirsagar RS, Anderson M, Boeckermann LM, Gilde J, Shen JY, Meltzer C, et al. *The Adult Neck Mass: Pre-*

dictors of Malignancy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* noviembre de 2021;165(5):673-81.

- Pynnonen MA, Gillespie MB, Roman B, Rosenfeld RM, Tunkel DE, Bontempo L, et al. *Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults. Otolaryngol Head Neck Surg.* septiembre de 2017;157(2-suppl):S1-30.

778/329. EL PACIENTE PALIATIVO, UN PACIENTE MÁS DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Escribano Lázaro, C.¹, Alonso Álvarez-Rementería, M.¹, González Morales, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carmona Ntra. Sra. de Gracia. Carmona. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carmona Ntra. Sra. de Gracia. Carmona. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 85 años, dependiente para actividades básicas de la vida diaria, hipertensa y diabética, diagnosticada de enfermedad renal crónica estadio G4A1, valvulopatía mitral severa, fibrilación auricular permanente con criterio de anticoagulación y anemia ferropénica por episodios de hematuria recidivantes. Tras último ingreso hospitalario por insuficiencia respiratoria y anemia en rango transfusional se prescribe oxígeno domiciliario 24h. Tras valoración domiciliaria posterior al alta se decide con paciente y familiares cese de pruebas complementarias y abordaje paliativo.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general. Encamada. Caquética. Palidez cutánea. Eupneica con gafas nasales a 3L, saturación 92%. Arritmica con soplo sistólico panfocal y murmullo vesicular conservado. Úlcera sacra. Escala FRAIL 4 puntos. Escala NECPAL :PS+ > 1 criterio. Escala IDC-Pal=no complejo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Insuficiencia cardíaca NYHA IV. Anemia crónica ferropénica. Fragilidad. Cuidados paliativos

Diagnóstico diferencial

Hematuria franca anemizante por proceso oncológico vs anticoagulación

Comentario final

Junto con familiares y paciente se decide enfoque paliativo centrandose los esfuerzos en medidas de confort y se establecen visitas domiciliarias programadas junto a enfermería de referencia. Destacar el papel del médico de Atención Primaria en la coordinación de la atención integral del paciente paliativo, entre el resto de profesionales del equipo de Atención Primaria (enfermería, trabajo social) y el personal de hospitalización domiciliaria, para afrontar la multidimensionalidad que exige este tipo de pacientes. Tanto en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud como en el propio Código Deontológico se recoge la responsabilidad del Médico de Atención Primaria en la identificación, valoración integral y apoyo del paciente paliativo y su entorno, así como, la conexión con el resto de los recursos socio-sanitarios del Área de Salud correspondiente.

Bibliografía

- Mejías-Estévez MJ. *Cuidados Paliativos y Atención Primaria: integración o nuevo paradigma. Semergen.* 2019; 45(5):285-287.
- Benítez MA; Asensio-Fraile A. *Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. Aten Primaria.* 2002. Enero; 29(1):50-52

778/331. DIARREA DE LARGA DATA.

Autores:

Morales Hijón, J.¹, Torres Valle, L.², Escalera Cobos, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Málaga. CS Coín., (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mairena del Aljarafe-Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 35 años que acude a su MAP por despeños diarreicos desde hace más de 15 años sin productos patológicos. También refiere astenia. Niega exteriorización de sangrados, pérdida de peso, sudoración profusa, náuseas ni vómitos. No fiebre ni otra sintomatología asociada.

En 2017 fue valorado por digestivo por misma sintomatología, exceptuando la astenia. Por entonces AS normal, siendo dado de alta con mebeverina antes de

las comidas y Profeden un sobre diario. Se solicita calprotectina que también resulta negativa. Alta por parte de digestivo.

Exploración y pruebas complementarias

AP sin relevancia

AF: Abuela materna, abuelo paterno y tía paterna con cáncer de colon.

BEG, CyO, eupneico en reposo.

Abdomen blando, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativos. No signos de irritación peritoneal.

ACP tonos rítmicos sin soplos a buena FC. MVC.

PPCC:

- AS 2023: Hb en 8.2, VCM 72.8, Hierro 16, transferrina 381, IST 3%, ferritina 2.
- Sangre oculta en heces: 3 muestras negativas.
- Intolerancia alimentaria negativa
- H. Pylori tratado y erradicado en Junio 2023.

Tras valoración por digestivo, se solicita colonoscopia donde se aprecia neoformación de crecimiento excrecente que ocupa un tercio de la circunferencia colónica, ulcerada, friable y dura a la toma de biopsia. También se solicita TC donde no se aprecian metástasis.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

- Anemia ferropénica y astenia de reciente aparición
- Diarrea crónica
- Neoplasia de colon derecho.

Diagnóstico diferencial

- SII
- Neoplasia de colon
- EII

Comentario final

La necesidad de implantar pruebas de cribado tales como SOH son de vital importancia para un diagnóstico precoz del cáncer de colon.

Bibliografía

- Frazier AL, Colditz GA, Fuchs CS, Kuntz KM. Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in the general population. *JAMA* 2000; 284 (15): 1954-61.

• Pignone M, Rich M, Teutsch SM, et al. Screening for colorectal cancer in adults at average risk: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 137: 132-41.

• Mandel JS, Bond JH, Church TR, et al. For the Minnesota Colon Cancer Control Study. Reducing mortality for colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *N Engl J Med* 1993; 328: 1365-71.

778/332. "DOCTORA, ¿POR QUÉ ESTOY GORDO Y DEPRIMIDO?"

Autores:

Romero Carrillo, S.¹, Ljubic Bambill, K.², Pérez Mesa, N.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

- Motivo de consulta: varón de 33 años, fumador de diez cigarrillos al día, lleva dos años sin acudir a consulta por dismorfia corporal que le impide socializar por rechazo de su cuerpo tras ganancia ponderal de 35kg y depresión reactiva.
- Antecedentes familiares: Diabetes tipo 2. Ictus.
- Antecedentes personales: hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. En seguimiento por Dermatología por hidrosadenitis supurativa y acné nódulo quístico; Medicina Interna por trombosis venosa profunda de safena interna derecha y tromboflebitis externa de safena interna, anticoagulado con sintrom; y Salud Mental por trastorno ansioso-depresivo y trastorno dismórfico corporal.

Exploración y pruebas complementarias

* Exploración física: peso: 116,4 Kg, talla: 176 cm, IMC: 37,6. Presencia de arañas vasculares, rubeosis facial, facies lunar. Cabello fino y ralo. Estrías rojo vinosas y anchas en flancos del abdomen e hipogastrio. Giba dorsal leve. Debilidad muscular de cintura pélvica. No atrofia cutánea en dorso de la mano. Signos de insuficiencia venosa y edemas en miembros inferiores.

Objetivamos ganancia ponderal del paciente e hinchazón respecto a fotografías de su aspecto físico previo.

* Pruebas complementarias: analítica de sangre y orina.

- Hemograma: normal.
- Coagulación: alterada por Sintrom.
- Bioquímica: triglicéridos 319 mg/dL. Resto normal.
- Hormonas: tirotrópina 0,809 μ UI/mL (0,550 - 4,780), somatotropina 0,20 ng/mL (0,00 - 9,40), prolactina 11,4 ng/mL (2,1 - 17,7), lutropina 2,6 mUI/mL (1,5 - 9,3), corticotropina 115,0 pg/mL, cortisol (orina) 124 μ g/dL, cortisol, excreción (orina 24h) 311 μ g/24h (21 - 292).

*Se deriva al paciente a Medicina Interna para valoración endocrinológica por su parte y se solicita:

- RMN con contraste i.v de abdomen: adrenal derecha de aspecto hiperplásico.
- RMN de silla de turca: macroadenoma hipofisario en región central/lateral derecha de adenohipofísis.

*Plan de actuación: se solicita cortisol en orina de 24 horas, cortisol en saliva a las 12 de la noche y test de nuggent.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Cushing por Macroadenoma hipofisario.

Diagnóstico diferencial

Yatrogenia por corticoterapia.

Incidentaloma suprarrenal.

Tumor hipofisario.

Comentario final

Puesta en valor de la presencialidad en consulta para diagnóstico precoz de patología y para la humanización de la asistencia sanitaria.

Bibliografía

- ENDOCRINOLOGÍA. LO ESENCIAL DE UN VISTAZO 3ª ED. Editorial Médica Panamericana
- HARRISON. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA (21ª ED.)

778/334. CEFALEA: EL RIESGO DEL DIAGNÓSTICO INDUCIDO.

Autores:

Morales García, A.¹, Hidalgo López, R.², García Vélez, B.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla, (2) Re-

sidente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Burguillos. Burguillos. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 53 años sin AP de interés. Acude su mujer a nuestra consulta en octubre de 2023 para solicitar la baja laboral, aportando un informe de un centro privado con juicio clínico de cefalea y contractura cervical. Damos incapacidad temporal y recomendamos acudir presencialmente.

Dos días después, acude el paciente refiriendo cierta mejoría clínica de la cefalea y persistencia de las molestias cervicales. A la exploración, presentaba postura antiálgica y contractura cervical.

Una semana más tarde, el paciente acude nuevamente con persistencia de la cefalea, por lo que nos centramos en hacer una correcta anamnesis. Refería cefalea de aparición brusca de dos semanas de evolución, de predominio diurno y muy intensa (EVA 9). Le impedía el descanso nocturno y no cedía con analgesia habitual. Además, el paciente solicita tumbarse en la camilla porque así se sentía más aliviado, tratándose de una cefalea que empeoraba con la bipedestación y mejoraba con el decúbito. Por otro lado, el paciente recuerda que tres meses antes había sufrido una caída de la bicicleta con traumatismo costal.

Ante la presencia de signos de alarma, se decide derivar a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

TAC craneal: hígroma/hematoma subdural subagudo crónico.

Inician tratamiento con dexametasona vía oral y comienza seguimiento con Neurocirugía, quienes realizan RMN cerebral y del neuroeje en la que se observa: síndrome de hipotensión LCR por posible desgarro dural a nivel D1-D2. Lesiones traumáticas ligamentarias a nivel de D1-D2 y D2-D3. Hematomas subdurales bihemisféricos bilaterales.

Desde entonces, el paciente ha precisado de varios ingresos por reagudización de la clínica. Le han realizado tres parches hemáticos para sellar la fístula de LCR, siendo la última vez en Enero de 2023 con buenos resultados.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cefalea secundaria a hipotensión intracraneal y hematoma subdural bilateral

Diagnóstico diferencial

Cefalea primaria

Cefalea secundaria

Contractura cervical

Comentario final

Recalcar la importancia de no caer en los “diagnósticos inducidos” e historiar y explorar correctamente a todos nuestros pacientes. Además, se debe prestar siempre atención a los síntomas de alarma en la cefalea que nos obligan a descartar una cefalea secundaria.

Bibliografía

- *Sociedad Española de Neurología. Manual de práctica clínica en cefaleas. 1ª ed. Madrid: Luzan 5 Health Consulting. 2020.*

778/335. TAQUIARRITMIAS EN CASOS ESPECIALES.

Autores:

Estrada Ayala, P.¹, Algorri Ferrero, S.², Sanz Pérez, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla,
(2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla,
(3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Descripción del caso

Mujer 42 años gestante de 28 semanas de gestación con AP de HTA en embarazo en tratamiento con metildopa, que avisaron desde su trabajo por mareo y sudoración. A nuestra llegada sudorosa y sensación de palpitaciones. No síncope o dolor torácico. No disnea ni edemas en Miembros inferiores.

Exploración y pruebas complementarias

Afectado estado general, consciente orientada y colaboradora, Ligera disnea en reposo

A la monitorización FC 190lpm , Sat 97% a/a , TA 100/60mmHg Glucemia 140mg/dl

ACP: Tonos ritmicos sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos

En el Electrocardiograma aparece una taquicardia de QRS estrecho regular compatible con Taquicardia su-

praventricular paroxística, sin alteraciones en el ST o signos de isquemia.

Se realizo masaje del seno carotídeo vusalizando pausa de 1 segundo en monitor revirtiendo a Ritmo sinusal a 90lpm con mejoría clínica instantánea.

La trasladamos estable sin incidencia a Hospital de referencia para valoración ginecológica y pruebas complementarias, todas sin hallazgos patológicos y dada de alta el mismo día.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Taquicardia supraventricular Paroxística (TSVP)

Diagnóstico diferencial

Taquicardia supraventricular paroxística, Taquicardia sinusal, Taquicardia auricular, Fibrilación auricular

Comentario final

Siempre que se nos presenta un caso que incluye factores atípicos o se trata de situaciones delicadas suma un plus de dificultad. En nuestra situación, las embarazadas (recordemos que el embarazo no es una patología) nos suelen dar más inseguridad a la hora de tomar decisiones y la poca costumbre de manejar patologías en este tipo de pacientes nos propone un reto de mayor dificultad. Según la bibliografía las maniobras vasovagales (Masaje de seno carotídeo y maniobra de valsaba modificada) son de primera elección en el tratamiento no farmacológico ante una TSVP en una embarazada por su sencillez, rapidez y seguridad. Como segundo escalón según la bibliografía podríamos usar adenosina o digoxina. La cardioversión si existieran datos de inestabilidad no ha resultado tener consecuencias clínicas en el feto.

Bibliografía

- *Teresa Alberca Vela, Joaquín Palma Amaro, Francisco García-Cosío Mir. Rev Esp Cardiol. Arritmias y embarazo. 1997;50:749-59*
- *Electric cardioversion in the emergency service: experience in 1000 cases. Arch Inst Cardiol Mex 1987; 57: 387-394.*

778/336. ¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE?

Autores:

Asensio Martín, A.¹, Girón Prieto, M.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Caso multidisciplinar; Atención Primaria (AP), Atención Especializada y Urgencias.

Varón de 41 años que acude a Urgencias por epigastralgia de dos meses de evolución que relaciona con la ingesta.

Paciente poco frecuentador y sin antecedentes personales.

Única visita a Urgencias en 2019 por contacto de riesgo tras relaciones sexuales.

Se realiza serología y le explican la necesidad de acudir a su Médico de Atención Primaria para recoger los resultados.

Se pregunta al paciente por algún antecedente de interés y niega cualquiera.

La serología de hace cinco años es positiva para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) pero el paciente no es conocedor dado que no acudió a su Centro de Salud.

El paciente es derivado al Servicio de Enfermedades Infecciosas.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes vitales: TA 113/72 mmHg, FC: 118 lpm, Sat O2 98%, Afebril; AC: Rítmico. Edemas en miembros inferiores con fóvea +/-+++.

Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal.

Análíticamente destaca una hipoalbuminemia, una hipertransaminemia x5 LSN de predominio colestásico, CD4+ de 440 con 25800 copias.

Se inicia tratamiento con Biktarvy con posterior suspensión por toxicidad.

BodyTC: Nódulos pulmonares bilaterales y masa axilar derecha de 7,8 x 10,7 x 8,6 cm.

PET-TC: Múltiples lesiones hipermetabólicas sugestivas de malignidad con afectación visceral, ganglionar, pericárdica, mesentérica y ósea.

Anatomía Patológica: Infiltración por Linfoma B de alto grado con características morfológicas e inmunofenotípicas tipo Linfoma de Burkitt.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

VIH; Linfoma de Burkitt

Diagnóstico diferencial

Síndrome linfoproliferativo; Hepatitis colestásica disociada; Hipoalbuminemia.

Comentario final

¿Quién es el responsable de que hayan pasado cinco años hasta conocer los resultados de la serología? ¿El Sistema Sanitario o el propio paciente?

Para mejorar la comunicación entre ambos y así, garantizar que los resultados relevantes lleguen a los pacientes de manera oportuna, podríamos considerar: una responsabilidad compartida, alertas electrónicas automáticas o una educación a los pacientes sobre la importancia de seguir los resultados.

Bibliografía

- Torres, C., Santana, J. C., Bravo, R., Córdova, L. A., Rodríguez, X. C. B., & Mardones, M. (2019). Linfoma de Burkitt asociado a Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Reporte de un caso clínico. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 12(3), 148-150. <https://doi.org/10.4067/s0719-01072019000300148>

778/337. ¿QUÉ SE ESCONDE TRAS UNA GEA?

Autores:

Revuelta Reinoso, D.¹, Cornejo Benítez, A.²

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 Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva

Descripción del caso

Varón de 22 años, fumador y sin antecedentes de interés, consulta a su médico por dolor abdominal generalizado de 3 días de evolución, acompañado de diarrea acuosa sin productos patológicos, vómitos aislados y fiebre de hasta 39º que ha ido remitiendo. Niega ambiente epidemiológico familiar. A la exploración presenta dolor abdominal generalizado sin signos de peritonismo ni otros hallazgos. Se diagnostica de GEA y se prescriben paracetamol, loperamida, suero oral y probiótico. Al día siguiente consulta en urgencias, por do-

lor centrotorácico urente irradiado a axilas, con dudosa modificación del dolor con el decúbito, acompañado de sudoración, afebril. Auscultación cardiorrespiratoria y abdomen normales. Se realiza ECG donde se observa ascenso cóncavo en cara inferolateral y se deriva a urgencias hospitalarias por sospecha de pericarditis aguda. En urgencias hospitalarias se confirman los hallazgos electrocardiográficos, se realiza Rx de tórax donde no se observan hallazgos y analítica sanguínea en la que destacan leucocitosis con neutrofilia, PCR 128 y TnT 1600. Se ingresa en Observación, donde se realiza seriación de enzimas que van descendiendo. Evoluciona favorablemente y es ingresado en Cardiología para continuar estudio. En planta de Cardiología se realiza ETT donde no se observan derrame pericárdico, aumento de cavidades ni alteraciones de la contractilidad, con FEVI preservada. El paciente continúa evolucionando favorablemente por lo que es dado de alta con diagnóstico de Miopericarditis Aguda secundaria a GEA, en tratamiento con AAS en pauta descendente durante 4 semanas, y colchicina y omeprazol durante 3 meses, así como seguimiento en consultas externas de Cardiología.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración: auscultación cardiorrespiratoria
- Pruebas complementarias: ECG, Rx tórax, analítica, ETT.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

- Orientación diagnóstica (Centro de Salud): Pericarditis aguda secundaria a GEA.
- Diagnóstico (Cardiología): Miopericarditis aguda secundaria a GEA.

Diagnóstico diferencial

Pericarditis aguda, miopericarditis aguda, consumo de tóxicos, infarto agudo de miocardio.

Comentario final

Es importante contextualizar cada caso e indagar en los antecedentes personales puesto que pueden darnos mucha información acerca de la patología que presenta nuestro paciente.

Bibliografía

- S. Sánchez López, N. Cabo López, Ch. Martínez Jiménez. *Pericarditis aguda, derrame pericárdico, taponamiento cardíaco*. En: M.J. Vázquez Lima, J.R. Casal Codesido. *Guía de actuación en urgencias*. 5ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. p.129-135.

778/338. NI VPPB NI ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE: SÍNDROME PARANEOPLÁSICO.

Autores:

Morilla Roldán, A.¹, Morilla Roldan, C.¹, Bohórquez Colombo, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 71 años con FRCV (HTA, DM2 y dislipemia) y consumidor de 6 cervezas diarias y fumador de 30 cigarrillos al día que acude en diciembre del 2023 a urgencias del Hospital Universitario del Virgen Macarena por mareo con sensación de giro de objetos e inestabilidad de la marcha con imposibilidad para la deambulacion de 2 meses de evolución. Además asocia sudoración y náuseas que le impide buena adherencia terapéutica.

Analíticamente, destaca únicamente discreta leucocitosis con neutrofilia y TC de cráneo sin incidencias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientado en las 3 esferas. Afebril y diuresis conservada.

Exploración neurológica: presenta nistagmo horizontal. Pares craneales conservados. No asimetría facial. Barré izquierdo. No alteraciones sensitivas. Bipedestación inestable con ojos abiertos. Marcha imposible sin apoyo con aumento de la base de sustentación.

Auscultación cardiorrespiratoria normal

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome neurológico paraneoplásico tipo ataxia cerebelosa.

Lesión pulmonar tipo carcinoma neuroendocrino TTF1+ con posible afectación hepática y suprarrenal

Diagnóstico diferencial

Encefalopatía de wernicke

Comentario final

Se trata de un paciente con habito alcohólico que desde agosto de 2023 acude varias veces a su centro de salud por clínica de inestabilidad de la marcha y mareos por lo que su médico de familia le realiza un tc de cráneo que

resulta normal pero ante persistencia de la clínica neurológica lo deriva a urgencias del HUVM para completar el estudio. En principio, con analítica y tc de cráneo prácticamente sin alteraciones le diagnostican de encefalopatía de Wernicke pero en la resonancia de cráneo que se realiza en la planta de medicina interna presenta hallazgos compatibles con cerebelitis por lo que valoran ampliar el estudio por posible proceso paraneoplásico y solicitan tc de tórax y abdomen con contraste y analítica reglada con marcadores tumorales. Finalmente es diagnosticado de lesión pulmonar tipo carcinoma neuroendocrino TTF1+ (carcinoma de células pequeñas) con posible afectación hepática y suprarrenal.

Niega tratamiento oncológico en varias ocasiones por tanto pasa a cargo del equipo de Atención primaria y de hospitalización domiciliaria de la zona.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. *Medicina de Urgencias Y Emergencias. 6a ed. Elsevier; 2018.* Pérez Arellano JL. *Sisinio de Castro. Manual de Patología General. 8a ed. Elsevier; 2019*

778/340. "DOCTORA NO SE PREOCUPE, ME SALEN MUCHAS ASÍ".

Autores:

Ruiz Victoria, M.¹, García Maldonado, S.¹, Escudero Martínez, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. Almería

Descripción del caso

Varón de 41 años, natural de Marruecos. En España 20 años. Viaja frecuentemente a su país, último viaje hace 20 meses. Trabaja en invernadero. Convive con 3 personas. Casa con luz, agua y alcantarillado.

AP: Hidrosadenitis axilar derecha intervenida.

Consulta por taponamiento nasal pendiente de intervención del tabique nasal, y de paso, por una tumoración supurativa en cuello de 2 meses de evolución sin ninguna sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normocoloreado, normohidratado, eupneico.

Adenopatía cervical izquierda de 2 cm aproximadamente, fistulizada con supuración de material purulento. Adherida a músculos cervicales. No dolorosa. No adenopatías axilares.

ACP: normal. Abdomen: no megalias ni adenopatías.

- Analítica con Bioquímica + Hemograma + Coagulación: normal
- VIH: Negativo
- Mantoux con lectura a las 72h: 20x23mm induración + eritema
- Esputo: pendiente
- Radiografía tórax: sin hallazgos
- Derivación a MI para continuar estudio:
- TAC cuello: adenopatía probablemente tuberculosa fistulizada en piel en espacio espinal cervical izquierdo.
- Ecografía cuello: adenopatías de aspecto inespecífico latero-cervical izquierdo.
- PAAF con cultivo: escasa celularidad a expensas de linfocitos, macrófagos y fibroblastos.
- PCR micobacterias: Negativa (30-50% de TBC extrapulmonar baciloscopia negativa).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Linfadenitis cervical tuberculosa

Diagnóstico diferencial

Enfermedad por micobacterias no tuberculosas

Enfermedad de Kikuchi

Adenitis bacteriana

Comentario final

- Se inicia tratamiento con: Rimstar 4 comp. (I +R+ P+E): 1-0-0 durante 2 meses + Etambutol 400mg 1-0-0 en ayunas durante 2 meses.
- Tuberculosis extrapulmonar: supone 20-25% casos de TBC. Ocurre en el 60% de pacientes VIH + TBC.
- Tuberculosis ganglionar:
 - Inflamación granulomatosa crónica de ganglios linfáticos: cervicales, supraclaviculares, axilares, torácicos, abdominales. Manifestación más común de TCB extrapulmonar. La mayoría asintomáticos o síndrome constitucional (sobre todo si VIH+)
 - Afectación ganglios periféricos: consistencia dura + no dolor + adherido a planos profundos + fístula (escrófula)
 - Afectación ganglios mediastínicos: afectación general, clínica respiratoria, atelectasia, bronquiectasias..

- Es muy importante sospecharlo para evitar el retraso diagnóstico (muy frecuente)
- Descartar siempre tuberculosis pulmonar
- Posibilidad de solicitar prueba de la tuberculina o IGRA desde Atención Primaria, para descartar infección tuberculosa
- Es necesaria la coordinación y trabajo en equipo

Bibliografía

- UpToDate [Internet]. Actualizar.com. [citado el 27 de Febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/tuberculous-lymphadenitis>
- UpToDate [Internet]. Actualizar.com. [citado el 27 de Febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluación-of-peripheral-lymphadenopathy-in-adults>

778/341. LO QUE SE NOS OLVIDA QUE ESTUDIAMOS ALGUNA VEZ: TAKAYASU.

Autores:

Hidalgo López, R.¹, García Ramos, E.², Morales García, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Burguillos. Burguillos. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano B. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla

Descripción del caso

Paciente mujer de 64 años que consulta en diciembre por síndrome febril de una semana de evolución. No focalidad por sistemas, aumento importante de casos de gripe A en la última semana. Vuelve a acudir a las tres semanas por similar clínica. Asintomática en resto de exploración, únicamente febrícula vespertina. Solicitamos analítica y radiografía de tórax (por ser fumadora, como único antecedente personal de interés). Resultados: anemia normocítica con ferropenia y aumento de reactantes de fase aguda; resto normal. Radiografía normal. Han pasado seis semanas desde inicio del cuadro y persiste clínica. Solicitamos valoración mediante teleconsulta a Medicina Interna y derivamos a Ginecología, así como solicitamos sangre oculta en heces. Se solicitan colonoscopia y endoscopia, normales. Exploración y pruebas ginecológicas normales. Tras casi tres meses de similar clínica, solicitamos ingreso hospitalario para estudio de la paciente.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica sangre y heces. Radiografía. TAC tórax-abdomen. PET-TAC. Ecografía. Angio-TAC coronario.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

La paciente fue ingresada y se realizó TAC de abdomen y tórax donde se describe hallazgos compatibles con arteritis, resto de pruebas confirmaban esto, con alta sospecha de arteritis de células gigantes.

Arteritis de Takayasu.

Diagnóstico diferencial

Síndrome constitucional secundaria a neoplasia. Infección sistémica.

Comentario final

La arteritis de Takayasu es una enfermedad inflamatoria de arterias de gran tamaño, que afecta principalmente a la aorta y sus ramas, las arterias coronarias y las arterias pulmonares. Los síntomas y signos iniciales de la enfermedad pueden ser muy inespecíficos (fiebre de origen desconocido, cervicalgia o malestar general).

La angiografía sigue siendo la técnica más valiosa en el diagnóstico y evaluación de los pacientes con esta enfermedad. La mayor parte de pacientes presentan lesiones tanto aneurismáticas como estenóticas.

El tratamiento con corticosteroides junto con metotrexate es de elección en fase aguda-subaguda.

La cirugía desempeña un importante papel en los estadios avanzados de la enfermedad.

Bibliografía

- de Franciscis, S., Serra, R., Luongo, A., Sabino, G., & Puzziello, A. (2007). Tratamiento de la arteritis de Takayasu: experiencia personal. *Anales de Cirugía Vascular*. [Internet], 21(6), 108-114.

778/345. IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA GINGIVAL.

Autores:

Romera Vilchez, M.¹, Ruiz Dote, Á.², Medina Gámez, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Gra-

nada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Mujer de 72 años con antecedentes personales de hernia de hiato en tratamiento con Pantoprazol 20mg, que acude a consulta por cuadro clínico de 2 días de evolución consistente en hemorragia gingival. No refiere ningún otro síntoma. Niega clínica infecciosa previa y fiebre.

Tras la exploración y los resultados de las pruebas complementarias, se decidió su derivación para continuar con el estudio (frotis de sangre periférica, serologías virales, etc.) y tratamiento de la trombopenia severa por el servicio de Hematología.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida, normocoloreada. Constantes en rango. Auscultación cardiorrespiratoria normal. No focalidad neurológica grosera. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias ni signos de peritonismo. Lesiones consistentes en petequias distribuidas por tronco, abdomen y extremidades que no desaparecen a la vitropresión, sin componente inflamatorio.

Encías con restos hemáticos sin antecedentes de raspado o traumatismo previo. No adenopatías ni cuadro constitucional asociado.

- Hemograma: Hemoglobina 14,9 g/dl, volumen corpuscular medio 87,5 fL, leucocitos 11.900/uL, linfocitos 3.200/uL, neutrófilos 61.100/uL, plaquetas 2.000/uL
- Bioquímica: glucosa 190 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, bilirrubina total 0,4, sodio 136 mEq/L, potasio 3,7 mEq/L, LDH 207 UI/L, PCR 8,5 mg/dl
- Coagulación sin alteraciones

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Trombocitopenia severa por probable Trombocitopenia Inmune Primaria (PTI)

Diagnóstico diferencial

Gingivitis, lupus eritematoso, VIH, mononucleosis infecciosa, linfoma no Hodgkin

Comentario final

Dada la trombopenia severa que se objetivó, era importante que la paciente fuera tratada con urgencia.

El servicio de Hematología le diagnosticó y trató, tras la realización de más pruebas complementarias, de PTI.

Sin la observación de petequias en la exploración, podría no haberse solicitado otras pruebas. Es por ello que realizar una anamnesis y exploración física rigurosas son elementos fundamentales en la atención primaria, para detectar precozmente alteraciones que, como en este caso, precisan de derivación y tratamiento urgente.

Bibliografía

- María Poza Santaella, Karen Campion Álvarez. Trastornos de la serie plaquetaria. En: Eduardo Miguel Aparicio Minguijón, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 9ª edición. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2022. p.1264-76.
- Donato H, Bacciedoni V, Rapetii MC, Elena G, Lavergne M, Rossi N, et al. Trombocitopenia inmune. Guía de diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr. 2019;117(6):S243-S254.

778/347. INGESTA INTENCIONADA DE PARACETAMOL.

Autores:

Revuelta Reinoso, D.¹, Briosio Galiana, J.², Cornejo Benítez, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva, (2) Especialista en Pediatría. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva

Descripción del caso

Niña de 13 años sin antecedentes de interés, acude al centro de salud por ingerir hace 8 horas, de forma intencionada con ideación autolítica, tras discusión con su padre, 20 grs de paracetamol. Como único síntoma presenta disconfort abdominal. Se realiza exploración completa y ECG sin alteraciones. Se realiza lavado gástrico que resulta inefectivo y se administra carbón activado. Al tratarse de una dosis potencialmente tóxica se traslada a Urgencias Hospitalarias. En el hospital se encuentra estable con exploración normal. Se calcula la dosis ingerida, 400mg/Kg, siendo potencialmente tóxica por encima de 150mg/kg. Se solicita ECG, gasometría venosa y analítica con hemograma, perfil hepático y renal, coagulación y niveles de paracetamol en sangre, siendo

normales a excepción de los niveles de paracetamol que se encuentran en niveles tóxicos, según el Normograma de Rumack-Matthew. Ingresa en Observación. Se inicia perfusión i.v. de N-acetilcisteína según protocolo y se realiza interconsulta a Psiquiatría para valoración, que decide seguimiento ambulatorio. Durante su estancia en Observación se realizan controles analíticos seriados en los que se objetiva el descenso progresivo de los niveles de paracetamol en sangre, permaneciendo en niveles tóxicos durante 24 horas, pero sin otras alteraciones analíticas, siendo dada de alta tras valores indetectables de paracetamol en sangre y en ausencia de sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración física completa
- Pruebas complementarias: ECG, analítica completa con niveles de paracetamol, gasometría venosa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ingesta medicamentosa con intención autolítica.

Diagnóstico diferencial

No requiere.

Comentario final

Ante una ingesta de paracetamol se debe prestar especial atención a la dosis ingerida y al tiempo desde la ingesta puesto que la actitud terapéutica depende de ello. En este caso no era preciso realizar el lavado gástrico y el uso carbón activado se reserva para situaciones en las que hayan transcurrido menos de dos horas desde la ingesta. Sería también importante trabajar la esfera global del paciente, donde se incluye la salud mental, desde Atención Primaria, fundamental para la prevención de este tipo de situaciones.

Bibliografía

- L. Doval Oubiña, T. López Fernández, A. Cruz Landeira. *Intoxicaciones por fármacos. En: M.J. Vázquez Lima, J.R. Casal Codesido. Guía de Actuación en Urgencias. 5ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. p.761-773.*

778/348. EL PELIGRO DE LA ANTICOAGULACIÓN.

Autores:

Díaz-Crespo Mora, B.¹, Sanchez Vicente, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga

Descripción del caso

AP: FRCV: HTA, DL, Incontinencia urinaria, Sd. depresivo, TVP superficial anticoagulada con heparina desde 02/02/2024. Tto habitual: simvastatina 20 mg, telmisartán 40 mg/amlodipino 5 mg/hidroclorotiazida 25 mg, mirtazapina 15 mg, lorazepam 1 mg, bisoprolol 2,5mg, Tinzaparina 1 inyección subcutánea cada 24 horas durante 45 días.

Mujer de 77 años que acude a su MAP por dolor en MI izq con la pierna enrojecida. Se realiza Eco Doppler en consulta y se evidencia TVP superficial y se decide anticoagular con HBPM a dosis terapéutica. 10 días después acude a SUH por sensación de palpitaciones de 3 días de evolución y se realiza ECG donde se evidencia FA a 140 lpm. Al estar la paciente anticoagulada se decidió CV farmacológica con Amiodarona.

Exploración y pruebas complementarias

ACP: Rítmica. MVC.

CTE TA 141/61; FC 120-130; SAtO2 97% Basal

AS: Hb 11.7, PlaQ 199000, Leucocitos 3850 con fórmula normal.

Coagulación en rango. DD 535

Glu 147, CR 0.69, FG 84, Na 143, K 3.3, Cl 111

PCR 13.7, Troponina 44.8

proBNP 2648

Rx Tórax con portatil se objetiviza ICT >0.5. No pinzamiento de senos ni presencia de consolidaciones

ECG: Fa a 140 lpm

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fa de data incierta

Diagnóstico diferencial

FA

Flutter auricular

Infarto Agudo de miocardio

Comentario final

En los pacientes con FA lo primero que debemos de preguntar e incidir es en el tiempo que lleva con ese dolor torácico o sensación de palpitaciones ya que di-

fiere el tratamiento (<48h control ritmo y >48h control de frecuencia) . Por otra parte debemos fijarnos en la anticoagulación ya que en este caso la paciente no estaba correctamente anticoagulada para la realización de un control de ritmo sino que se debería haber realizado control de frecuencia.

Bibliografía

- LUIS JIMENEZ MURILLO;F.J. MONTERO PEREZ. *MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS . GUÍA DIAGNÓSTICA Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN.VI Ed. ELSEVIER.2018*

778/349. ¿SE PUEDE MORIR DE SIDA?

Autores:

Romero Carrillo, S.¹, Recio Ramírez, J.², Arévalo León, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

* Motivo de consulta: mujer de 44 años UDVP, acude a urgencias extrahospitalarias por deterioro general progresivo con somnolencia y debilidad. Reciente ingreso por síndrome de reconstitución inmune tras el inicio de TAR. Dificultad para tolerar la vía oral.

* Antecedentes personales de:

Epilepsia sin crisis ni tratamiento actual.

Enfermedad de Crohn.

Infección por VIH (diagnóstico en enero 2024, grupo C de los CDC (SIDA))

LMP prominentemente derecha con parálisis total de MSI, paresia MII, alteración del equilibrio. Cuadro complicado con LMP-IRIS tras el inicio del TAR (2024).

Esofagitis candidiásica (2024).

IQ: apendicetomía. Portadora de Essure.

Exploración y pruebas complementarias

* Exploración física: mal estado general. Somnolienta, apertura ocular con estímulo verbal. Eupneica en reposo. Bien perfundida e hidratada. Hemodinámicamente estable.

ACR: Tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos. Buen murmullo vesicular bilateral.

Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin masas ni megalias. Sin signos de peritonismo. Murphy negativo, Blumberg negativo.

MMII: sin edemas.

Se revisan analíticas previas:

* Análisis de líquido cefalorraquídeo: proteínas totales (LCR) 83,0 mg/dL (15,0 - 45,0), mononucleares (porcentaje; LCR) 100%.

Virus JC, detección ADN (LCR) Positivo

Virus de la inmunodeficiencia humana 1, cuantificación ARN (LCR) 25700 copias/mL

* Análisis de sangre: hemograma, bioquímica y coagulación: normales.

Inmunofenotipo y subpoblaciones: linfocitos CD3+CD4+: 203x 1/μL (500 - 1400), linfocitos CD3+CD8+: 1092x 1/μL (250 - 1000), linfocitos CD3-CD16+CD56+ (células NK; recuento) 107x 1/μL (50 - 500), cociente linfocitos T4/T8 0,19 (ratio 1,50 - 2,00)

Proteínas específicas: cadenas kappa libres 8,61mg/dL (0,33 - 1,94)

Inmunología general: inmunoglobulina G: 2302mg/dL (650 - 1600), inmunoglobulina M: 627mg/dL (50 - 300)

Marcadores tumorales: antígeno SCC: 1,60ng/mL (0,00 - 1,50)

Dada la fragilidad de la paciente, se decide contactar con Cuidados Paliativos y comienza seguimiento multidisciplinar.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

SIDA

Diagnóstico diferencial

VIH/SIDA

Comentario final

Importancia del seguimiento por parte del Médico de Familia para diagnóstico precoz, así como del apoyo de las Urgencias Extrahospitalarias para asegurar al paciente en situación terminal un cuidado multidisciplinar coordinado con Cuidados Paliativos, Enfermería de Enlace, Enfermería y Trabajadora social, que aseguren la muerte digna al paciente.

Bibliografía

- HARRISON. *PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA (21ª ED.)*

778/350. ABORDAJE DIFERENCIAL DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: ASMA VS. ESTENOSIS SUBGLÓTICA.

Autores:

García Vélez, B.¹, Morales García, A.², García Vélez, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General de Villalba. Collado Villalba. Madrid

Descripción del caso

Mujer de 22 años. No refiere alergias a medicamentos ni a sustancias o materiales sanitarios, sin antecedentes patológicos conocidos. No hábitos tóxicos.

Desde hace 3 meses refiere disnea y ruidos respiratorios. El esfuerzo y la risa no le desencadenan tos.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración buen estado general. Eupneica en reposo manteniendo saturación de oxígeno 99% sin aportes. A la auscultación cardiopulmonar se aprecia corazón rítmico a 100 lpm con buena ventilación pulmonar con estridor inspiratorio y sibilancias espiratorias.

Se realizó radiografía de tórax sin hallazgos.

Tras tratamiento con inhaladores refiere escasa mejoría por lo que se realiza espirometría con los siguientes resultados: FVC 102%; FEV1 80%; Tff 68%; MMEF 51%. Test de broncodilatación Negativo. Plato inspiratorio/espiratorio.

Se derivó a consultas de Neumología y se solicitó TAC de tórax y cuello que se describió como normal apreciándose ligero estrechamiento de luz subglótica. Tras repetir espirometría y confirmar mismo hallazgo, se solicitó Broncoscopia que, finalmente, confirmó estenosis en zona subglótica que provocaba una obstrucción concéntrica del 50% de la luz traqueal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Asma Bronquial Persistente

Estenosis laringo-traqueal.

Diagnóstico diferencial

Asma Bronquial Persistente

Estenosis vía aérea superior

Comentario final

El retraso en el diagnóstico de la estenosis laringotraqueal puede afectar a un gran número de pacientes, provocando un aumento de la morbilidad respiratoria.

Este caso nos recuerda que la estenosis subglótica debe ser sospechada ante el diagnóstico de asma refractaria al manejo. Ambas condiciones pueden presentarse con síntomas respiratorios similares, lo que subraya la importancia de realizar una evaluación exhaustiva para diferenciar entre ellas.

Mientras que el asma se caracteriza por una obstrucción reversible de las vías respiratorias, la estenosis subglótica implica un estrechamiento anatómico de la vía aérea que puede no ser completamente reversible.

En resumen, este caso destaca la importancia de una evaluación completa y multidisciplinaria en el diagnóstico diferencial de asma y estenosis subglótica, lo que permite proporcionar el tratamiento más efectivo y mejorar la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

- *Asthma: Diagnosis, Monitoring and Chronic Asthma Management* por Global Initiative for Asthma (GINA)
- *Pediatric Airway Surgery* por Paolo Campisi, Steven Goudy, Reza Rahbar.
- *Pediatric Respiratory Medicine* por Lynn M. Taussig, Louis I. Landau.

778/352. LA IMPORTANCIA DEL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO Y EFECTOS DEL COVID 19.

Autores:

Romero Padilla, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 63 años

Estado basal: IABVD. Vive con su hijo. No sale de casa por miedo desde el Covid. No deterioro cognitivo.

NAMC.

H. tóxicos: FUMADORA ACTIVA 12 CIG/DIA. NO ALCOHOL.

AP:

DMNIDP desde hace 7-8 años.

HTA desde hace 20 años con buenos controles.

DLP.

SDME DEPRESIVO en tratamiento desde 7-8 años.

IQ: HERNIA UMBILICAL 2014. HISTERECTOMIA por miomas.

Tratamiento habitual: SERTRALINA 50MG/24horas , PLUSVENT(Salmetero/fluticanososa)/12horas no suele usarlo pero estos ultimos 5-6 dias. OMEPRAZOL 20MG/24horas, VALSARTAN 160MG / AMLODIPINO 10MG / HIDROCLOROTIAZIDA 12,50M/24horas, VILDAGLIPTINA 50MG / METFORMINA 1G/24hs.

EA: disnea de reposo desde ayer. Refiere tos y mocos desde el 20 de Enero sin fiebre. Espectoracion blanquecina. Uso de romilar y pluvent 3-4 veces al dia. Disnea progresiva hasta hacerse de reposo. No dolor torácico ni clínica de otro tipo.

Exploración y pruebas complementarias

disneica al hablar, bien perfundida, afebril. TA 129/67. Sat 92%.

Analitica: Creatinina 5,24 (FG 8)/K 4,6, pH 7,37/bic 20,8 (EB -3,8), Hb 7,6, proBNP 25500, troponina 1729.

ECG: RS HBAI, tr conducción de rama derecha, PR en el limite de la normalidad. No alteraciones del ST-onda T de isquemia aguda.

Rx tórax: cardiomegalia con redistribución vascular perihiliar compatible con edema agudo de pulmón

Ecografía abdominal: coleditiasis, atrofia renal derecha, derrame pleural basal bilateral.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

SCASESt. KILLIP IV.

Insuficiencia cardiaca congestiva

Insuficiencia renal crónica

Diabetes mellitus de larga evolucion

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia descompensada

Tromboembolismo pulmonar

Nefropatía diabética

Comentario final

Con este caso se pone lo manifiesto la importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular y las consecuencias que la pandemia ha agravado por el miedo a salir a la calle. Ante una paciente mal controlada que ya decide de no salir por miedo al covid.

Bibliografía

- *Diabetes, heart failure, and renal dysfunction: The vicious circles.* Braunwald E. *Prog Cardiovasc Dis.* 2019 Jul-Aug;62(4):298-302.
- *Acute Decompensated Heart Failure in the Setting of Acute Coronary Syndrome.* Harrington J, Jones WS, Udell JA, Hannan K, Bhatt DL, Anker SD, Petrie MC, Vedin O, Butler J, Hernandez AF. *JACC Heart Fail.* 2022 Jun;10(6):404-414
- *Post-Myocardial Infarction Heart Failure.* Bahit MC, Kochar A, Granger CB. *JACC Heart Fail.* 2018 Mar;6(3):179-186.

778/354. PACIENTE CON DISNEA AGUDA.

Autores:

Vera Rubio, G.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 35 años, sin antecedentes personales de interés, salvo un esguince de tobillo hace dos semanas, tratada con un yeso. Acude a urgencias por dolor en el pecho que se intensifica con la inspiración profunda, disnea, tos y expectoración hemoptoica desde hace 24 horas. Al examinarla, se encuentra taquipneica y con cianosis acra. TA 120/70 mmHg y SpO2 91%. Auscultación cardiorrespiratoria sin alteraciones. No edemas en las extremidades.

Exploración y pruebas complementarias

La gasometría revela una alcalosis respiratoria con dímero-D elevado (5430 ng/mL). ECG: taquicardia sinusal 108lpm, sin alteración de la repolarización. La radiografía de tórax muestra un área de densidad incrementada en la base pulmonar derecha, con forma triangular y extenso contacto con la pleura, lo que indica un infarto pulmonar.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

La presencia del dolor en el costado de características pleuríticas, disnea y hemoptisis sugiere la posibilidad de un tromboembolismo pulmonar, una hipótesis respaldada por la radiografía de tórax que muestra signos de un infarto pulmonar. El inicio del proceso diagnóstico implica reconocer los factores de riesgo, mantener

un elevado nivel de sospecha basado en síntomas y signos, y emplear protocolos que evalúen la probabilidad clínica. Un factor de riesgo notable es la inmovilización prolongada sin haber recibido tratamiento preventivo con heparina.

Diagnóstico diferencial

Neumonía; Insuficiencia cardíaca congestiva; Neumotórax; Infarto agudo de miocardio; Costocondritis; EPOC; Asma; Infarto agudo de miocardio.

Comentario final

La paciente presenta un tromboembolismo pulmonar estable, evidenciado por la ausencia hipotensión arterial, sin necesidad de soporte inotrópico ni signos de hipoperfusión. En pacientes estables, la angio-TC con contraste es la prueba de elección, ya que está ampliamente disponible, es de adquisición rápida, tiene gran seguridad diagnóstica y permite al mismo tiempo realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades con clínica similar. Según el modelo de Wells simplificado, esta paciente tiene una puntuación de 4; y según la versión simplificada (sPESI) un riesgo intermedio-bajo, por lo que podría tratarse ambulatoriamente o en planta de hospitalización convencional.

Bibliografía

- R.A. Douma, I.C. Mos, P.M. Erkens, et al. Prometheus Study Group Performance of 4 clinical decision rules in the diagnostic management of acute pulmonary embolism: a prospective cohort study. *Ann Intern Med*, 154 (2011), pp. 709-718

778/356. HIPO PERSISTENTE: A PRO- PÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Domingo Rubio, M.¹, García Rodríguez, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería

Descripción del caso

Paciente de 71 años que acude a consulta de Atención Primaria por presentar un hiipo persistente desde hace 6 meses. Además, refiere que se encuentra en seguimiento por parte de Medicina Interna por infecciones respiratorias recurrentes y disfagia. No refiere otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Le realizamos una exploración física completa, y además, solicitamos una analítica sanguínea completa, una radiografía de tórax y un electrocardiograma, todas las pruebas dentro de la normalidad. Posteriormente se amplió el estudio con un TAC cérvico-toracoabdominal, una endoscopia digestiva alta y una RM cerebral. Los dos únicos hallazgos que se encontraron dentro de estas últimas pruebas fue la existencia de una hernia hiatal (hallazgo en TAC abdominal) y una esofagitis eosinofílica confirmada por biopsia, muestra recogida durante la endoscopia digestiva alta.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

La posible causa del hiipo dado los resultados de las pruebas complementarias: hernia hiatal y esofagitis eosinofílica.

Diagnóstico diferencial

Reflujo gastroesofágico

Hernia hiatal

Esofagitis eosinofílica

Infección o malformación a nivel del SNC

Tumores

Comentario final

El hiipo una contracción espasmódica, intermitente e involuntaria del diafragma y de los músculos intercostales. Normalmente son autolimitados, muy común que dure menos de 48h. No tienen repercusión clínica y no suele ser un motivo de consulta.

Sin embargo, a veces el hiipo persiste en el tiempo repercutiendo en la calidad del paciente, motivo que les lleva a consultar.

Por ello, resulta la necesidad de reafirmar la labor del médico de familia como primer responsable del diagnóstico y tratamiento, y para ello es importante hacer una historia clínica detallada, una minuciosa exploración física y pruebas complementarias dirigidas.

Bibliografía

- Lembo AJ, Arosón M, Givens J. *Hipo*. 2022 Aug 8;:1-27.
- Alfaro E, Canamares P, Remacha B. *Protocolo diagnóstico y terapéutico del hiipo persistente*. 2020;13(3):163-166.
- Rodríguez JL, Arévalo J. *Green Book: Diagnóstico y Tratamiento Médico*. ; 2023.

- Steger M, Scheenemann M, Fox M. Systemic review: the pathogenesis and pharmacological treatment of hiccups. 2015 Aug 25;;9(42):1037-50.
- Murillo MC. Actitud ante un paciente con hipo en Atención primaria. 2006;32(5):233-236.

778/365. DESAFIANDO LO CONVENCIONAL: SÍNDROME DE HIPER-IGM EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Rodríguez González, D.¹, Garrido Garrido, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 32 años que acude tras cambio de cupo a su Médico de Familia por cuadro de infección respiratoria de tracto superior con tos, congestión nasal y dolor de garganta.

En sus antecedentes llama la atención la historia de infecciones bacterianas y virales desde la infancia (otitis, sinusitis, amigdalitis, así como mononucleosis y herpes). Además, el paciente refiere diarrea acuosa de meses de evolución, no relacionados con cambios en la dieta ni con otra sintomatología. Finalmente, menciona fatiga persistente que ha afectado su calidad de vida en las últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: hipertrofia amigdalar sin exudado, adenopatías cervicales de características reactivas y leve hepatoesplenomegalia, no dolorosa. No otros hallazgos.

Se solicita analítica completa con hemograma, bioquímica y proteinograma donde se muestran niveles elevados de inmunoglobulina M (IgM) y niveles bajos de inmunoglobulina G (IgG) e inmunoglobulina A (IgA). Función hepática y renal normales. Basándose en estos hallazgos, se sospecha de un síndrome de hiper-IgM y se deriva a Consulta Rápida de Medicina Interna dada la imposibilidad de derivar a Inmunología-Genética desde AP, confirmándose el diagnóstico tras estudio genético.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se inicia profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol y se cita en Hospital de Día para administración de inmunoglobulina intravenosa. Además, se dan recomen-

daciones para evitar nuevas infecciones. Se programa seguimiento regular para evaluar la respuesta al tratamiento y monitorizar la progresión de la enfermedad.

Comentario final

El síndrome de hiper-IgM es una enfermedad genética rara caracterizada por niveles elevados de IgM y deficiencia de otras clases de inmunoglobulinas que se debe a mutaciones en genes que codifican para proteínas necesarias para la maduración de células B, lo que resulta en una respuesta inmunitaria comprometida. El tratamiento se centra en el manejo de las infecciones recurrentes y la profilaxis antibiótica para prevenir complicaciones. El pronóstico varía según la gravedad de las infecciones y la respuesta al tratamiento inmunosupresor.

Bibliografía

- Dunn CP, de la Morena MT. X-Linked Hyper IgM Syndrome. 2007 May 31 [updated 2020 Feb 20]. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJM, Gripp KW, Amemiya A, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2024. PMID: 20301576.

778/366. "NO TODO ES URTICARIA".

Autores:

Ruíz Granada, D.¹, Alcayde Perea, L.², Asensio Sánchez, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla

Descripción del caso

Paciente varón de 45 años, con alergia a amoxicilina e ibuprofeno como antecedentes de interés, acude a consulta de su médico de familia por aparición de lesiones en ambas piernas de unos 4 días de evolución. El paciente atribuye las lesiones a posible alergia a un pantalón. Refiere haber tenido otras veces lesiones urticariales. Como antecedente destaca cuadro gripal 8-10 días antes por el que realizó tratamiento con Cefuroxima. Niega otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza una exploración física completa del paciente, encontrando lesiones compatibles con púrpura palpable en ambos miembros inferiores.

Se deriva con carácter urgente a dermatología que realiza biopsia de la lesión e inicia tratamiento con Prednisona.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Vasculitis leucocitoclástica (toxicodermia) vs Púrpura de Schölein-Henoch

Diagnóstico diferencial

Urticaria aguda

Dermatitis

Vasculitis leucocitoclástica

Púrpura de Schölein-Henoch

Comentario final

Es muy importante una buena anamnesis y exploración del paciente, ya que, aunque lo más frecuente en este caso es la aparición de un exantema secundario a un medicamento, hay otro tipo de causas menos probables pero más graves que sólo podemos diagnosticar con una buena exploración física.

Bibliografía

- *Saulsbury FT. Henoch-Schönlein purpura. Curr Opin Rheumatol. 2010 Sep;22(5):598-602. doi: 10.1097/BOR.0b013e32833af608. PMID: 20473173. Fraticelli P, Benfaremo D, Gabrielli A.*
- *Diagnosis and management of leukocytoclastic vasculitis. Intern Emerg Med. 2021 Jun;16(4):831-841. doi: 10.1007/s11739-021-02688-x. Epub 2021 Mar 13. PMID: 33713282; PMCID: PMC8195763.*

778/367. LA IMPORTANCIA DE LA AUSCULTACIÓN.

Autores:

Ruíz Granada, D.¹, Tejero Carmona, E.², Asensio Sánchez, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 20 años, sin antecedentes de interés, acude a consulta de atención primaria por clínica compatible con cuadro respiratorio de vías altas, el paciente presenta tos, mucosidad, fiebre termometrada en las

últimas 48h y astenia. No dificultad respiratoria ni otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Se comienza con la auscultación del paciente, en la que encontramos crepitantes en campo medio del pulmón derecho, con buena ventilación y ausencia de ruidos patológicos en el resto del pulmón. El paciente presenta una saturación del 96% y una frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto. La exploración otorrinolaringológica es normal.

Dado el hallazgo en la auscultación se solicita radiografía de tórax que muestra condensación en dicha región compatible con neumonía aguda de la comunidad

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumonía aguda

Diagnóstico diferencial

Neumonía

Bronquitis

Hiperreactividad bronquial

Insuficiencia cardiaca

Comentario final

El paciente fue tratado con antibioterapia y se realizó radiografía de control, produciéndose una remisión completa.

En este caso clínico se demuestra la importancia de una exploración completa y dirigida según los síntomas del paciente. Debido a la época de máxima incidencia de gripe y coronavirus, unido a este caso que nos muestra un paciente joven sin ningún antecedente ni patología de interés, puede llevarnos al diagnóstico de cuadro respiratorio de vías altas, omitiendo la exploración, por tanto, siempre hay que realizar un abordaje integral del paciente.

Bibliografía

- *Bertrand Z F, Segall K D, Sánchez D I, Bertrand N P. La auscultación pulmonar en el siglo 21 [Lung auscultation in the 21st century]. Rev Chil Pediatr. 2020 Aug;91(4):500-506. Spanish. doi: 10.32641/rchped.v91i4.1465. Epub 2020 Aug 24. PMID: 33399725.*

778/369. MANEJO NUTRICIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: ABORDAJE DE LA DISFAGIA POST-EXTUBACIÓN.

Autores:

Rodríguez González, D.¹, García García, A.², Garrido Garrido, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Dietista. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Una mujer de 76 años que acude a su médico de Atención Primaria (MAP) refiriendo afonía y dificultad en la deglución tras intubación orotraqueal bajo anestesia general por cirugía programada abdominal. La paciente comenta que desde la extubación ha tenido dificultad para tragar tanto alimentos sólidos duros y líquidos, lo que ha desembocado en una disminución de la ingesta total de alimentos (< 25%). La paciente refiere una pérdida involuntaria de peso no cuantificada y apetito, niega otros síntomas gastrointestinales significativos.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza exploración física completa, medidas antropométricas (talla, peso, circunferencia pantorrilla y brazo) y Mini Nutritional Assessment (MNA) (16 puntos) con resultado de malnutrición. Se solicita analítica con hemograma, bioquímica que incluye proteínas totales y colesterol.

Dada la sospecha de disfagia orofaríngea secundaria a parálisis de cuerda vocal postextubación se deriva a consultas de Otorrinolaringología para confirmar diagnóstico y se realiza el Eating Assessment Tool cuyo objetivo es conocer su dificultad para tragar siendo el resultado > 3 puntos, por lo que puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Disfagia post-extubación

Comentario final

Debido a la imposibilidad de realizar el test de MECV-V en Atención Primaria, se inicia un plan de manejo nutricional: dieta modificada con alimentos blandos/jugosos y líquidos a viscosidad néctar y, a su vez, se inicia nutrición enteral oral con suplemento hiperproteicos e hipercalóricos con fibra para asegurar una ingesta adecuada de nutrientes debido a la desnutri-

ción, falta de apetito y baja ingesta. Se pauta espesante para los líquidos.

Se proporciona educación sobre técnicas de alimentación segura y se recomienda evitar alimentos que puedan provocar aspiración. Se programa seguimiento regular para monitorizar la respuesta al tratamiento y ajustar el plan de manejo según sea necesario.

Discusión:

La disfagia es una patología relativamente frecuente en Atención Primaria y su manejo nutricional supone un reto en nuestra práctica diaria.

Idealmente, la colaboración interdisciplinar entre Atención primaria, Otorrinolaringólogos, Endocrinos y Dietistas-Nutricionistas es esencial para un enfoque integral y efectivo en el tratamiento de la disfagia post-extubación.

Bibliografía

- Muñoz Alcalde S, Rodríguez Rodríguez R, Belinchón Ricote M. Guía de disfagia. SciELO 11. 2020. 18636–2019 p.

778/370. TBC PLEURAL EN PACIENTE JOVEN EUROPEO.

Autores:

Suárez Vega, A.¹, Machín Castellano, R.², Pedregal González, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva

Descripción del caso

Varón, 23 años, caucásico. Fumador 5 cigarros/día, no antecedentes personales de interés. Acude a urgencias hospitalarias por clínica respiratoria (Dolor en hemitórax derecho a la inspiración profunda y al decúbito y febrícula) sin encontrarse ninguna anomalía clínica, analítica o radiológica. A los 5 días acude a su médico de familia (MF) por empeoramiento del cuadro clínico, asociando pérdida ponderal en las últimas dos semanas de 8kg.

Exploración y pruebas complementarias

En urgencias:

TA: 132/87mmHg SatO2: 99% Tª: 36,3°C FC: 66lpm

Auscultación cardiopulmonar: normal

Analítica: Sin anomalías

Radiografía de Tórax Sin anomalías

En consulta de Médico de Familia:

TA: 135/86mmHg SatO₂: 97% FC: 105lpm

Auscultación cardiopulmonar: Disminución del murmullo en base derecha y crepitantes

Radiografía de Tórax: Infiltrado en base derecha y derrame pleural ipsilateral.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumonía y derrame pleural a estudio

Diagnóstico diferencial

Neumonía bacteriana vs empiema vs Tuberculosis

Comentario final

Se decide comenzar con tratamiento con Amoxicilina clavulánico con mejoría del cuadro clínico, no así el radiológico por lo que se realiza Mantoux siendo este positivo. Posteriormente se realizan 3 baciloscopias negativas y se deriva a la consulta rápida de Neumología donde realizan ecografía y toracocentesis llegando al diagnóstico de Tuberculosis pleural. Tras realizar tratamiento con cuádruple terapia dirigida durante 2 meses presentó mejoría clínica y radiológica. Actualmente en tratamiento con rifampicina e isoniazida 4 meses más. Este caso se ejemplifica la necesidad de estudio del derrame pleural a pesar de la mejoría clínica del paciente.

Bibliografía

- Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguera-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Rev Esp Sanid Penit [Internet]*. 2015. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51575-06202015000100002
- Bielsa S, Acosta C, Pardina M, Civit C, Porcel JM. Derrame pleural tuberculoso: características clínicas de 320 pacientes. *Arch Bronconeumol [Internet]*. 2019;55(1):17-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2018.04.014>

778/373. NO TODO ES LO QUE PARECE.

Autores:

Álvarez López, I.¹, Gómez Quevedo, L.², Rodríguez Palacios, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorón. Écija. Sevilla,

(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorón. Écija. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla

Descripción del caso

Mujer 80 años. Hipertensión arterial. Acude por dolor costal izquierdo de una semana de evolución que no impresiona de perfil mecánico ni mejora tras la toma de antiinflamatorios. Se deriva a hospital de referencia para pruebas complementarias. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración por aparatos anodina.

Pruebas diagnósticas: Analítica: Hb 9.4 g/dl (previa 12 g/dl), Creatinina 3.31 mg/dl (previa 0.6 mg/dl). Ecografía abdominal: sin signos de nefropatía médica ni uropatía obstructiva.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Insuficiencia renal aguda pararenquimatosa.

Diagnóstico diferencial

Vascular (vasculitis, ateroembolismo colesterol, trombosis venosa renal...), Glomerular primaria o secundaria, Tubular (Necrosis tubular aguda), Túbulo intersticial.

Comentario final

ras no mejoría en urgencias de cifras de función renal, se contacta con Nefrología que sospecha Necrosis tubular aguda secundaria a antiinflamatorios no esteroideos. No obstante, solicitan nueva analítica: VSG 51 mm/h, Ácido úrico 8,3 mg/dL, PTH 116pg/ml, Inmunoglobulina M 9 mg/dl, alfa-1-globulina 6.3 %, alfa-2-globulina 17.3 %, Cadenas lambda libres 327 mg/dL y se realiza una biopsia con resultado de anatomía patológica: riñón de mieloma con depósito de cadenas lambda. Pendiente de cita con Hematología para valoración y tratamiento.

Bibliografía

- Ibáñez Moreno JA, Bacca González JM, Taborda Murillo A, Ospina Ospina S, Arias LF. Compromiso renal en gammopatías monoclonales [Renal involvement in monoclonal gammopathies]. *Rev Esp Patol*. 2022 Jan-Mar;55(1):4-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34980439/>
- Naya Cendón C, Suarez Abelenda S. Insuficiencia renal aguda. *Fisterra*. A Coruña. 2018. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/insuficiencia-renal-aguda/>

778/374. A PROPÓSITO DE UN CASO: DOCTORA, TENGO UN BULTO EN EL LABIO.

Autores:

Carmona Pérez, I.¹, Martínez Díaz De Argandoña, C.², Morón Rubio, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla,
(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 38 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a consulta refiriendo desde hace 2 meses lesión de crecimiento progresivo y fácil sangrado en labio inferior. No reconoce traumatismo.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta en unión de bermellón y labio inferior tumoración de 1,8 cm con ulceración central. No adenopatías locorregionales palpables.

Dermatoscopia: ausencia de retículo, telangiectasias arboriformes, ulceración central.

Se realiza teleconsulta a la unidad de dermatología, confirmando la sospecha diagnóstica. Se valora el paciente en consultas de dermatología con derivación preferente a cirugía plástica. Se procede a extirpación mediante escisión de la lesión y márgenes de seguridad con toma de biopsia, realizando reconstrucción mediante colgajo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma basocelular de rápido crecimiento.

Diagnóstico diferencial

Carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, lago venoso, mucocele.

Comentario final

Las lesiones dérmicas constituyen una de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria.

Durante la exploración, debemos ser rigurosos a la hora de la valoración, descartando los criterios de malignidad descritos en las reglas de ABCD y Soyer para cáncer cutáneo melanoma. Tras descartarlo, debemos ampliar el diagnóstico diferencial a cáncer cutáneo no melanoma, en los que debemos detectar carcinoma

basocelular y espinocelular. La dermatoscopia es una herramienta imprescindible para llevar a cabo dicho diagnóstico, dado que podremos evidenciar los patrones típicos de cada una de las lesiones. En el caso del carcinoma basocelular, destaca la ausencia de retículo pigmentado típico, telangiectasias arboriformes, nidos ovoides, y ulceración.

El carcinoma basocelular es un cáncer cutáneo frecuente que surge de la capa basal de epidermis, presentando un bajo poder metastásico. Clásicamente, estos tumores se han denominado epitelomas, no obstante, el término carcinoma es adecuado dado que son localmente invasivos, destruyendo piel y estructuras adyacentes. La explosión al sol, radiaciones ionizantes o estados de inmunosupresión, entre otros, pueden aumentar el riesgo de padecerlo. El tratamiento de elección consiste en la escisión quirúrgica, no obstante, existe tratamiento de segunda línea como terapias tópicas farmacológica, terapia fotodinámica o crioterapia que dependerán de la lesión.

Bibliografía

- Álvarez-Salafranca M, Ara M, Zaballos P. Dermoscopy in Basal Cell Carcinoma: An Updated Review. *Actas Dermosifilogr (Engl Ed)*. 2021;112(4):330-338.

778/375. A PROPÓSITO DE UN CASO: MIOCARDIOPATÍA VIRAL.

Autores:

Gallego Martínez, J.¹, Garrido Garrido, R.¹, Rodríguez González, D.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 19 años sin antecedentes Personales de interés que acude a nuestra consulta por presentar desde hace 6h, dolor centrotorácico opresivo, irradiado a brazo izquierdo sin náuseas. Niega cortejo vegetativo, así como que el dolor no se modifica con los movimientos.

Niega consumo de tóxicos.

Comenta la madre que 3 días presentó cuadro gastrointestinal con diarrea y vómitos.

Exploración y pruebas complementarias

Tº 36 TA 100/65 Eupneico al reposo.

Electrocardiograma (EKG). Ritmo Sinusal a 79lpm, PR <0,2ms, QRS < 0,12ms, signos de repolarización precoz, no elevación del ST.

Ecografía Transtorácica (ETT): Contractilidad conservada, hiperrefringencia saco pericárdico sin signos de derrame pericárdico.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pericarditis

Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario

Miopericarditis

Neumotorax

Osteocondritis

Diseccción Aórtica

Ansiedad

Comentario final

El paciente fue derivado a Urgencias, previamente se realizó en consulta una ETT para descartar líquido pericárdico que pudiese dar lugar a un taponamiento cardíaco durante el traslado.

En urgencias se volvió a realizar nuevo EKG donde se observaron cambios eléctricos no presentes durante nuestra valoración y que por la morfología de los mismos, comenzaban a orientar la patología del mismo con elevación del ST ligeramente cóncava y un primer control de troponinas con elevación hasta 1679, que en contexto orientaba a miopericarditis.

También se realizó radiografía de tórax descartando cardiomegalia o signos de insuficiencia cardíaca y paso la noche monitorizado descartando, de esta forma, arritmias.

Aunque son 2 entidades a priori muy similares, el tratamiento de pericarditis y miopericarditis es muy diferente puesto que en primera instancia, en el caso de las últimas se prefiere paracetamol en lugar de AINE ya que en recientes estudios en modelos animales, se ha visto que aumenta la mortalidad.

Finalmente el paciente ingreso en planta de Medicina Interna y en la Resonancia Cardíaca se confirmó el diagnóstico de miopericarditis.

Bibliografía

- *Capítulo 31. Enfermedades del pericardio y miocardio. Manual de protocolos y Actuación en Urgencias y Emergencias. Quinta edición 2021.*

- *Actualización sobre miocarditis y miocardiopatía inflamatoria: el resurgir de la biopsia endomiocárdica – Revista Española de Cardiología*

- *Miopericarditis en nuestro medio: aspectos clínicos y evolutivos en una serie de casos- Elsevier*

778/377. LA HERRAMIENTA DE UN FUTURO NO MUY LEJANO.

Autores:

Rodríguez Palácios, M.¹, Álvarez López, I.², Domínguez Villatoro, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorón. Écija. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla

Descripción del caso

Mujer 50 años. Dislipemia. Talasemia menor. Quistes mamarios BIRADS 3. Acude por dolor gástrico de 6 días de evolución, junto a alteraciones menstruales. No otra sintomatología. No pérdida de peso. Afebril. Fecha última regla: 2/3/24.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: bultoma en zona hipogástrica/suprapúbica bien delimitada, de unos 8 cm de diámetro. Resto anodino.

Pruebas complementarias: Ecografía en consulta: útero en anteversión con masa heterogénea de 8 cm con captación en doppler. Ecografía reglada: Útero aumentado de tamaño con masa de morfología redondeada en su pared lateral derecha de 88 x 90 mm, bien definida y heterogénea que nos sugiere mioma. Analítica: Hemograma normal; Bioquímica normal excepto hierro 31 µg/dL y VSG 102 mm/h; Proteinograma patrón inflamatorio; Marcadores tumorales negativos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Mioma uterino

Diagnóstico diferencial

Mioma uterino, Quiste ovárico, Tumor pélvico, Linfoma, Absceso apendicular...

Comentario final

Traemos un ejemplo claro de lo importante que es la exploración en atención primaria como médicos en la pri-

mera escala del sistema sanitario. Así mismo, contar con pruebas complementarias no invasivas, como la ecografía, que poco a poco se está implantando en los centros y permitiendo un aprendizaje exponencial con su uso rutinario. Esto nos permitirá descartar patología orgánica y, facilitar en caso de su detección, una optimización de la derivación al siguiente nivel, como en nuestra paciente que fue valorada a los pocos días por Ginecología pautando tratamiento y revisiones en consultas externas.

Bibliografía

- Giménez Serrano, S. Piera Fernández, M. *Ecografía. Fisterra. Barcelona. 2020. Disponible en: <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/la-ecografia/>*
- 2. Giménez Serrano, S. Piera Fernández, M. *Miomas uterinos, qué son y cómo cuidarse. Fisterra. Barcelona. 2021. Disponible en: <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/miomas-uterinos-que-son-como-cuidarse/>*

778/379. MIOCARDIOPATIA NO COMPACTADA, DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD VS FENOTIPO.

Autores:

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

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón de 37 años, originario de Gambia, sin antecedentes familiares conocidos de miocardiopatías, bebedor importante de alcohol (cerveza), y cuadros de anemias recurrentes de perfil ferropénico. ha realizado múltiples consultas a AP por cuadros de astenia, agotamiento, y mialgias generalizadas. Fué ingresado en noviembre del 2021 por anemia grave que precisó transfusión de 7 concentrados de hemáties y hierro carboximaltosa 1.000 mg. Durante su ingreso, encontraron datos de insuficiencia cardíaca congestiva.

Exploración y pruebas complementarias

Al ingreso el día 6/11/2021, paciente eupneico, consciente, colaborador, destaca a la exploración reflejo hepatoyugular positivo, crepitantes en ambas bases, soplo sistólico en foco mitral y edema bilaterales con fovea hasta la mitad de la pierna. En la analítica, anemia grave

HB: 4,7g/dl VCM Y HCM reducidos, trombocitosis (PLT: 1.000.000), función renal, hepática normal, LDH: 361 GGT: 44 AST: 63 ALT: 209 Troponinas negativas (27), ECG: RS a 140 lpm; no alteraciones en la repolarización QRS estrecho, Rx de torax: cardiomegalia, pinzamiento de ambos senos costodiafragmáticos, no condensaciones. Debido a hallazgos en Rx de tórax y Clínica de Insuficiencia cardíaca, realizan ecocardiografía TT: miocardiopatía con hipertrofia septal, VI no dilatado con FE ligeramente reducida (47%), criterios de no compactación. Al alta recuperación de HB: 8.1 VCM: 85

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome anémico con requerimiento transfusional

Miocardiopatía no compactada

Diagnóstico diferencial

ICC, otras miocardiopatías, otras miopatías

Comentario final

Se define como miocardiopatía, la alteración funcional y estructural del músculo cardíaco, en ausencia de enfermedad coronaria, HTA, valvulopatía y cardiopatía congénita. su epidemiología es poco clara, con mayor frecuencia en raza negra y puede ser parte de trastornos sistémicos generalizados o un hallazgo fenotípico no patológico. En nuestras consultas, es frecuente que acudan pacientes con cuadros de astenia y mialgias generalizadas, difícil de filiar que pueden hacer parte de trastornos generalizados. En este caso, se realizó atención longitudinal desde Atención Primaria, coordinado con los servicios hospitalarios que permitieron un diagnóstico poco frecuente.

Bibliografía

- Leslie T, *Definition and classification of the cardiomyopathies. in UpToDate, William J (Ed), UpToDate, (Accessed on Aug 16, 2022).*
- Christine H, *Isolated left ventricular noncompaction in adults: Clinical manifestations and diagnosis. in UpToDate, William J(Ed), UpToDate, (Accessed on May 05, 2022)*

778/381. A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUMONÍA NECROTIZANTE CON MALA EVOLUCIÓN.

Autores:

Gallego Martínez, J.¹, Rivera Alonso, I.², Sánchez Medina, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 2. Ciudad Real, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 31 años con los siguientes antecedentes Personales de interés:

Asmático, trastorno antisocial de la personalidad, consumidor de tóxicos, que acude a nuestra consulta por presentar dolor costal derecho de 24h, intenso, que se acentúa con los movimientos respiratorios. Niega fiebre o disnea asociada.

Niega dolor torácico.

Niega traumatismo en días previos.

Exploración y pruebas complementarias

Tº 36 TA 100/65 Eupneico al reposo, con gestos de dolor. Visiblemente nervioso.

ACP. Rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes basales derechos y roncus aislados. Dolor a la palpación en arcos costales inferiores en cara lateral.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)

Diagnóstico diferencial

Tuberculosis

Neumotorax

Pericarditis

Fractura Costal

Osteocondritis

Ansiedad

Comentario final

Con los datos de la anamnesis y la exploración física, se solicitó una Radiografía de tórax para el día siguiente y se pautó antibioterapia empírica por fuerte sospecha de NAC. Aunque no se considera de primera opción, se optó por cubrir de manera inicial al paciente con Moxifloxacino 400mg por ser de toma única, y dadas las características del paciente, había dudas de cumplimiento con otro tipo de pautas (amoxicilina/cefditoreno+azitromicina).

Al día siguiente, volvimos a citar al paciente con la Rx realizada y observamos una lesión condensante y cavitada en su interior en lóbulo inferior de pulmón derecho compatible con neumonía necrotizante

Realizamos el CRB-65 y pese a que el resultado fue de 0, al observar la cavitación la sospecha de germen atípico era muy fuerte, por lo que derivamos al paciente a urgencias.

El paciente tardó en acudir 2 días, analíticamente destacaba una leucocitosis de 14900 con neutrofilia y una proteína c reactiva (PCR) 373.

Acabó ingresando en planta y pese a la medicación intravenosa, acabó complicándose con un empiema y absceso pulmonar que requirió de drenaje torácico.

Bibliografía

- *Neumonía adquirida en la comunidad – Fisterra*
- *Absceso pulmonar y Neumonía Necrotizante – Elsevier*
- *Necrotizing pneumonia (aetiology, clinical features and management) - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30844921/>*

778/383. ENTRE LA CONVERSIÓN Y EL ICTUS EN UNA PACIENTE CON FIBROMIALGIA Y DEPRESIÓN.

Autores:

Castro Torres, M.¹, Rodríguez Palácios, M.², Navarro Guerra, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Fuentes de Andalucía. Fuentes de Andalucía. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Fuentes de Andalucía. Fuentes de Andalucía. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 76 años, con prótesis mitroaórtica. Depresión. Fibromialgia. En tratamiento con venlafaxina y acenocumarol. A las 11am sufre cuadro de hemiparesia izquierda, de minutos de duración, quedando totalmente asintomática.

Exploración y pruebas complementarias

TA 140/90 mmHg, FC 95 lpm. Impresionaba cuadro conversivo. Trasladamos a hospital a las 13:00 para descartar ACV (accidente cerebrovascular). Al no presentar sin-

tomatología en ese momento, no priorizan su atención, siendo reevaluada a las 19:30: hemiparesia izquierda, afasia motora, hemianopsia homónima izquierda, escala NIHSS 20. Se activa código ictus. TAC craneal: oclusión M2 ACM (arteria cerebral media) derecha. INR 1,5. A las 21:30 se traslada a hospital de tercer nivel para realización de trombectomía. TAC control: área de transformación hemorrágica. Se trasladó nuevamente a hospital de referencia para continuidad de tratamiento. Días más tarde sufre empeoramiento brusco, resultando éxitus.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ictus isquémico derecho de origen cardioembólico secundario a oclusión de M2 de ACM derecha.

Diagnóstico diferencial

cuadro conversivo, ya que la paciente al inicio se encontraba totalmente asintomática y sus antecedentes así lo sugerían. También podría orientarse el diagnóstico hacia un Accidente Isquémico Transitorio (AIT), pues la paciente se recupera espontáneamente.

Comentario final

El ictus se produce por un trastorno circulatorio que altera el funcionamiento del encéfalo. La enfermedad cerebrovascular es la primera causa de mortalidad en la mujer y la segunda global en España, y la primera causa de invalidez permanente en el mundo. Un tercio de los ictus mueren durante los 6 primeros meses, y los dos tercios restantes presentan discapacidad. De ahí la importancia del tratamiento temprano, al tratarse de un proceso tiempo-dependiente. Ante la más mínima sospecha se debe actuar de manera protocolizada, teniendo en cuenta los signos de alarma, como son la hemiparesia, disartria, afasia, pérdida de sensibilidad en un hemicuerpo...

Bibliografía

- Brunser AM, Illanes S et al. Exclusion criteria for intra-venous thrombolysis in stroke mimics: an observational study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2013; 22: 1140-1145.
- Zinkstok SM et al. Safety of thrombolysis in stroke mimics: results from a multicenter cohort study. *Stroke* 2013 Apr; 44: 1080-1084.

778/384. DOCTOR, ME DUELE LA ESPALDA.

Autores:

García Martín, Á.¹, Doncel De La Cruz, T.², Bueno Navarrete, P.³

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 Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Hombre, 68 años. Antecedentes personales: diabetes mellitus II, hipertensión arterial, obesidad. Tratamiento habitual: metformina 850mg y enalapril 20mg/hidroclorotiazida 12,50mg. Jubilado. Lleva una vida sedentaria, pasa la mayor parte del día en casa. Acude a consulta refiriendo dolor de espalda desde la noche anterior. Se ha tomado un paracetamol sin mejoría, motivo por el que acude solicitando un inyectable analgésico, ya que asegura que el dolor es por llevar tantas horas sentado en el sofá.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente, colaborador, taquipneico en reposo, afebril. Destaca su enrojecimiento facial y ligera sudoración. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos con murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. Constantes. TA: 196/102 mmHg, FC: 85 lpm, SatO₂: 98%. Dolor en región interescapular, no modificable a la palpación, con los movimientos de miembros superiores ni con los movimientos respiratorios. Ante estos hallazgos, se realiza un electrocardiograma (ECG) al paciente, donde se encontró una elevación significativa del segmento ST en cara anterolateral.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCA-CEST) de presentación atípica mediante dolor de espalda.

Diagnóstico diferencial

Dolor osteomuscular

Comentario final

Tras realizar el ECG, se trasladó al servicio de urgencias, se canalizó una vía periférica al paciente, administrándose una perfusión de nitroglicerina, además de una doble carga de ácido acetilsalicílico (300mg) y clopidogrel (300mg) vía oral. Tras activarse el código infarto, el paciente fue trasladado mediante ambulancia medicalizada a su hospital de referencia. Una vez allí, y con unas cifras elevadas de troponinas medidas durante el trasla-

do, pasó a la sala de hemodinámica, donde se realizó una intervención coronaria percutánea (ICP) sobre la oclusión de la arteria descendente anterior colocando un stent. El SCA es una patología tiempo-dependiente, muy amenazante para la vida, y que requiere realizar un correcto protocolo de actuación cuando se sospecha. Los pacientes con diabetes mellitus son propensos a presentar una clínica atípica cuando presentan un síndrome coronario agudo. El electrocardiograma es una prueba fácil y rápida que debemos realizar siempre si hay sospecha de patología cardíaca.

Bibliografía

- Ye F, Winchester D, Jansen M, et al. *Assessing Prognosis of Acute Coronary Syndrome in Recent Clinical Trials: A Systematic Review. Clin Med Res 2019; 17:11.*

778/385. IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Bolívar Escobar, S.¹, Guerra Torre, A.², Jiménez Martín, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibrleón. Gibrleón. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibrleón. Gibrleón. Huelva

Descripción del caso

Paciente varón de 71 años sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 8 cigarrillos al día y hábito enólico escaso. No otros factores de riesgo cardiovascular. Hernia inguinal izquierda y prostatismo. Sin tratamiento domiciliario. Acude a consulta de su Médico de familia y comunitaria (MFyC) por presentar bultoma laterocervical izquierdo de crecimiento progresivo de tres semanas de evolución. Se realiza interconsulta con medicina interna pero, dado el crecimiento progresivo de la masa, se decide derivar al paciente a urgencias del hospital de referencia para valoración y realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Se objetiva masa no indurada de unos 7 x 5 cm no adherida a planos profundos, de localización superficial al músculo esternocleidomastoideo izquierdo. Además presentó sudoración nocturna sin disfgia ni pérdida de peso. Afebril. Constantes normales.

Exploración orofaríngea sin signos patológicos. No otra sintomatología asociada. Resto exploración normal. Se solicita radiografía de tórax con impresión de adenopatías hiliares bilaterales con aumento de la trama vascular hilar bilateral, ICT normal, sin masas, infiltrados ni derrames. Se realizó hemograma, bioquímica y coagulación sanguíneas con resultados dentro de los parámetros de la normalidad. Además de TAC de tórax y abdomen con bocio multinodular, sin extensión endotorácica ni compromiso de la vía aérea. LOEs hepáticas sugestivas de focos de hiperplasia y angiomas, nódulo cortical de tercio medio del RD de 10 mm, no presenta grasa, calcificaciones y cambia de valores densitométricos entre las dos fases, sugestivo de carcinoma renal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Adenopatía secundaria a progresión cancerosa desconocida.

Diagnóstico diferencial

Abceso de patología infecciosa. Adenopatía. Tumoraación de estirpe neural tipo schwannoma.

Comentario final

En este caso clínico ha sido crucial el papel del MFyC en el diagnóstico temprano de la patología que padece el paciente para, en la medida de lo posible, tratar de forma dirigida. En algunas ocasiones las patologías más graves no se presentan con clínicas muy claras por lo que debemos siempre observar, explorar e intentar descartar lo que a priori puede pasar desapercibido.

Bibliografía

- B. Ljungberg (Chair), L. Albiges, K. Bensalah, A. Bex (Vice-chair), et al, *Renal Cell Cancer, EAU guidelines. 2017.*

778/386. MAS ALLÁ DE LA APENDICITIS.

Autores:

Lara Rosado, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Parda. Pontevedra

Descripción del caso

Mujer de 36 años acude a consulta de medicina de familia por dolor y distensión abdominal junto con metrorragia abundante de 12 días de evolución. Nota ambas mamas a tensión. No toma anticonceptivos orales. última regla hace 2 meses. No fiebre. No clínica digestiva No otra cli-

nica acompañante. Antecedentes personales: NO AMC. Alergica a gramíneas. No antecedentes médicos de interés salvo: Antecedentes ginecológicos: reglas regulares. FUR 6/12/2023. G4P1A3 Amenorrea 6+1 semanas no usa método de barrera. Grupo sanguíneo A+ intervenciones quirúrgicas: legrado. Tratamiento domiciliario: no toma. Test embarazo positivo. Se deriva a servicio de urgencias hospitalarias para pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Tensión arterial 116/ 78 mmhg, frecuencia cardíaca 78 latidos por minuto afebril. Consciente, orientada y colaboradora. Buen estado general. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Auscultación cardíaca rítmica, no soplos. Exploración abdominal: ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, no peritonismo, no signo Murphy, puñopercusión renal bilateral negativa.

genitales externos normales. Especuloscopia: vagina bien epitelizada, cervix multipara, escasos restos hemáticos en cavidad sin sangrado activo, flujo inespecífico

Muestra de orina: rigurosamente normal

Muestra de sangre: Parámetros BHCG bioquímica, hemograma y coagulación rigurosamente normales

Ecografía abdominal: Adyacente a ovario derecho se visualiza imagen redondeada de 31x18 mm con captación doppler en corona sugestiva de gestación tubárica. No líquido en Douglas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sospecha de gestación ectópica derecha

Diagnóstico diferencial

embarazo, torsión ovarica, apendicitis

Comentario final

embarazo ectópico se define cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial.

El dolor abdominal brusco, intenso, en el hemiabdomen inferior es el síntoma más común y se presenta el 90-100% de las mujeres sintomáticas. Junto con el sangrado vaginal y la amenorrea/retraso menstrual, constituye la clásica tríada del diagnóstico clínico, aunque está presente en tan sólo el 50% de las pacientes con embarazo ectópico.

Otras manifestaciones, como la clínica gravídica o el síncope, son más inconstantes en su presentación.

Bibliografía

- Embarazo ectópico <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-13106416> DOI: 10.1016/S0304-5013(07)73202-8

778/387. RETENCIÓN AGUDA ORINA EN ADOLESCENTE.

Autores:

Lara Rosado, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Parda. Pontevedra

Descripción del caso

Mujer de 16 años acude a consulta de medicina de familia por dolor abdominal junto con la imposibilidad para la micción de 12 horas de evolución. Refiere disuria, polaquiuria y tenesmo vesical de 2 días evolución, orinando muy poco. Última micción espontánea hace 19 horas. No fiebre. No clínica digestiva. No otra clínica acompañante. Antecedentes personales: NO AMC. Alergica a gramíneas. No antecedentes médicos de interés salvo: Antecedentes ginecológicos: Premenarquia. No menarquia. Presencia de mamas desarrolladas y bello púbico. No inicio de las relaciones sexuales. No intervenciones quirúrgicas. Tratamiento domiciliario: nometasona nasal si precisa, Ketotifeno 0,1 cada 12 horas si precisa, cetirizina 10mg si precisa. No antecedentes familiares de interés. Se deriva a servicio de urgencias hospitalarias para pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Tensión arterial 116/ 78 mmhg, frecuencia cardíaca 78 latidos por minuto temperatura: 37,2 °c axilar. Consciente, orientada y colaboradora. Buen estado general. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Auscultación cardíaca rítmica, no soplos. Exploración abdominal: ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio junto con palpación de masa hipogástrica, no peritonismo, no signo Murphy, puñopercusión renal bilateral negativa. Exploración genitales externos: aspecto normal no masas. No adenopatías inguinales Se coloca sonda vesical tipo foley número 12 con salida de 800 ml de orina clara a bolsa colectora orina.

Muestra de orina: rigurosamente normal

Muestra de sangre: bioquímica, hemograma y coagulación rigurosamente normales

Ecografía abdominal: Hallazgos sugestivos de hematócolpos, descartar himen imperforado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Retención aguda de orina secundaria a hematócolpos. Amenorrea. Himen imperforado

Diagnóstico diferencial

istitis, pielonefritis.

Comentario final

El himen imperforado es la malformación más frecuente de la vagina y aparece aproximadamente en una de cada 2.000 mujeres. Se trata de un defecto embriológico en el que la vagina, que proviene del seno urogenital, no se canaliza por completo. La razón de la no perforación de esta membrana es desconocida. La paciente presentaba un desarrollo de los caracteres sexuales secundarios discordante con la amenorrea primaria. La clínica suele ser dolor abdominal cíclico asociado a una masa abdominal con retención de orina y estreñimiento.

Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-himen-imperforado50304501312002117#:~:text=El%20himen%20imperforado%20es%20la,de%20esta%20membrana%20es%20desconocida.>

778/388. ASMA, UNA PATOLOGÍA FRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

García Martín, Á.¹, Doncel De La Cruz, T.², Bueno Navarrete, P.³

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 Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Hombre de 35 años, jardinero. AP: alergia a ácaros y asma bronquial persistente. Tratamiento habitual:

desloratadina 5mg/24h, budesonida/formoterol 320/9 mcg cada 12 horas, salbutamol de rescate. Acude a consulta refiriendo tos seca diaria, dificultad respiratoria con el ejercicio y autoescucha de sibilancias desde hace dos semanas, aunque refiere que ha notado un empeoramiento progresivo desde hace más de tres meses a pesar de usar con más frecuencia los inhaladores.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, normohidratado, eupneico en reposo. Constantes. TA: 130/75 mmHg, FC: 74 lpm, SatO2 96%. Auscultación cardio-pulmonar: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado con sibilancias en ambos hemitórax. Miembros inferiores sin edemas ni otros signos de patología aguda.

Radiografía de tórax: sin hallazgos reseñables.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Asma persistente grave

Diagnóstico diferencial

Infección respiratoria: bronquitis, neumonía...

Comentario final

En el caso de nuestro paciente, encontramos un asma persistente grave, mal controlado con budesonida/formoterol y salbutamol a demanda. El asma es una patología muy frecuente en las consultas de atención primaria, y es importante que el médico de familia reconozca de forma precoz la gravedad del asma, para que, en caso de no poder controlarla, derivar al servicio de neumología.

Ante la mala evolución del cuadro de nuestro paciente, se consensuó modificar el tratamiento del mismo con un nuevo inhalador, en este caso acetato de indacaterol/bromuro de glicopirronio/furoato de mometasona. Este consiste en un tratamiento de mantenimiento del asma con una combinación de un agonista beta2 de acción prolongada y un corticoide inhalado a dosis alta, que se utiliza en aquellos pacientes que no presentan buen control de su patología y además experimentan exacerbaciones agudas. Se volvió a citar al paciente al cabo de tres semanas en consulta, donde refirió una mejoría clínica de los síntomas. Las sibilancias habían disminuido notablemente, además de presentar mucha menos dificultad respiratoria.

El asma se ha clasificado clásicamente en función de la gravedad. La gravedad se evalúa cuando el paciente está realizando el tratamiento. Es importante comprobar la adherencia terapéutica, así como repasar la técnica de inhalación.

Bibliografía

- Holguin F, Cardet JC, Chung KF, et al. Management of severe asthma: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. *Eur Respir J* 2020; 55.

A

Aguilar Barceló, J.	92, 101
Aguilera Ortiz, C.	112, 127, 148, 219
Aguirre Rodríguez, J.	35
Alacón Hidalgo, M.	168
Alberich Cea, R.	169, 195, 209
Alberola Cebrián, S.	56, 59
Alberro Hidalgo, J.	244
Alcayde Perea, L.	48, 272
Aldeanueva Escribano, M.	89
Alegre Jiménez, I.	248
Alfaro Greciano, R.	32
Algorri Ferrero, S.	65, 122, 130, 143, 146-147, 150, 261
Alonso Álvarez-Rementería, M.	258
Alonso Carmona, R.	111
Álvarez López, I.	101, 218, 236, 275, 277
Amador Soto, P.	152, 163
Andrade Piña, A.	111
Andrades Fernández, L.	106, 108-109
Andrés Vera, J.	81, 88
Añez Martínez, B.	130, 165, 183, 194
Anguita Mata, J.	128, 153, 183
Aparicio Alemany, P.	247, 253
Araque De Los Riscos, L.	79, 90
Arévalo León, D.	268
Argüello Suárez, C.	144, 177, 213
Arranz Villalva, C.	53
Arriaza Gestoso, M.	58, 71-72
Arroyo Pérez, A.	63, 138, 158
Arzua Moya, J.	49, 111, 116
Asensio Martín, A.	261
Asensio Sánchez, C.	48, 208, 272-273
Atienza Martín, F.	48
Ávila Rivera, J.	76, 79, 90

B

Barquero Padilla, R.	78
Barrera Martínez, Y.	141, 161, 166, 200, 205
Barrionuevo Bonilla, I.	180
Bazuzaga Portillo, J.	239
Becerra Barba, M.	99
Benítez Rivero, J.	70
Bermejo Vélez, M.	103
Bernal Pavón, L.	100
Berzal Cordero, M.	203, 211, 225
Blanco Capitán, M.	120, 123

Blanco Rodríguez, R.	131
Blasco Martínez, M.	65
Bohórquez Colombo, M.	263
Boix Cebolla, V.	222
Bolaños González, Á.	47
Borrego García, A.	48, 57, 124
Bosquet López, R.	160, 167, 182
Bretones Alcaraz, J.	194
Brioso Galiana, J.	266
Buendía Moreno, T.	178, 200
Bueno Navarrete, P.	43, 133, 164, 280, 283
Burrahay-Anano Tenorio, M.	114, 135, 181

C

Camacho Cerro, L.	230
Cañas Tornero, F.	59
Carmona Casado, A.	34
Carmona Pérez, I.	276
Carrasco Romero, E.	41
Carro Sánchez, D.	206, 236-237
Carvajal Jaén, J.	33, 244
Casini Merino, M.	141, 178, 180
Castaño Bermúdez, P.	192
Castillo Jimena, M.	47
Castillo Moraga, M.	33
Castillo Muñoz, L.	207
Castillo Puértolas, M.	99, 192-193
Castro Betancour, J.	31
Castro Martín, E.	62
Castro Torres, M.	38, 279
Catalan Morollon, M.	42
Cejudo Casas, M.	39, 154, 156, 159, 180, 188
Celestino Del Caño, P.	122, 210
Celis Romero, M.	114, 135, 181
Centeno Hita, I.	164, 167
Chaves Rendon, M.	129
Chico Espín, J.	100
Cinza Sanjurjo, S.	31
Cinza Sanjurjo, S.	36-37, 39
Clavijo López, B.	119, 173, 204, 215-216
Colchero Calderón, M.	80
Colino Ramos, P.	130, 183
Contreras Aranda, R.	97
Cornejo Benítez, A.	262, 266
Cristóbal Pinto, M.	214

D

Damián García, R.	81, 85, 171
------------------------	-------------

de Cos Maestro, E.	104, 234
De Hita Molina-Bailén, L.	108, 157, 221
De la Cruz Castellano, A.	56
Del Ágila Román, E.	55
Delgado Bayona, L.	62, 161
Delgado Bayona, P.	149
Delgado Eslava, C.	35
Delgado López, L.	41
Delgado Vicario, L.	106, 108-110
Del Razo Romero, M.	227, 229
De Maia Santos Almeida, Á.	39
de Ochoa Morán, M.	112, 148
De Sola Rodríguez, M.	256
Díaz Amorín, A.	103
Díaz-Crespo Mora, B.	267
Díaz Lozano, E.	212
Díaz Ortega, E.	57, 124, 142-143
Díaz Robledo, J.	31
Díaz Sarmiento, S.	84, 116, 119, 121, 126, 204, 206, 208
Díez García, A.	33
Dionisio Flores, M.	148, 150, 222, 224, 244
Dominelli Toledano, S.	68
Domingo Rubio, M.	39, 188, 197, 271
Domínguez Villatoro, M.	145, 189, 253, 277
Doncel De La Cruz, T.	242, 280, 283

E

Eraso Arribas, C.	144, 161
Escalera Cobos, F.	258
Escalona García, C.	243
Escribano Lázaro, C.	216
Escudero Martínez, P.	241, 264
Espejo Martín, I.	96, 98
Espílez Laredo, E.	53
Espinar Calvo, L.	241
Espinosa Medina, J.	84
Estrada Ayala, P.	65, 150, 155, 194, 224, 239, 261

F

Fabián Quirós, M.	145, 185, 189, 253
Fàbrega Ramon, N.	135
Falcón Méndez, Á.	152
Fernández Bersabé, A.	230
Fernández Carreño, I.	159, 180
Fernández García, F.	71
Fernández Gómez, F.	35
Fernández López, L.	211, 225

Fernández Márquez, R.	34
Fernández Navarro, N.	43, 164
Fernández Rebollo, N.	33
Fernández Ruiz, C.	226
Flores Soler, O.	86, 93
Fontalba Navas, A.	35
Franco Cobo, J.	66, 176

G

Gala González, A.	97
Galende Rodríguez, L.	66
Galián Ordóñez, A.	169, 174, 209
Gallego Ayuso, C.	164-165, 167, 183
Gallego Curiel, J.	83
Gallego Iglesias, M.	151, 174
Gallego Martínez, J.	276, 278
Gamero de Luna, E.	278
Gámez de la Torre, R.	77
Gámez Ibarra, I.	37, 40
Gándara González, E.	57, 142-143
García Arjona, Á.	203
García Arjones, G.	66
García Balboteo, J.	92, 101
García Gallego, A.	93
García García, A.	274
García González, J.	148, 233
García González, S.	65, 154, 156, 188
García Maldonado, S.	154, 156, 264
García Martín, Á.	129, 242, 283
García Martínez, A.	137
García Medero, S.	50, 141, 200, 205
García Navarro, E.	76
García Ramos, E.	87, 265
García Rodríguez, J.	39, 159, 271
García Sánchez, C.	108, 113
García Sánchez, F.	108, 157, 210, 221
García Sánchez, I.	128, 153, 183
García Vélez, A.	269
García Vélez, B.	99, 260, 269
Garralón Gómez, I.	142-143
Garrido Garrido, R.	272, 274, 276
Garrido Montenegro, G.	74, 220
Garzón Aguilar, J.	119
Gasset Giráldez, J.	73-74
Geara Joyed, P.	59, 78
Generoso Torres, M.	35, 64, 202
Gil Aguilar, V.	35
Gil Muñoz, J.	50

Ginel Mendoza, L.....	44-45
Girón Prieto, M.....	125, 257, 261
Godínez Marquez, J.....	47
Gómez García, M.....	250
Gómez González, M.....	44-45
Gómez Morillo, M.....	186
Gómez Quevedo, L.....	218, 275
González Barrau, M.....	122, 198, 210
González Bravo, A.....	35, 252
González Caracoche, R.....	256
Gonzalez Castrillo, L.....	197
González García, M.....	237-238
González González, A.....	223, 240, 251
González Jiménez, C.....	63, 138, 158
González Juanatey, J.....	31, 36-37, 39
González Moles, L.....	125, 232, 257
González Morales, M.....	258
González Pozo, C.....	47
González Vidal, M.....	41
Granado Ortiz, I.....	172
Guerra Torre, A.....	281
Guerrero Molina, B.....	53
Guisasola Cardenas, M.....	64, 202, 252

H

Henares Orellana, A.....	227
Hernandez De La Plata, J.....	176
Hernández Prats, M.....	42
Herrera Cámara, A.....	132-133, 138
Herrera Viquez, F.....	54
Hidalgo López, R.....	87, 260, 265
Hidalgo Rodríguez, A.....	35, 202
Hidalgo Salverri, J.....	226-227, 229
Hormigo Pozo, A.....	33
Huamán Munive, E.....	31, 216
Huesa Andrade, M.....	172
Hussein Alonso, D.....	84, 119, 175, 204, 206, 208, 215

I

Ibáñez Gálvez, J.....	83
Ibáñez Rivas, J.....	97

J

Japon Cabello, M.....	59, 78
Jiménez Alcaide, R.....	56
Jiménez Hernández, C.....	128
Jiménez Martín, S.....	281
Jiménez Muñoz, N.....	73

Jiménez Pérez, N.....	65, 130, 155, 194
Julián Mahedero, A.....	248
Jurado Porcuna, C.....	34

L

Lara Dos Santos, P.....	83
Lara Rosado, L.....	281
Largaespada Pallavicini, G.....	103
Larnia Aliaga, M.....	151
Laserna Ragel, M.....	110
Lavado López, F.....	44-45
Lemos Pena, A.....	86
León Dugo, A.....	62
Leyva Conde, M.....	105-106
Lillo Ramírez, E.....	244
Lillo Ramírez, M.....	244
Linares Canalejo, A.....	52, 104
Linares, J.....	34
Ljubic Bambill, K.....	228, 259
Llimona Perea, I.....	193
Lobo Marin, M.....	91
López Áviles, E.....	170
Lopez Diaz, A.....	76, 89
López Domínguez, A.....	130
López García, A.....	75-77
López Gómez, J.....	67, 94
López Hernández, C.....	160, 167, 182
López López, A.....	69
Lopez Moreno, S.....	256
López Sánchez, R.....	91
López Vázquez, P.....	114
López Zambrano, R.....	164-165
Lozano García, M.....	162, 196
Lucena López, R.....	177, 213
Luezas Rodríguez, J.....	38

M

Maatala mohamed bachir, B.....	116, 121, 126
Machín Castellano, R.....	274
Machín Hernández, M.....	37
Madrid Martos, M.....	203
Maestre Moreno, M.....	218
Manzano López, C.....	207-208
Manzano López, M.....	207-208
Marín Serralvo, I.....	168, 190, 201
Mariscal Ocaña, M.....	235
Márquez Estudillo, M.....	81-82
Marquez Rivero, S.....	159

Martin Aldama, A.....	91	Morillas Jiménez, M.....	194
Martín Caño, S.....	115	Moron Losada, S.....	111
Martín Enguix, D.....	35	Morón Rubio, A.....	276
Martínez del Marmol Martínez, A.....	206, 236-237	Mundt Fernández, I.....	48
Martínez del Mármol Martínez, A.....	246	Muñoz Gallardo, Y.....	43
Martínez del Río, M.....	48	Muñoz Gallardo, Y.....	43
Martínez Díaz De Argandoña, C.....	276	Muñoz Gámez, A.....	257
Martínez Molina, L.....	250	Muñoz Jiménez, R.....	250
Martínez Núñez, P.....	105, 125, 127, 237	Muñoz Muriel, M.....	137, 191
Martin Fernández, C.....	172	Muñoz Sánchez, L.....	185
Martín Fernández, M.....	42	Muñoz Soto, C.....	254-255
Martín Hidalgo, A.....	112, 219	Muriel Sanjuán, N.....	230
Martin Izquierdo, S.....	95		
Martín Riobóo, E.....	171	N	
Martín Romero, D.....	35, 74, 220	Navarrete Espinosa, C.....	115
Martos Borrego, M.....	100	Navarro Gallardo, P.....	56, 59
Mateos Gil, A.....	220	Navarro Guerra, M.....	279
Mazón Castro, L.....	37, 131	Navarro Valero, M.....	127, 238
Mazón Ramos, P.....	31, 36-37, 39	Navas Jiménez, B.....	31
Medero Canela, R.....	50	Navas Vegas, S.....	47
Medina Cobos, A.....	81, 85, 119, 170, 232	Negrillo Villalón, M.....	120, 123
Medina Gámez, J.....	170, 265	Nievas López, S.....	69
Medina García, B.....	234	Noguera Fernández, R.....	81, 85, 171
Medina Olivier, K.....	136, 139-140, 146, 170	Novalbos Ruiz, J.....	33
Medina Zuheros, T.....	141, 162, 196		
Mejías Estévez, M.....	117-118	O	
Mellado Fernández, M.....	152	Oliveira Dias, C.....	206, 236-237, 246
Mengual González, C.....	117-118	Ollero Rodríguez, T.....	199, 213, 224, 244
Mesa Ruiz, G.....	233	Ortega Bautista, L.....	141, 162, 196
Millán López, J.....	218	Ortega Marlasca, M.....	33
Millán Rodríguez, A.....	116, 121, 126	Osuna Sánchez, J.....	41
Moleón Bellido, M.....	173, 176, 191	Otero Mata, M.....	216
Montañez Perles, M.....	56		
Montealegre Caro, A.....	231	P	
Montoro Domínguez, R.....	212	Padial Baone, A.....	86
Montoro Goethe, S.....	80	Padilla Restoy, R.....	254-255
Montoro Ortiz, M.....	71	Palacios Simón, A.....	35
Morales García, A.....	260, 265, 269	Palenzuela Blanco, C.....	218
Morales Hijón, J.....	258	Palmero Olmo, E.....	54
Morales Navarro, A.....	256	Palomo Barba, B.....	75, 89
Mora Peinado, C.....	233	Pantoja de la Rosa, L.....	55, 105-106, 125, 148
Moreno Cruz, Á.....	249	Pardo Oller, R.....	153
Moreno Cruz, M.....	226	Parras Rejano, J.....	34
Moreno Jiménez, I.....	81-82	Pascual Arrebola, S.....	173, 176, 179
Moreno Leiva, R.....	76-77	Pedregal González, M.....	96, 274
Moreno Ruiz, I.....	70, 86	Pegalajar Moral, B.....	153, 183
Moreno Zafra, I.....	79	Pereda Mateos, R.....	235, 256
Morilla Roldan, C.....	263	Perejón Díaz, M.....	70, 86

Pérez Burgos, J.....	178, 180	Rodríguez Masegosa, T.	246
Pérez Craviotto, J.	41	Rodríguez Palacios, M.	101, 145, 185, 189, 212, 253, 275, 277, 279
Pérez de Zabalza Freire, R.....	200	Rodríguez Pérez De Azpillaga, N.	68, 164
Pérez González, A.	233	Rodríguez Pérez, J.....	198
Pérez Mesa, N.	259	Rodríguez Pérez, M.....	242
Pérez Montes, M.	95	Rodríguez Quesada, M.....	222, 224, 239, 247, 253
Pérez Ortega, J.....	61-62, 166	Rodríguez Ruiz, P.....	125
Pérez Pérez, A.....	61, 166	Rodríguez Sánchez, R.	231
Pérez Romera, F.	39	Rodríguez Valdes, A.....	54, 191
Pérez Sánchez, J.....	75, 89	Roldán Reguera, B.....	58, 71-72
Pérez Santamaría, P.....	90	Román De Sola, B.....	191
Perez Villaescusa, A.....	173, 215	Romera Vilchez, M.....	265
Perula Jiménez, C.	34	Romero Cañadillas, A.	31
Piury Pinzón, J.....	184	Romero Carrillo, S.....	228, 259
Portela Romero, M.....	31, 36-37, 39	Romero Durán, V.....	206, 208
Postigo Jiménez, M.	210	Romero Mayo, M.	163
Poyato Zafra, I.....	229	Romero Padilla, M.....	245, 269
Prada Rica, M.....	176, 179, 191	Royan Martín, E.	250
Puga Mendoza, A.	187	Ruano Mayo, A.	223, 240, 251
<hr/>		Rueda López, R.....	76
Q		Ruiz Carrasco, P.....	114, 135, 181
Querol Gutierrez, J.	110	Ruiz Dote, Á.	265
Quero Martín, Á.....	113, 157, 221	Ruiz Granada, D.	48, 272-273
<hr/>		Ruiz Granada, M.	38
R		Ruiz Hinojosa, R.....	58, 71-72
Ramirez Ariza, M.....	94	Ruiz Ponte, M.....	169, 195, 197
Ramírez Torres, J.....	44-45	Ruiz Victoria, M.	241, 264
Ramos Luna, P.....	199, 213	<hr/>	
Raposo Puglia, D.	134	S	
Reche Fernández, I.....	188, 190	Saldaña Ortiz, L.	103, 186
Recio Ramírez, J.	268	Salguero Quirantes, R.....	151, 197
Rengel Gómez, M.	173, 179, 191	Sánchez Alba, J.	94
Reuelta Reinoso, D.	262	Sánchez Benítez, C.....	248
Rey Aldana, D.	31, 36-37, 39	Sánchez Cambronero, M.....	35, 64, 252
Riera Sendra, A.	136, 139-140, 146, 170	Sánchez Casas, V.	199, 213
Ríos Pérez, L.....	68, 173, 175, 216	Sánchez García, C.....	33
Rivera Alonso, I.	278	Sánchez Jordán, R.	44-45
Rivera Fresneda, C.	122, 130, 143, 146-147, 155, 194	Sánchez Leal, N.....	107, 137
Robledo Casal, C.	151, 174, 197	Sánchez Martínez, I.....	119, 125, 203, 232
Rodríguez Armesto, A.	36, 131, 216	Sánchez Medina, L.	278
Rodríguez Carrasco, J.	63, 138, 158	Sánchez Rodríguez, C.	68
Rodríguez Casanova, Á.....	159	Sánchez Serna, M.....	82, 88
Rodríguez García, R.....	184, 186	Sánchez Serrano, R.....	223, 240, 251
Rodríguez González, D.	272, 274, 276	Sánchez Soto, M.....	200
Rodríguez Gutiérrez, M.....	151	Sanchez Vicente, P.	267
Rodríguez Jiménez, C.	188, 190	Santana Almonte, D.....	250
Rodríguez López, M.	83	Santana Cristobal, V.	214
Rodríguez Martínez, M.....	32		

Santos Estudillo, M.....	52	Villalba Alcalá, F.....	31
Sanuy Perdrix, I.....	44-45	Villalba García, Á.....	148, 224, 239
Sanz Pérez, A.....	239, 247, 261	Villanueva Gil, M.....	88
Sebastián Lacave, I.....	67, 94	Villena Arriola, E.....	219, 238
Segovia Mateos, M.....	203, 211	Yélamos Lorente, M.....	141, 162
Sepulveda García, C.....	254-255		
Serrano Vázquez, P.....	226		
Sevilla Moreno, I.....	132-134		
Signes Ribes, S.....	136, 140, 146, 170		
Sillero Ureña, M.....	78, 115		
Simón González, D.....	163		
Sola Montijano, M.....	187		
Soriano Aguilar, R.....	250		
Suárez Vega, A.....	98, 274		

T

Tallón Aguayo, M.....	56
Tejero Carmona, E.....	48, 273
Tena López, J.....	226
Tena Santana, G.....	52, 103, 186, 234
Torres Madrid, J.....	83
Torres Santos, M.....	99
Torres Valle, L.....	258
Torrice Ledesma, Á.....	214
Tretiakova, O.....	132-133, 138
Trillo Díaz, E.....	91
Trujillo Franco, P.....	47, 201
Tuyani Solimán, I.....	106, 108-109, 153
Tuyani Solimán, N.....	153

V

Vaca Fernández, I.....	122, 198, 210
Vallejo Gómez de Travedo, C.....	138
Valverde Entrena, V.....	39, 197
Valverde Morillas, C.....	106
Vaquero Onrubia, P.....	239
Vargas Castillo, G.....	225
Vargas Díez, J.....	60, 80
Vargas-Machuca, A.....	61-62
Vargas Vargas, M.....	37, 40
Vega Blanco, V.....	71
Velázquez Romero, C.....	231, 243
Ventura Mullor, A.....	187
Vera, A.....	101
Vera Rubio, G.....	270
Vergel Martín, I.....	160, 167, 182
Vicente Alcoba, P.....	201, 203
Villa Caro, R.....	236

Z

Zambrano Quevedo, F.....	69
Zamora Venzal, I.....	39
Zuazo Aycart, M.....	144, 149