

Comunicacións Póster

XVII Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria
Ano 2012
Volume 19
Páx. 21-56

COMUNICACIÓNS PÓSTER: CASOS CLÍNICOS

A PROPÓSITO DE UN CASO: NOTALGIA PARESTÉSICA

López-González, L.; Regueiro Martínez, A.A; Losada Campa, A.

Vilanova de Arousa y Hospital del Salnés.

Varón de 36 años, acude a consulta refiriendo prurito en la parte superior de la espalda, de tiempo de evolución, con posterior aparición de una mancha oscura en la misma zona. Consulta al observar que la mancha ha crecido.

NAMC.No antecedentes quirúrgicos. Quemaduras solares en espalda durante la infancia. Tatuajes en región posterior del cuello y hombro izquierdo. No toma medicación.

Se realiza consulta de Telemedicina al Servicio de Dermatología del Hospital de referencia con diagnóstico de: NOTALGIA PARESTÉSICA.

Enfermedad neurocutánea que suele presentarse con prurito y mácula marronácea en espalda. Puede asociarse a dolor y parestesias. Edad de presentación entre 50 y 65 años, más frecuentemente mujeres. Se desconoce fisiopatología, si bien está considerada como una neuropatía sensitiva asociada a daño en nervios sensitivos dorsales.

Su presencia en personas jóvenes de una misma familia obliga a descartar el síndrome de Sipple(MEN 2A)con el que puede asociarse.

No hay tratamiento definitivo aunque sí diferentes alternativas vía tópica, oral o intralesional según intensidad de síntomas.

RELEVANCIA PARA AP: La importancia del caso es doble.

Se trata de un diagnóstico que podemos encontrar en nuestras consultas de Atención Primaria, a veces incluso como hallazgo casual en la exploración. Y por otro lado sirve de ejemplo de colaboración con Atención Especializada (Dermatología) a través de la telemedicina.

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME SEROTONINÉRGICO

Espantoso Romero, M¹; López Rivera, I.E.²; del Villar Guerra, Y.A.³

¹ CS Teis; | ² CS Bolivia; | ³ CS Pintor Colmeiro (Vigo)

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 72 años, viuda, vive sola. Antecedentes personales: HTA, dislipemia y obesidad. Diagnosticada de trastorno depresivo

recurrente con múltiples ingresos y trastorno histriónico de personalidad. Hiperfrecuentación de Urgencias con demandas somáticas múltiples. Acude por agitación psicomotriz.

En exploración: sudoración profusa, mioclonías e hiperreflexia, con midriasis. No focalidad neurológica. Afebril, taquicárdica, TA 200/95 mm Hg, 20 rpm, SatO2 98%.

Hemograma, bioquímica, función tiroidea, gasometría, análisis orina, punción lumbar, hemocultivos, urocultivo, ECG, Rx de tórax, EEG y TAC sin anomalías.

La paciente realiza uso irregular no prescrito de 4 antidepresivos: sertralina, fluoxetina, trazodona y clomipramina.

Impresiona de Síndrome serotoninérgico (SS).

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Cuadro clínico con manifestaciones mentales, autonómicas y neuromusculares asociado al uso de medicamentos que promueven la neurotransmisión serotoninérgica. Se desencadena por sobre-estimulación de receptores de serotonina, centrales y periféricos. Se trata de un cuadro subdiagnosticado cuya identificación exige un alto índice de sospecha. Muchos médicos no diagnostican este síndrome por desconocimiento. El diagnóstico es clínico apoyándose en la historia de uso de agentes serotoninérgicos y en la presencia de la tríada clásica: alteración del estado mental, trastornos disautonómicos y alteraciones neuromusculares, de presentación y gravedad variable. En la mayoría de casos se alcanza remisión completa con la suspensión de la droga asociada a medidas de soporte.

ACANTOSIS NIGRICANS Y DIABETES MELLITUS

Sánchez Campos, S.; Barreiro Cambeiro, B.

Centro de Salud Elviña-Mesoiro (A Coruña)

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón diagnosticado por dermatología en 2006 (31 años) de acantosis nigricans en ambas mejillas y axilas sin encontrarse entonces patología ninguna asociada. Es seguido en nuestra consulta, sin incidencias, hasta que en la analítica de 2011 (36 años) aparece una diabetes mellitus tipo 2 comenzándose tratamiento con metformina hasta el control glucémico, que se mantiene actualmente sólo con medidas no farmacológicas. La acantosis nigricans no experimentó sin embargo ninguna variación.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Lo más frecuente ante una acantosis nigricans es que sea idiopática. Sin embargo ante un diagnóstico

inicial deberán descartarse patologías asociadas: antecedentes personales o familiares de diabetes, obesidad, neoplasias ocultas (especialmente gastrointestinales), iatrogenia (esteroides, hormonas sexuales, hormona de crecimiento, inhibidores de proteasas, ácido nicotínico,...), síndrome de Cushing, acromegalia o esteatosis hepática no alcohólica. La evaluación inicial incluirá tensión arterial, hemograma y bioquímica con glucemia basal, hemoglobina glicosilada y lípidos (tendencia a síndrome metabólico), transaminasas, hormonas tiroideas y FSH y LH en caso de mujeres obesas (descartar síndrome de ovario poliquístico).

La acantosis nigricans se considera una entidad clínica con resistencia a la insulina; su aparición indica un riesgo aumentado de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 debiendo realizar controles periódicos.

Actualmente el tratamiento de la acantosis nigricans consiste en tratar la causa subyacente, aunque sólo a veces se consigue una regresión parcial o completa.

ALGO MÁS QUE EXOFTALMOS

Suárez Alén, S.

MOTIVO DE CONSULTA: varón, 30 años, con exoftalmos y dolor ojo derecho
AP: trastorno mixto ansioso-depresivo.

ANAMNESIS: cuadro de 5 días de evolución de dolor, ptosis y exoftalmos progresivo en Ojo derecho. Se despertó así tras salir un día de noche, no recuerda lo ocurrido.

EF: marcado exoftalmos ojo derecho, quémosis conjuntival, edema palpebral, sensación de "latido" y dolor a movilización ocular. Agudeza visual, PIO y fondo de ojo normales. Resto exploración normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Análítica sangre : normal
- TAC craneal+ órbita: lesión bien delimitada en órbita derecha de 21,6 x 15 mm de diámetro mayor, entre músculos recto interno e inferior derechos, deformidad hueso adyacente. Nivel líquido – líquido, con porción declive hiperintensa que podría corresponder con hemorragia. Descartar Hematoma / lesión subyacente que haya sangrado.
- RMN órbita: lesión compatible con quiste dermoide de localización extraconal con deformidad musculatura ocular adyacente.

JUICIO CLÍNICO : QUISTE DERMOIDE ORBITARIO

CONCLUSIONES: es un tumor benigno subcutáneo indoloro de crecimiento lento. Presentación rara en adultos (2.19% de todas las lesiones orbitarias). Son masas bien delimitadas de contenido heterogéneo. Generalmente se localizan en región lateral del párpado superior. Importante diagnóstico diferencial con: fistula dermoide congénita y otras lesiones quísticas de presentación oftálmica (quistes del epitelio de superficie, teratoma quístico, quistes secundarios a estructuras adyacentes, quistes inflamatorios). Con su excisión quirúrgica completa el pronóstico es excelente.

ALGO MÁS QUE UNAS MANCHAS...

Cortés Ayaso, M; López Seijas, C.S; Villanueva García, Y; Suárez Alén, S.

CHUS (1 y 2), Hospital da Barbanza (2 y 3)

MOTIVO CONSULTA: lesiones cutáneas

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, ACV, FA a tratamiento anticoagulante.

ANAMNESIS: presencia de lesiones cutáneas rojo-violáceas, pruriginosas, rojizas en MMII, nalgas y costado, acompañadas de artralgias. Toma las dos semanas previas de cloxacilina por úlcera sobreinfectada y actualmente a tto con Seprín y cuadro compatible con catarro de vías altas días previos.

EF: Afebril. En MMII y espalda, lesiones anaranjadas residuales, no palpables. En nalgas r y MMII, lesiones purpúricas, borde bien definido, palpables. Resto exploración normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Análítica Sangre: leucocitos 13.200 (81%N)
- Rx tórax : normal.

JUICIO CLÍNICO: lesiones compatibles con brote purpúrico. Tras biopsia cutánea, se confirma Diagnóstico: PÚRPURA ANAFILACTOIDE DE SCHÖNLEIN-HENOCH (depósitos IgA + complemento).

CONCLUSIONES: Es una vasculitis que afecta a capilares. Etiología alérgica (infecciones, fármacos, alimentos, etc) y naturaleza benigna, cura espontáneamente. Se manifiesta clínicamente por la aparición brusca de una púrpura palpable y pruriginosa de localización predominante en MMII y nalgas. En 40% puede aparecer afectación renal. Característicamente no hay trombopenia ni alteración de la hemostasia. La biopsia cutánea muestra depósitos de IgA y complemento. El diagnóstico diferencial se realiza púrpuras trombopénicas, y otros tipos de vasculitis más graves, así como colagenosis. El tratamiento es y del si se conoce.

ALUCINACIONES VISUALES EN ANCIANOS

Méndez Fabeiro, MI; Carrasco Cendón, L; Blanco Romero, S.

Ambulatorio Concepción Arenal

Descripción del caso: Mujer de 90 años, diabética, con degeneración macular asociada a la edad e insuficiencia venosa crónica. Es viuda y vive sola. La paciente refiere alucinaciones visuales complejas, sobre todo nocturnas. Describe una figura humana, que cree que es su marido (fallecido hace 5 años), se da cuenta de la irrealidad de la visión, pero le genera ansiedad por lo que consulta. El diagnóstico fue síndrome de Charles Bonnet (SCB), al descartar otros procesos donde aparecen este tipo de alucinaciones. Se le explica la benignidad del proceso y se inicia tratamiento con risperidona 0.5 mgr/día, porque las alucinaciones le generan ansiedad y agitación. La paciente presentó alguna alucinación ocasional, pero sin generarle ansiedad ya que entendía la causa.

Aplicabilidad para Atención Primaria: Las alucinaciones visuales son síntomas frecuentes en población geriátrica. Pueden aparecer en personas sanas o estar causadas por patología neurológica, psiquiátrica o sistémica. El SCB consiste en alucinaciones visuales en personas sin patología cerebral ni psiquiátrica, desencadenadas por privación de la visión. Dada la alta prevalencia de la ceguera parcial, especialmente entre los pacientes mayores, es fundamental tener presente este síndrome, ya que muchos ancianos son etiquetados erróneamente de pacientes demenciados o psiquiátricos. El tratamiento consiste en informar al paciente, tranquilizarlo, disminuir el aislamiento social e intentar solucionar la enfermedad ocular asociada. En ocasiones se puede recurrir a fármacos.

ANGIOEDEMA EN RELACIÓN IECA

Regal Faraldo, M.I.

Vigo

Paciente que tras acostarse, empieza a notar hinchazón en lengua, babeo, dificultad para respirar. Sin otros síntomas. Niega cambios en medicación ni alimentación. Extracción molar hacia 4 días.

Antecedentes: Alergia a Penicilina. Hipertenso, dislipemia, Fibrilación auricular. Obesidad. Tratamiento: sintrom, digoxina, atorvastatina, ramipril.

EF: Afectado. Estridor. No cianosis ni tiraje. Babeo. Importante edema en lengua que no permite ver uvula. Angioedema en boca, labio inferior, y cuello. No crepita. Auscultación normal. Saturación 98. Afebril.

Tratamiento: adrenalina, corticoides, antiH1 y antiH2, nebulización, oxígeno. Traslado hospital con sospecha de angioedema versus infección suelo boca.

Se diagnostica de angioedema y posteriormente alergología confirma angioedema en relación con IECA.

Inicialmente es importante descartar edema por otras patologías (cardiopatía, nefropatía, hepatopatía, hipotiroidismo), infecciones de partes blandas, linfedema, o edema por Sd de obstrucción de la Vena Cava Superior, entre otras.

El angioedema se trata de un efecto adverso raro pero potencialmente mortal asociado a un fármaco muy utilizado. Presenta dificultad diagnóstica, dado que no hay correlación temporal entre toma y la reacción, siendo de aparición imprevisible y curso impredecible. Se observa con más frecuencia en tratamientos largos. No suele acompañarse de urticaria, y aparece de forma repentina y desaparece en 24-48h. Los lugares predilectos: lengua, labios, seguidos de laringe y faringe. El mecanismo patogénico no es claro pero se relaciona con la bradicinina. Es importante identificar el cuadro, y ante la sospecha, se retirará el fármaco.

BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA TRANSITORIO O DOLOROSO

Cantero Quiros, MM; Rojas Pichardo, C; Rojas Rodriguez, DM.

Zona básica de salud de camas

Mujer de 52 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipotiroidismo subclínico y síndrome depresivo en tratamiento actual con olmesartan, fluoxetina y bromazepam 1,5 mg.

Acude a consulta de atención primaria por presentar dolor torácico sin cortejo vegetativo asociado.

La exploración física, incluida la tensión arterial de 130/80, no mostró otros datos de interés.

Se realiza un primer electrocardiograma que presentaba un BRIHH. Se le administra cafinitrina sublingual y cedió el dolor.

Se envía al Hospital y a su llegada se le practica de nuevo un electrocardiograma en el que desaparece BRIHH, quedando un trazado de ritmo sinusal a 60 lpm sin alteraciones de la repolarización.

Las enzimas cardíacas fueron repetidamente normales y ecocardiograma normal y dada de alta sin ninguna incidencia.

Actualmente realiza seguimientos en consultas de cardiología y se encuentra asintomática.

Se consideró un episodio de BRIHH transitorio también conocido como BRIHH doloroso cuando se asocia a dolor torácico.

Relevancia: el diagnóstico de isquemia aguda en pacientes con BRIHH es difícil, ya que muchos de los criterios diagnósticos del electrocardiograma no son aplicables.

Dada la elevada mortalidad de infarto de miocardio enmascarado eléctricamente por un BRIHH la norma debería ser pautar desde atención primaria tratamiento según clínica y derivar, ya que por norma, precisa de estudio complementario

BULTOMA SUBMANDIBULAR AGUDO

Galiano Leis, MA; García Rodríguez, R; Tarrazo Antelo, AM.

PAC Verín

Muller de 84 anos que consulta por tumoración submandibular de 5 días de evolución, non adherida nin dolorosa e sen outros síntomas nin signos na exploración física. Coa suposición diagnóstica de sialolitiasis ou adenopatía, empezamos tratamento con antiinflamatorio e antibiótico e reevaluación en 10 días. Como pasado este tempo non se obxectiva melloría algunha, derivamos a paciente ó otorrino que solicita unha ecografía de colo que ven informada como: presenza dun nódulo hipoeoico pero inhomoxéneo suxestivo de adenoma de parótida.

Manexo do adenoma de parótida: tras a sospeita e previo á cirurxía é obrigado a PAAF xa que a técnica cirúrxica varía en función da imaxe microscópica. A resección debe realizarse cun maxxe de seguridade para evitar recidivas. O pronóstico é moi bo con menos de 1% de transformación maligna, polo que neste caso dada a idade da paciente e as reticencias que manifesta á cirurxía, decidiuse por revisións periódicas con control ecográfico a pesar de que o tratamento de elección é a resección.

Relevancia para Atención Primaria: xeralmente unha masa de aparición e crecemento agudo orienta a un proceso inflamatorio ou infeccioso pero a non resolución debe levarnos a considerar outras posibilidades, entre elas a malignidade do proceso.

En canto ó tratamento recordar que debemos ter en consideración o contexto do paciente, a súa opinión, idade, e entorno sociofamiliar e integralo todo para poder ofertar un tratamento individualizado tratando de integrar a mellor opción estritamente terapéutica cos desexos do paciente e o seu contexto.

CALIENTE, CALIENTE...

González Lema, I; Ubeira Bao, B; Méndez Fabeiro, M.I.

Concepción Arenal

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 73 años que ingresa en MIR por dos días de tos con expectoración y disnea. Antecedentes de E.Parkinson y discinesias. Tratamiento con Lormetazepam, escitalopram, biperidino, mirtazapina, pantoprazol, olanzapina. Exploración: T³39°C, FR 25. Agitada, Tiraje intercostal. MVC con crepitanes base derecha y sibilantes. Edemas hasta rodillas. Se realiza GSA (hipoxemia hipercapnia), analítica sangre (leucocitosis+neutrofilia+desviación izquierda; ferropenia), orina (normal), EKG (R.sinusal 85lpm.), Rx tórax (consolidación en base derecha) TAC Cerebral (atrofia cortical), Hemocultivos (negativo). Diagnosticándose neumonía, se inicia tratamiento antibiótico, pero persiste hipertermia (40°C). Se sospecha entonces, síndrome neuroléptico

maligno, iniciándose tratamiento con fluidoterapia, dantroleno y bromocriptina, regulándose la temperatura, y buena evolución.

RELEVANCIA PARA AP: El SNM es el trastorno de movimiento más raro inducido por neurolepticos, pero en 5% de los casos, aún con diagnóstico precoz, puede ser fatal.

Caracterizado por fiebre, rigidez extrapiramidal, deterioro cognitivo y disfunción autonómica (diaforesis, oscilaciones TA) aparece aproximadamente en el 1% de pacientes expuestos a neurolepticos (también con fármacos dopaminérgicos (metoclopramida, litio...))

Análiticamente: leucocitosis y aumento de CK, y ocasionalmente, ferropenia. Así, en pacientes que toman neurolepticos mantendremos una alta sospecha de SNM. El diagnóstico diferencial es difícil, dado el tipo de pacientes en que se desarrolla y la polifarmacia que utilizan. Hecho el diagnóstico, suspenderemos inmediatamente el neuroleptico e iniciaremos medidas generales de tratamiento.

CAMARERO UN "PSA" PARA LA MESA 5

Ubeira Bao, B; González Lema, I; Morado González, C; ,

CAP. Concepción Arenal

DESCRIPCIÓN DEL CASO: varón, 33 años, sin antecedentes, desde hace meses presenta aumento de frecuencia urinaria e urgencia miccional. No alteración de chorro, disuria ni fiebre; reconoce altera moderadamente su calidad de vida. El paciente demanda interconsulta a Urología para descartar "problemas de próstata" y quiere analítica con PSA. Realizamos exploración, incluyendo tacto rectal, sin alteraciones. Le comentamos que antes de derivarlo realizaremos una analítica de sangre y orina y test IPPS y que por su edad, exploración y sintomatología no debe pensar en nada malo, asimismo le indicamos en qué consiste el PSA y las indicaciones para su petición e insistimos en que no es necesario. Evitará productos con propiedades diuréticas e iniciamos serenoa repens como antiinflamatorio. Resultados: analítica normal, IPPS 17 (pre-tratamiento). Alivio sintomático espectacular tras fitoterapia.

APLICABILIDAD EN AP: En ocasiones por prisas o desconocimiento recurrimos a lo "fácil pero en A.P con poco podemos hacer mucho y evitar sobrecargar el sistema con consultas innecesarias. Una buena anamnesis, empatía y un buen diagnóstico diferencial logra una consulta exitosa. En esta ocasión se trataba de síntomas irritativos que descartada una ITU/ prostatitis aguda, lo podríamos relacionar con una prostatitis no bacteriana susceptible de tratamiento con fitoterapia. Evitamos una consulta hospitalaria y un PSA que podía convertirse en múltiples analíticas o en una cruel biopsia.

CARCINOMA BASOCELULAR DE LARGA EVOLUCIÓN

Mauriz Montero, R; Rodríguez García, FJ; Prieto Formoso, M.

SAP Narón

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 69 años que consulta por lesiones en cuero cabelludo y cara, de crecimiento progresivo, de 25 años de evolución. Pese a la presión familiar no acudió a consulta, accediendo ahora por limitación en su calidad de vida por sangrados en las lesiones, pérdida de oreja izquierda y, recientemente, 2 episodios de pérdida de conciencia.

Exploración física: destaca la palidez cutaneomucosa y las lesiones en cabeza: tumoración supraauricular derecha de 12 cm. y en región temporoparietal izquierda lesión ulcerada que destruye oreja izquierda y alcanza planos profundos.

La biopsia confirmó diagnóstico de carcinoma basocelular que en el lado izquierdo infiltra y destruye oreja, glándula salival, músculos subyacentes, mastoides, temporal, duramadre y CAE.

TAC cervicotorácico y abdominopélico sin evidencia metástasis. En el Servicio de Cirugía Máxilofacial del CHUAC se realizó escisión de la tumoración, petrosectomía y resección de duramadre (cobertura con fascia lata y Duragen®) en la lesión izquierda, con reconstrucción mediante colgajos cutáneos. Sin evidencia de metástasis en los ganglios extirpados.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Lesión prevalente, 70-80% de los cánceres de piel no melanóticos.

Es una neoplasia de crecimiento lento, localmente infiltrante, con bajo potencial metastático (0.0028-0.1%).

Existen tratamientos eficaces: escisión, criocirugía, radioterapia.

La detección precoz en AP y el tratamiento oportuno evita su progresión.

CARDIOPATIA ISQUÉMICA. SCACEST

Gómez Castro, A.; Serrano Peña, J.

Centro de salud de Cambre

Paciente varón de 40 años. Fumador, hábito enólico. Enfermedad de Hodgkin diagnosticada en 1998, remisión completa tras quimioterapia y radioterapia. Hace menos de 1 mes IAM no Q Killip I con implante de stent farmacológico en única lesión del 90% de DA proximal.

Al cabo de 3 semanas, después de caminar, sufre episodio de dolor retroesternal irradiado de MSI urente y opresivo, acompañado de sudoración profusa y náuseas y que le recuerda al episodio previo.

Acude a nuestro centro de salud donde realizamos electrocardiograma, evidenciándose SUPRADESNIVEL DEL ST EN CARA ANTERIOR. Tras tratamiento médico, lo trasladamos al CHUAC con diagnóstico de SCACEST, tras haber contactado con el servicio de Hemodinámica para la realización de cateterismo urgente, donde se evidencia oclusión trombótica por trombosis subaguda intrastent en DA y se procede a trombectomía y ACTP con buen resultado angiográfico.

Creo que este caso tiene una gran importancia para atención primaria dada la gran relevancia de la cardiopatía isquémica, destacando por un lado la importancia de nuestro papel en el control de los factores de riesgo y por otro la importancia del tratamiento, haciendo especial incapié en el diagnóstico y tratamiento precoz, para así obtener buenos resultados y buen pronóstico.

CEFALEA Y FONDO DE OJO

Méndez Fabeiro, MI; Blanco Romero, S; Carrasco Cendón, L.

Ambulatorio Concepción Arenal

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 20 años que desde hace un mes presenta cefalea diaria pulsátil desde el ojo derecho irradiada a región temporal. Presentó algún mareo ocasional, sin náuseas, ni vómitos, ni fotofobia ni sonofobia asociados, siendo la exploración física normal. Acudió varias veces a su médico, siendo diagnosticado de migraña e iniciándose tratamiento con ibuprofeno y propanolol con adecuada respuesta. Acude al PAC por empeoramiento del

cuadro, refiriendo un dolor más intenso que habitualmente y que le despierta por la noche. También presentó un pico febril. La exploración física es normal, excepto al realizar el fondo de ojo que se halla edema de papila bilateral. Se deriva al hospital, donde realizan TAC craneal evidenciándose hidrocefalia secundaria a LOE en el agujero de Monro. Es ingresado en la UCI, realizándose a la mañana siguiente craneotomía frontal derecha y exéresis de la lesión. La anatomía patológica fue compatible con neurocitoma central. El paciente evolucionó adecuadamente sin presentar complicaciones.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: En el estudio de las cefaleas es importante realizar una anamnesis y una exploración física rigurosas y estar atento a los síntomas y signos de alarma. Este caso es un ejemplo de como una técnica relativamente sencilla, como es el fondo de ojo, puede ayudar en la orientación diagnóstica a la hora de filiar una cefalea.

CELULITE FACIAL ODONTOXÉNICA

Galiano Leis, MA; Tarrazo Antelo, AM; García Rodríguez, R.

PAC Verín

Presentamos o caso dun paciente de 20 anos que acode ó PAC por unha tumefacción a nivel supramandibular de inicio brusco de 7 días de evolución que non responde a tratamento antibiótico e antiinflamatorio por vía oral. O inicio brusco da clínica motivou a sospeita de etiología infecciosa polo que o médico de cabeceira pautou un antibiótico, pero tras non obter melloría en 7 días, o paciente solicita atención urxente no PAC. Na exploración apreciase un bultoma a nivel malar. Ante a sospeita dunha posible extensión da infección ó seno maxilar e os riscos que isto conleva, derivouse ó hospital: a analítica mostra datos infecciosos e na radiografía de senos paranasais observase ocupación do seno maxilar. Solicitouse valoración por parte do servizo de cirurxía oral e maxilofacial que optou por drenar o material purulento orixinado a consecuencia da infección dunha peza dentaria sobre a que se tiña realizado unha endodoncia.

Relevancia para Atención Primaria: a pesar de que as infeccións dentarias son un motivo de consulta moi frecuente e na maioría dos casos cunha boa evolución; recordar que poden dar lugar a unha celulite facial odontoxénica a cal pode converterse nun grave risco vital cando non se establece un tratamento adecuado e acaba por derivar nunha anxia de Ludwig, endocardite bacteriana, mediastinite, fascite necrotizante cervicofacial ou en abscesos cerebrais e meninxite.

CÓLICO RENAL BILATERAL???

Cortés Ayaso, M.; Teijo Figueiras, P.; López Seijas, C.S; Villanueva García, Y.

Urgencias del CHUS

MOTIVO CONSULTA: Síncope

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA. Hipotiroidismo. Hiperlipemia. Varices. Obesidad

ANAMNESIS: Mujer 88 años que refiere esta mañana comenzar repentinamente con dolor lumbar bilateral, a la altura de los riñones. Inmediatamente comienza con mareo y síncope.

EXPLORACIÓN:

- TA 70/27 FC 72
- ACP: normal.
- Abdomen: blando, doloroso a palpación en ambas fosas renales, no se palpa pulsos femorales.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica: Hb 12.4, Creatinina 1.5, resto normal.
- Ecografía abdominal: aneurisma aorta abdominal de 8 cm con hematoma posterior.
- TAC tóraco abdominal con contraste: aneurismo sacular yuxtarenal (8,8*6,6 cm), con importante hematoma periaórtica asociado.

JUICIO CLÍNICO: Aneurisma de aorta abdominal roto.

DISCUSIÓN: El aneurisma es una dilatación patológica de un vaso sanguíneo 1,5 veces mayor del esperado. Los más frecuentes son los abdominales (80%) La causa más frecuente es la aterosclerosis y la HTA.

Habitualmente son asintomáticos, los síntomas dependen del tamaño y localización: dolor abdominal, lumbar o en escroto. Suelen ser un hallazgo casual en exploración abdominal de rutina o pruebas por otra causa. Se recomienda la palpación abdominal periódica en personas mayores 65 años con factores de riesgo.

El riesgo de rotura tiene relación directa con el tamaño. Provoca dolor agudo, hipotensión e incluso muerte. Es importante el sospecharlo para diagnosticarlo cuanto antes, para derivarlo y tratamiento lo más precoz posible (cirugía urgente en caso de rotura).

COMPLICACIONES POSTMASTECTOMÍA

García-Ciudad Young, V.; Armas González, M; Fernández Souto, F.

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela

MC: Eritema y edemas en MSD.

AP: No AMC. Cáncer de mama bilateral, mastectomía bilateral a tratamiento con QT y RT. TTO: paracetamol, tramadol, imidaprilol, troxerutina.

EA: Paciente intervenida de mastectomía radical dcha (1994) que presenta dolor y aumento de edema en MSD desde hoy. Niega traumatismo. No otra sintomatología acompañante.

EF: TA: 198/95 mmHg FC 77lpm Tª 35,8°C

COC. BEG. Eupneica.

ACP: rítmica, no soplos. MVC.

MMSS: eritema e induración a nivel de antebrazo dcho con ligero aumento del calor local y eritema a nivel de hombro dcho. F y S conservadas. Pulsos conservados.

Resto de exploración anodina.

PC: Analítica: leucos 9.200. N 63,9%, L28,4%. Hb 13,4; Hto40,2%; VCM 79,1; Pla 190.000; INR 1,03; TP 95; TTPA24,2. Glu 98; Urea 25; Cr 0,5; GPT 32; GOT 20; GGT33. Bil tot 0,5; Na 138; K 4,1.

Rx torax/antebrazo dcho: no evidencia de patología pleuro-pulmonar aguda. No evidencia de fracturas con aumento de partes blandas.

JC: Linfangitis MSD.

Plan: Antibioterapia con amoxicilina-clavulánico y analgesia con AINES.

Conclusiones: Entre las secuelas físicas de la linfadenectomía encontramos el linfedema, y las complicaciones más frecuentes de este son la erisipela (infección cutánea y subcutánea por picaduras y pequeñas heridas) y la linfangitis (inflamación de los vasos linfáticos subcutáneos provocada por una infección bacteriana secundaria a una puerta de entrada).

Es necesario prevenir estos procesos infecciosos y consultar ante el más mínimo signo de alarma.

CONSEJO GENÉTICO: ¿ASIGNATURA PENDIENTE?

Muñiz Mariño, M.V; Izquierdo Fernández, R.; Romero de Ávila Cabezón, G.

C.S. Coruxo (XAP Vigo)

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude a nuestra consulta un paciente de 79 años diagnosticado de neurofibromatosis (NF) tipo 1 hace más de 30 años, aunque nunca se realizó estudio genético. Descubrimos que la sobrina que lo acompaña está afectada de la misma enfermedad y tiene un hijo de 2 años seguido en el Servicio de Pediatría diagnosticado recientemente de NF tipo 1 con gliomas ópticos bilaterales y a tratamiento con quimioterapia.

Ella nos cuenta que nunca recibió consejo genético y que de haber sabido las posibles consecuencias de la enfermedad no se habría quedado embarazada. Tampoco nunca se le planteó realizar un estudio genético.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: ¿Dónde está el error? La paciente ha tenido múltiples contactos con diversos especialistas a lo largo de su vida, sin embargo, ninguno de ellos reparó en la necesidad de hacer un consejo genético apropiado, en informar y orientar a la paciente.

Como médicos de familia tenemos una responsabilidad importante a la hora de detectar enfermedades hereditarias para prevenir situaciones como la que presentamos. Nuestra consulta es el lugar idóneo para la primera fase del asesoramiento genético, que es una tarea multidisciplinar. Sin embargo, parece que el estudio y el consejo genético sigue siendo una asignatura pendiente para los médicos de atención primaria y sería necesario una mayor formación en este ámbito.

CONSULTAS FRECUENTES EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. CASO CLÍNICO

Tarrazo Antelo, AM; Galiano Leis, MA; García Rodríguez, R.

Gerencia de AP de Santiago

Mujer de 70 años con cefalea de 4 días, parietotemporal derecha, continua. Tomó analgésicos, sin mejoría. Dificultad para conciliar el sueño. Antecedente: HTA controlada.

TA: 130/85. Exploración normal, temporales simétricas, aunque dolorosas a la presión.

Iniciamos prednisona IV. Aunque sospechamos arteritis temporal derivamos a hospital para descartar patología aguda intracraneal.

La arteritis de Horton (AH) es más frecuente en >60 años. Se asocia a neuropatía óptica isquémica, cefalea parietotemporal (pulsátil, continua, de inicio reciente), astenia, PMR, claudicación mandibular. Los análisis reflejan respuesta inflamatoria sistémica con VSG > 50. Valores más bajos indicarían presentación atípica o tratamiento previo esteroideo (no excluyendo la

sospecha). Diagnóstico definitivo: biopsia de la temporal. Los glucocorticoides, de elección, deben iniciarse sin demora para prevenir complicaciones.

Nuestra paciente presentó VSG 60; fue ingresada por Reumatología para estudio sospechando AH.

RELEVANCIA PARA AP: la cefalea constituye motivo de consulta frecuente en AP. Su espectro de gravedad en relación con las posibles causas es amplio: desde orígenes banales hasta cuadros con riesgo vital (ACV); del reconocimiento temprano derivará la rapidez de intervención, clave a efectos pronósticos. La AH es una urgencia reumatológica importante: un inicio precoz del tratamiento, posible desde niveles primarios, prevendrá su severa complicación: la pérdida visual irreversible.

La anamnesis reglada y la exploración neurológica aportarán datos suficientes para abordar la mayoría de cefaleas desde Atención Primaria.

DEBUT DIABÉTICO

Cerrato Rodríguez, J.; Sánchez Campos, V.

Centro Salud Elviña

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 71 años con antecedentes de HTA y dislipemia, presenta debut diabético con glucemias de 600 mg /dl. Se acompaña de síntomas cardinales de diabetes con pérdida de peso y cansancio. Se inicia tratamiento con insulina de acción prolongada y rápida hasta control de glucemias. Progresivamente las necesidades de insulina se van reduciendo hasta controlarse únicamente con antidiabéticos orales a dosis bajas.

Posteriormente 4 meses más tarde comienza con anorexia e ictericia. Ante la nueva clínica, se solicita analítica general que objetiva transaminasas elevadas y ecografía abdominal con hallazgos sugestivos de masa pancreática, dilatación de vesícula y vía biliar. Se deriva a urgencias realizándose estudio completo mediante TAC toracoabdominal, demostrándose una tumoración en la cabeza y atrofia a nivel del cuerpo del páncreas.

RELEVANCIA PARA A ATENCIÓN PRIMARIA: Este caso nos recuerda que el carcinoma de páncreas puede producir insuficiencia endocrina en el curso de la enfermedad. El inicio de una diabetes mellitus, además de poder ser la primera manifestación de un cáncer de páncreas, también se ha descrito como factor de riesgo para esta enfermedad.

Existe una elevada prevalencia de DM en el cáncer de páncreas incluso por encima de estados diabetogénicos bien conocidos como la obesidad, el embarazo o el síndrome de ovarios poliquísticos.

DEFORMIDAD DE HAGLUND

Cantero Quiros, MM; Gordo Castaño, MA; Calle Cruz, LF;

Zona básica de Centro de Salud

Paciente varón de 55 años de edad, con antecedentes personales de discopatía degenerativa L3-L4 y L4-L5, profusiones discoosteofitarias.

C3-C7, dislipemia e hiperuricemia.

Acude a consulta de atención primaria por presentar dolor en los talones de larga evolución que se acentúa con el ejercicio de entrenamiento deportivo y alivia con el reposo.

A la exploración física se observa dolor selectivo al presionar sobre las paredes laterales de dicha tuberosidad, en ocasiones, también puede doler en la cara plantar y a la inserción del tendón de Aquiles.

Se realiza radiografía de pies y se observa tuberosidad o apofisis fragmentada en la cara posterior de calcáneo.

Impresiona de osteocondrosis del calcáneo más frecuentemente en niños, pero que en este caso al ser un adulto se considera que es un espolón de la cara posterior del calcáneo o también conocido como deformidad de Haglund. El tratamiento frecuentemente es ortopédico y en pocas ocasiones se realiza fasciectomía plantar.

RELEVANCIA: la herencia juega un rol en la deformidad de Haglund. Se puede heredar una tipo de estructura ósea en el pie que puede hacer desarrollar esta condición.

Por lo que desde atención primaria debemos hacer prevención sobre el paciente afecto en cuanto a utilización de calzados adecuados, así como, ejercicios de estiramiento, y, a su vez, prevención sobre descendientes de primer grado.

DIARREA Y DOLOR ABDOMINAL

Gómez-Ulla Astray, M.D; Cabra Bellido, M.J; Fernández Rodríguez, V; Portes Cruz, J.M.; Flores Fuciños, L; Monteagudo Varela, L.

CS Os Rosales

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se trata de un varón de 55 años que acude a consulta tras un viaje a India molestias abdominales leves y deposiciones blandas sin productos patológicos.

3 semanas más tarde persisten deposiciones blandas de coloración clara y sangre fresca sin otra clínica relevante. La exploración física es normal. Se solicitan analítica con coagulación, coprocultivo, parásitos en heces y rectoscopia. Se realiza eco abdominal.

La analítica muestra amilasa de 177; resto de parámetros sin alteraciones significativas; no se observan huevos ni quistes parasitarios en heces y el coprocultivo muestra flora saprofita. En la ecografía se objetiva hígado graso con áreas hipoeoicas perivasculars, sin otros hallazgos de interés.

Se realiza colonoscopia aproximadamente cuarenta días después de la primera consulta, en la que se objetivan múltiples úlceras y parches eritematosos a nivel de recto sugestivos de rectitis infecciosa como primera hipótesis diagnóstica (se biopsian para estudio histológico) y divertículos a nivel de sigma.

La biopsia muestra hallazgos compatibles con colitis amebiana.

Se inicia pauta de Metronidazol 750/8h 5 días, y posteriormente Paromomicina 500/8h 10 días más, con excelente tolerancia por parte del paciente y resolución de la clínica persistiendo asintomático en la actualidad.

DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

García Rodríguez, R; Galiano Leis, MA; Tarrazo Antelo, AM.

Gerencia de AP de Santiago

Mujer de 33 años que consulta por síndrome miofascial conocido desde

hace meses. Tratamientos diversos sin mejoría. Exploración: dolor articular generalizado (tender points positivos), acentuado con la movilización.

Sin analíticas recientes: solicitamos estudio completo. Para ratificar el diagnóstico de fibromialgia, iniciamos despistaje de patología orgánica. Resultados: ANA y anti-Ro positivos con resto normal.

Remitimos a consultas de Reumatología para descartar enfermedad autoinmunitaria (LES).

La fibromialgia es una enfermedad crónica y generalizada, con dolor muscular/articular intenso en determinados puntos "gatillo". No tenemos PC específicas, pero debemos realizarlas para descartar entidades que requieren otros abordajes/tratamientos. El diagnóstico de LES responde a criterios que incluyen autoanticuerpos positivos. Un porcentaje de pacientes con LES cumple también criterios de fibromialgia, y pacientes fibromiálgicos pueden presentar grados de autoinmunidad. Esta asociación puede causar dilemas diagnósticos. Nuestra paciente es seguida en Reumatología, donde se inclinan por la coexistencia de ambas entidades.

RELEVANCIA PARA AP: no infravaloremos ningún dato clínico para hacer una correcta aproximación diagnóstica. No dejarnos llevar por la fuerza de la rutina que supone ver en consulta unas pocas patologías prevalentes. Nuestra capacidad inquisitiva corre el riesgo de aplanarse por la presión que las cargas asistenciales nos marcan.

A propósito del caso, creemos relevante que los médicos que ven pacientes con enfermedades autoinmunes tengan presente y reconozcan la posible asociación entre ellas y la fibromialgia.

DOCTOR, ¿SERÁ POR LA DIABETES?

Díaz García, B.; Aller Gómez, C.; Veras Castro, R.

C.S. San José B

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 82 años diagnosticada por su médico de atención primaria en los 6 meses previos de diabetes iniciando tratamiento con metformina. En los 2 últimos meses relata astenia, epigastralgia continua, aerofagia, cambios de temperatura y pérdida de peso. Su médico cambia metformina por glimepirida y realiza una ecografía abdominal con resultado de barro biliar y quistes simples renales. En la última semana se encuentra somnolienta, con prurito generalizado, ictericia, coluria e hipocolia.

EXPLORACIÓN: Ictericia cutánea. Molestia epigastrio-hipocondrio derecho a la palpación. Resto normal.

PRUEBAS:

Analítica: glucosa 189, bilirrubina total 5.65, GOT 203, GPT 309, GGT 1239, CA 19.9 574, 1.

TAC abdominal: carcinoma cabeza páncreas. No metástasis.

DIAGNÓSTICO:

Carcinoma de cabeza pancreática. Ictericia obstructiva secundaria. DM2.

TRATAMIENTO: Colangiografía retrógrada endoscópica con colocación de prótesis biliar para aliviar la ictericia obstructiva. Se desestima la cirugía por la edad y la condición física.

RELEVANCIA ATENCIÓN PRIMARIA: En este caso destaca la relación entre

diabetes y cáncer de páncreas, muy estudiada pero sin llegar a determinar si es causa o consecuencia de dicha patología. La sintomatología de la paciente es un ejemplo de los signos y síntomas guía del cáncer de páncreas que debemos tener presentes. La duodenopancreatomía es una técnica complicada, sólo indicada en estadios iniciales y con escaso aumento de la supervivencia. La quimioterapia o la endoprótesis suelen ser la alternativa.

DOCTOR, ME QUEDÓ LA PASTILLA EN LA GARGANTA.

García-Ciudad Young, V; Barral Segade, P; Armas González, M.

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela

MC: Sensación de cuerpo extraño en faringe y odinofagia.

AP: Alergica al Dextetoprofeno. IQx: Polipectomía en sigma distal. Dislipemia. Síndrome depresivo. TPSV. Síndrome hemorroidal mixto. Tto domiciliario: Carvedilol y Fluvastatina.

EA: Mujer de 51 años. Hace 2 días se atragantó con una pastilla de fluvastatina, desde entonces nota sensación de cuerpo extraño y odinofagia. También comenta sensación de ahogo.

EF: Tª 36,4. TA 115/71. FC 81. Sat O2 98%. BEG. NH y NP. CyC: no bocio ni adenopatías. AC: rítmica, no soplos. AP: mvc. Resto de exploración sin hallazgos.

PC: Análítica: Hb 13.5, Hto 39.7, Plaquetas 327.000. Leucitos 8.200 (Neutrófilos 57.6, Linfos 31,8). INR 1,05. TTPA 34.5. TP 91. Glucosa 109. Urea 24. Cr 0,7. Na 139. K 4.

Rx tórax/cavum: dentro de la normalidad.

EDA: A nivel del borde medial del seno piriforme dcho/ entrada de Boca de Killiam; se observa una pequeña area longitudinal eritematosa/laceración mucosa. No se objetiva cuerpo extraño. Hernia de hiato. Gastritis antral.

JC: Odinofagia secundaria a laceración seno piriforme/Boca Killiam.

TRATAMIENTO: Dieta que tolere. Omeprazol 20, Claritromicina 500, Amoxicilina, Alprazolam y Motilium.

CONCLUSIONES: Ante la sospecha de cuerpos extraños orofaríngeos es muy importante una correcta anamnesis (valoraremos si existe disfagia, tos, babeo, disfonía, localización de las molestias, etc). Siempre se realizará una exploración ORL y ante sospecha de cuerpos extraños esofágicos EDA. En este caso sirvió para objetivar la lesión en mucosa.

DOCTOR...QUÍTEME ÉSTE DOLOR COMO SEA!!!

González Lema, I; Méndez Fabeiro, M.I; Blanco Romero, S.

Concepción Arenal

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón joven con cefalea intensa hemisférica derecha súbita, y rápidamente progresiva pérdida de fuerza en hemisférico izquierdo. Presenta: Glasgow 15, TA 130/80, Hemiparesia izquierda sobretodo en miembro superior y Babinski izquierdo, resto anodino. El TAC craneal muestra lesión hiperdensa parietal parasagital derecha, sugestiva de hemorragia parenquimatosa. Se sospechó cuadro secundario a ruptura de MAV y se confirmó con una Angiografía cerebral. El paciente fue ingresado en Neurocirugía donde fue intervenido para reparar la malformación con buena evolución posterior.

RELEVANCIA : Las MAV constituyen una vasculopatía no neoplásica del SNC donde las arterias abocan directamente en las venas generando marañas de vasos dilatados y tortuosos. Son lesiones congénitas, que aumentan de tamaño con el tiempo. Se dan en un 0.1% de la población, y su mayor complicación es el sangrado (mortalidad 10% de los casos, morbilidad 50%). Curiosamente, las MAV de menor tamaño son las que suelen sangrar con mayor frecuencia. También puede cursar con convulsiones, que generalmente se dan en aquellos que han sangrado. Ocasionalmente pueden provocar isquemia por efecto masa.

El diagnóstico de certeza se realiza con Angiografía o con RMN, pero con un TAC ya se puede sospechar.

El tratamiento será quirúrgico (de elección), radioterápico o embolización endovascular.

Ante un déficit neurológico de instauración brusca en un adulto joven sano, lo primero que hemos de sospechar en un cuadro vascular de tipo MAV.

DOCTOR...PUES YO NO RECUERDO ESTAR TRISTE!

González Lema, I; Carrasco Cendón, L; Ubeira Bao, B.

Concepción Arenal

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 80 años traída por los hijos por decaimiento, irascibilidad y sobretodo, déficits de memoria y orientación discontinuos, desde fallecimiento de su pareja hace meses. Previamente, funcionamiento basal autónomo, activo, sin déficits cognitivos relevantes. Últimamente, hiporexia, encamamiento con insomnio. Vive sola, supervisada por hijos, realiza compra y tareas domésticas. Mantiene autocuidado personal. Orientada en persona y espacio, desorientada en tiempo. Hipoprosexia. Actitud pasiva, minimizando clínica. Ánimo depresivo. Niega sentimientos de tristeza. Astenia. Apatía. Anhedonia. Abandono parcial de las actividades habituales. Exploración física anodina.

Análítica (sangre-orina) normal. TAC cerebral:atrofia cortical. Minimental 22 (normal). Diagnosticamos Pseudodemencia Depresiva, iniciando tratamiento con Escitalopram 15mg y Trazodona 100mg cada 24 horas, con mejoría clínica.

CONCLUSIÓN: La depresión en el anciano puede enmascarse con otros síntomas: pérdida de apetito, fallos mnésicos, insomnio, abulia, quejas somáticas varias... siendo la alteración del estado de ánimo poco significativa. El deterioro cognitivo de aparición brusca es la causa más frecuente de consulta médica.

Descartaremos la existencia de deterioro cognitivo usando herramientas de cribado, como el Minimental. Dada la elevada comorbilidad con enfermedades orgánicas, realizaremos hemograma y bioquímica completas. Si la clínica lo sugiere y no hay antecedentes depresivos previos es recomendable realizar pruebas de neuroimagen (TAC-RMN).

En el tratamiento combinaremos psicoterapia y antidepressivos (de elección ISRS y los ISRN, seguidos de bupropión y mirtazapina).

DOCTOR...TENGO PÁNICO A TENER PÁNICO

González Lema, I; Morado González, C; Ferreiro Serrano, M.T.

Concepción Arenal

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer acude a consulta tras varias asistencias a

Urgencias por dolor torácico, palpitations y disnea, sin evidenciarse patología orgánica. Hace meses, conduciendo, inició palpitations, disnea con opresión torácica y miedo a muerte inminente, de corta duración. Actualmente, miedo a nuevas crisis, lo que deteriora sus actividades, evitando tanto lugares multitudinarios como la soledad. Exploración física anodina. Se realizan: EKG y analíticas (sangre y orina) normales. Sospechamos Crisis de pánico con agorafobia, iniciando tratamiento con Sertralina50mg y Trankimazin0.5Retard, con mejoría clínica, consiguiendo hacer vida casi normal.

RELEVANCIA PARA AP: El trastorno de pánico con agorafobia está presente en 3.5% de la población, iniciándose habitualmente entre los 20-30 años, más en mujeres.

Su principal manifestación es la aparición brusca e inesperada de temor a morir con síntomas somáticos acompañantes y ansiedad anticipatoria por miedo a padecer un nuevo episodio. Esto les convierte en hiperfrecuentadores al servicio de Urgencias.

En este caso, además, la paciente presenta agorafobia (miedo a estar solo o en situaciones en las que, ante una nueva crisis sería difícil obtener ayuda); generando un incapacitante deterioro sociolaboral.

Es en AP donde debemos realizar una anamnesis detallada para llegar a la sospecha de esta patología y explicar al paciente la realidad de su enfermedad para evitarle la peregrinación por diversas consultas y realización de pruebas innecesarias.

DOCTORA! DOCTORA! ME PICA LA ESPALDA

Espantoso Romero, M¹; Duarte Pérez, A²; del Villar Guerra, Y.A³.

¹MIR IV Y III, CS. Teis; | ²MIR V CS. Pintor Colmeiro

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 64 años con Enfermedad de Crohn, diverticulosis colónica e hipertiroidismo que acude a consulta por prurito intenso y dolor que describe como sensación de quemazón en la espalda a nivel infraescapular de un mes de evolución.

A la exploración, mancha hiperpigmentada con bordes mal definidos a nivel infraescapular en región dermatómica entre D2 y D6. No vesículas herpéticas. Impresiona de neuralgia parestésica. Pautamos tratamiento tópico con corticosteroides sin resultados. Se pautó medicación antipruriginosa a base de capsaicina, mentol y alcanfor que proporcionaron alivio pero no resolvieron cuadro, por lo que se deriva a Dermatología. Realizan biopsia: acantosis focal y queratinocitos necróticos. Dada persistencia de prurito pese a tratamientos deciden emplear inyecciones de toxina botulínica, obteniendo mejoría pero no remisión.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: La neuralgia parestésica es un desorden bastante común pese a lo cual no se diagnostica con tanta frecuencia. El diagnóstico es clínico ante la aparición de lesiones típicas en forma de máculas hiperpigmentadas, unilaterales, en zona escapular, sin eritema ni descamación, aunque en ocasiones se pueden apreciar lesiones por rascado. Afecta con mayor frecuencia a personas de mediana edad y sexo femenino. Debemos conocer esta entidad y poder explicar al paciente que no es una enfermedad grave pero sí crónica con remisiones y exacerbaciones periódicas, que produce grandes molestias y disminuye la calidad de vida.

DOCTORA, ¡TENGO UN BULTO EN LA CABEZA!

Espantoso Romero, M¹; Seco Novo, L¹; García Gavin, J.R.²

¹Centro de salud de Teis en Vigo | ²Centro de especialidades de Coia

Varón 75 años sin antecedentes, acude a consulta por lesión en región frontal de 2 meses de evolución y rápido crecimiento, que a la exploración se evidencia como una placa tumoral de 6 cm de bordes mal definidos.

Se deriva a Dermatología, donde confirman diagnóstico de carcinoma de células de Merkel (CCM). Tras exéresis del tumor, se realizan estudios de extensión, objetivando metástasis a nivel parotídeo bilateral. Tumor estadio IV, proponiéndose quimioterapia sistémica como primera opción.

El CCM es un tumor poco frecuente, muy agresivo, con tendencia a metastatizar y alta tasa de mortalidad. La forma de presentación más habitual: tumores solitarios, raramente ulcerosos, no dolorosos y frecuentemente en áreas fotoexpuestas.

Para el diagnóstico diferencial debemos tener en cuenta otros tumores similares a la inspección visual como el melanoma nodular amelanótico, las metástasis cutáneas del carcinoma de células pequeñas de pulmón...

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Tumor muy agresivo cuyo diagnóstico se pasa por alto, sobre todo por desconocimiento de entidad. No todo Carcinoma Cutáneo no melanoma es basocelular o espinocelular.

Útil el conocimiento del CCM en atención primaria ya que ante la mínima sospecha y dada la agresividad del mismo debemos derivar URGENTEMENTE. Antes de tomar una actitud expectante o dar tratamiento es importante una mínima aproximación diagnóstica, y ante la duda o sospecha siempre actuar rápido.

DOCTORA, ¿POR QUÉ ESTOY MÁS TORPE?

Seco Novo, L; Espantoso Romero, M; Dorado Campos, O.

Centro de Salud Teis (Vigo)

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 51 años, acude a consulta evidenciándose clínica de un año de evolución. Presenta dificultad para hablar. En el trabajo le comentaban que no movía bien los brazos al caminar y movía mucho los pies. No dificultad para levantarse de sillas o darse la vuelta en cama. Refiere cambios en caligrafía e historia de temblor intencional.

Desde inicio, empeoramiento progresivo con ausencia de respuesta a tratamiento antiparkinsoniano y persistencia a pesar de marcapasos de presíncopes en relación con hipotensión ortostática.

A la exploración, hipomimia facial, taquifemia, hipofonía, palilalia y bradicinesia con funciones superiores preservadas. Ligera hiperreflexia de miembros inferiores. Reflejo cutáneo plantar flexor izquierdo, indiferente derecho. Sensibilidad conservada. No atrofia muscular. Discreta actitud en flexión. Marcha a pasos cortos, arrastrando pies, ausencia de braceo izquierdo, muy leve derecho. Resto sin anomalías.

Se diagnostica de síndrome rígido acinético asimétrico y se deriva a Neurología. Realizan TAC, analítica con TSH, ceruloplasmina, cupremia y cupruria sin alteraciones. Se solicita escintigrafía cardíaca por imposibilidad para realizar RM. Los resultados sugieren Atrofia multisistémica (AMS) (no degeneración de neurona postsináptica) antes que enfermedad de Parkinson idiopática.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: No todo síndrome rígido acinético es Parkinson. La asociación de parkinsonismo no sensible a levodopa, disfunción autonómica, ataxia cerebelosa y signos piramidales nos deben hacer sospechar AMS.

DOCTORA... VEO BORROSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Delgado Garrido, N¹; Varela Pérez, M²; Fernández Álvarez, I³; Carballo Taboada, U¹
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Pontevedra.

¹Centro de Salud De Bueu, ²Centro de Salud de Lérez, ³Centro de Salud de Vilagarcía

Paciente de 64 años que consulta por visión borrosa.

ANTECEDENTES PERSONALES: Hipertrofia benigna de próstata, psoriasis, miopía.

Consulta por visión borrosa desde hace 2 semanas (no es capaz de enfocar las fichas de dominó) y luces en lado izquierdo sin otro tipo de síntoma neurológico.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Buen estado general, latido carotídeo simétrico sin soplos, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal, pulsos distales presentes, no edemas. Neurológicamente: consciente con funciones superiores apropiadas, hemianopsia homónima izquierda con resto de pares craneales, fuerza, tono y reflejos musculares normales, sensibilidad normal, reflejo cutáneo plantar flexor, coordinación y marcha normales.

Desde nuestra consulta de primaria lo remitimos a oftalmólogo que lo remite al Servicio de Urgencias.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica y rx tórax normal.
- TAC CEREBRAL: a nivel parieto-occipital derecho gran lesión nodular heterogénea y área de edema perilesional con compresión de las estructuras adyacentes colapsando el asta posterior del ventrículo lateral derecho y mínimo desplazamiento de la línea media. Dicha masa mide 4.7 x 7.3 cm y tras contraste realce en anillo de forma periférica sugestivo de neoplasia glial de alto grado.

La resonancia confirma el diagnóstico y se traslada a Neurocirugía donde se reseca la lesión (anatomía patológica informa metástasis de carcinoma pobremente diferenciado). En la actualidad está con quimioterapia y ya ha recibido radioterapia.

Un síntoma como visión borrosa en un paciente con gafas puede hacer pasar por alto un problema muy grave sin la correcta exploración.

DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO, VERSUS CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR

Martínez Couselo, J.J.; Pazos González, J.; Iglesias Losada, R.

Centro Saúde de Vite. Santiago

Varón de 65 años, diagnosticado de: diabetes, hiperlipemia, hipertensión arterial y consumo excesivo de alcohol. Acude a consulta de su médico de atención primaria refiriendo molestias abdominales, que inicialmente se valoran como dolor abdominal inespecífico; se pauta tratamiento con omeprazol y se mantiene en observación. Al mes, se evidencian un CEA elevado y un efecto masa en flanco derecho. Se remite al servicio de gastroenterología en el que realizan un estudio colonoscópico con los siguientes resultados: hemorroides internas, poliplectomía de 2 pólipos adenomatosos, divertículos y un defecto

en la pared del colon derecho que se informa como una probable compresión extrínseca. El paciente queda en lista de espera para nueva valoración. Ante el empeoramiento del cuadro, se remite al servicio de urgencias, ingresando en el servicio de medicina interna para estudio. En el TAC abdominal se visualizan imágenes de una lesión maligna en la vesícula biliar con afectación hepática y diseminación abdominal.

El carcinoma de vesícula tiene una prevalencia del 3% respecto a la patología tumoral del aparato digestivo, es de 6 veces más frecuente en mujeres que en hombres y más del 75% de los casos se diagnostica en fases avanzadas con limitadas alternativas terapéuticas curativas.

Los dolores abdominales valorados como inespecíficos forman parte de la incertidumbre diagnóstica, debemos pensar en los probables diagnósticos diferenciales y realizar las pruebas complementarias necesarias para identificar su etiología.

DOLOR TORÁCICO Y PALPITACIONES

Fernandez Souto, F; Barral Segade, P; Garcia-Ciudad Young, V.

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela

MC: Palpitaciones y dolor torácico

AP: No AMC. Esófago de Barrett. Tto: omeprazol, alprazolam.

EA: Paciente que consulta por palpitaciones y dolor torácico en reposo, no irradiado, no cortejo vegetativo. Ni otra clínica acompañante.

EF: TA: 159/107 mmHg; FC 202 lpm; Tª 36,8°C. Sat O2:97%

COC. BEG. Eupneico.

ACP: taquicárdico, no soplos. MVC

Abd: blando, deresible no doloroso. No masas ni megalias.

MMII: no edemas y pulsos conservados.

NRL: no signos de focalidad grosera.

PC:

Analítica: Leucos 6.800 (N 47,9%, L39%), Hb 16, Hto 43,3, INR 0,99, TTPA 22,3, TP 100, Glu 121, Urea 25, Cr 1,1, GPT 81, GOT 48, GGT 245, Bb Total 1,3, Na 140, K 4,6, Mioglobina 57, Troponina I 0,18 y a las 6 horas 0,21.

ECG: taquicardia supraventricular, a 220 lpm. Infradesnivel de ST en V4-V6.

JC: Taquicardia supraventricular.

Angor hemodinámico.

Plan: Realización de maniobras vaso-vagales, descendiendo la FC a 196 lpm. Posteriormente se administra adenosina 6mg en bolo iv presentando reversión a ritmo sinusal con FC 93 lpm y descenso de ST en V4-V6 en relación a angor hemodinámico. Se repite ECG en 1 hora con FC normal sin presentar alteraciones en ST. Además se administra adiro y clopidogrel.

Conclusiones: Ante una taquicardia supraventricular el tratamiento inicial consiste en la realización de maniobras vasovagales. Si no revierte, administraremos adenosina según la pauta 6-6-12. De persistir la arritmia, intentaremos controlar la frecuencia cardiaca farmacológicamente en situación de estabilidad hemodinámica; en caso contrario recurriremos a la cardioversión eléctrica.

ECOGRAFIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fariña Díaz, L; López Fernández, T.

C.S. de Culleredo (Ace de Ama)

Varón 61 años con antecedentes de hipertensión arterial tratada con Enalapril, SAOS a tratamiento con CEPAP y fumador de un paquete diario desde los 18 años, que acude a la consulta por presentar desde hace aproximadamente un mes molestias abdominales difusas postprandiales de predominio nocturno, acompañadas de náuseas sin vómitos ni ninguna otra clínica añadida, sin síndrome general ni pérdida de peso.

A la exploración física destaca una hepatomegalia de 11 traveses y una esplenomegalia de 2 traveses. Resto de la exploración normal.

Al disponer de Ecógrafo en la consulta realizamos el estudio de imagen y vemos un hígado totalmente desestructurado en probable relación con una hepatopatía evolucionada con múltiples nódulos compatibles con metástasis que reemplazan todo el parénquima. Dado el hallazgo, derivamos al paciente al Hospital para ingreso y estudio.

En Urgencias, le realizan Radiografía de Tórax, donde se encuentra una masa pulmonar en región paramediastínica superior-parahiliar izquierda. Se completa el estudio con TAC, que confirma la presencia de un Carcinoma de Pulmón con afectación ganglionar mediastínica y metástasis hepáticas.

La ecografía es una prueba de imagen útil en la consulta porque podemos realizarla de forma inmediata, no es dañina para el paciente y obtenemos resultados en el momento. Hace falta entrenamiento pero nos ayuda a distinguir lo normal de lo patológico y muchas veces lesiones benignas de malignas.

EDEMA FACIAL PRIMER SÍNTOMA DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

Carrodegas Santos, L; Vázquez Méndez, M; Ferreiro Vigo, L.

Centro de Salud Elviña

Varón de quince años sin antecedentes de interés. Consulta por edema periorbitario derecho de una semana de evolución sin otra clínica. Se pautan antihistamínicos pensando en cuadro alérgico. Dos semanas después acude por persistencia de clínica y tos seca más frecuentemente nocturna asociado a ortopnea. No clínica catarral, fiebre disnea de esfuerzo, ni síndrome general. Exploración física ingurgitación yugular y circulación colateral en la mitad superior del hemitórax derecho. En la auscultación pulmonar disminución del murmullo vesicular superior derecho. Ante la sospecha de síndrome de vena cava superior se realiza radiografía de tórax urgente y se evidencia una masa mediastínica anterior, de ecoestructura sólida y heterogénea con derrame pleural asociado. El TAC tóraco-abdominal dicha masa mediastínica comprime vasos pulmonares derechos e infiltra vena cava superior con trombo intraluminal. Completado el estudio es diagnosticado de Linfoma B de célula grande difuso (tímico) primario de mediastino.

El síndrome de vena cava superior es un cuadro clínico por la obstrucción del flujo sanguíneo de la vena cava superior hacia la aurícula derecha por compresión o invasión de la misma. Etiología maligna en el 90% de los casos por eso es importante sospechar este cuadro ante los primeros síntomas por los que los pacientes acudirán a atención primaria.

EFICACIA DE LA CITICOLINA EN LAS SECUELAS DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR CRÓNICA

Ubeira Bao, B; González Lema, I; Ferreiro Serrano, MT.

CAP. Concepción Arenal

DESCRIPCIÓN DEL CASO: contamos con tres casos de pacientes que han sufrido un ACV en los últimos 3 meses, los cuales presentan secuelas motoras, sensitivas y cognitivas, destacando una importante alteración de la esfera emocional. Iniciamos tratamiento con citicolina a dosis de 2000 miligramos vía oral/día. Se realiza seguimiento domiciliario, dos visitas/semana, durante tres meses, estadificando la evolución con diferentes escalas (Barthel, Escala de modificación de Rankin, MMSE, Escala Ictus NIH). Se objetivó una escasa mejoría en la recuperación de la hemiplejía y espasticidad, pero sin embargo una notable mejoría de la capacidad atencional, síntomas depresivos y comportamiento. Como único efecto secundario se dio la cefalea durante los primeros días de tratamiento, desapareciendo posteriormente.

RELEVANCIA PARA AP: La Enfermedad Cerebrovascular constituye la tercera causa de muerte en el mundo desarrollado y la primera de invalidez en adultos. La citicolina es un fármaco seguro y eficaz para el tratamiento de la ECV, tanto aguda como crónica, presentando un efecto beneficioso sobre la memoria y el comportamiento, al menos a corto plazo, pero todavía no disponemos de suficientes estudios para confirmar que la mejoría se mantiene a largo plazo. En AP solemos emplear este fármaco en Alzheimer y Demencia Senil, en muchos casos incrédulos sobre su eficacia, dado que no observamos cambios significativos. En la ECV los efectos pueden ser notorios a corto plazo, sobre todo de síntomas depresivos, comportamiento y capacidad perceptivo-motora.

EL CAMINO DE LAS TRANSAMINASAS

Sarmiento García, V.; Díaz Díaz, J.L.; Calvo López, R.

CS Cambre, Servicio de Medicina Interna D CHU A Coruña, Servicio de Urgencias CHU A Coruña

Varón, 22 años. NAMC. No AP interés.

Consulta en su CS por náuseas y epigastralgia de una semana. Tras una EF anodina, se opta por tratamiento sintomático y se solicita analítica, objetivándose una GPT 1022, GOT 348, GGT 117. Se plantea comenzar el estudio básico de la alteración de las transaminasas, pero ante empeoramiento del cuadro, el paciente acude antes al S. Urgencias.

EF similar a la inicial salvo por ictericia cutáneo-mucosa.

Analíticamente incremento de los niveles de transaminasas, así como de bilirrubina total.

Ecografía abdominal: estasis venosa en venas suprahepáticas.

Se decide ingreso para filiación de su hepatitis aguda. Entre las PC realizadas solo cabe destacar una CERULOPLASMINA Y UNA CUPREMIA BAJAS, siendo el resto negativas.

Ante mejoría clínica espontánea, con disminución de su hipertransaminasemia, es dado de alta y citado para nuevos estudios, entre ellos una PUNCIÓN HEPÁTICA GUIADA POR TAC, Y CITA EN OFTAMOLOGÍA...

...¿A DÓNDE ME LLEVARÍAN LAS TRANSAMINASAS?

Desde AP, disponemos de herramientas (laboratorio e imágen), que nos permitirán, junto con la HC y la exploración, realizar una correcta filiación de las alteraciones de la función hepática, y que determinarán hasta dónde es factible el estudio y cuándo es necesaria la derivación, bien sea por la gravedad del cuadro, o por precisar de PC no disponibles.

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN VERSUS TUBERCULOSIS; ENFOQUE CLÍNICO Y ANATOMOPATOLÓGICO. VHH8 IMPLICADO.

Cabanas López de Vergara, A.; Ocampo Martínez, R.

P.A.C. Monforte de Lemos, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Orense, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

DESCRIPCIÓN: La enfermedad de Castleman es un desorden linfoproliferativo atípico, raro, clínicamente asociado a riesgo de linfoma maligno. Incidencia en adultos; debut en 70% de casos como tumor solitario en mediastino.

Varón 74 años consulta por fatiga, tos, diaforesis. AP alergia a Penicilina, exfumador, alcoholismo, amigdalectomía, colecistectomía. EF Adenopatía axilar a estudio diagnóstico de linfadenopatía inflamatoria; tratado de TBC.

Al año adenopatías bilaterales, nivel axilar e inguinal. En analítica destaca VSG 49, CD +, FR 89.8 UI/ml. Elevación de fracción gamma en proteinograma. B2microglobulina 4.3mg/dl.

TAC: adenopatías axilares bilaterales, mediastínicas paratraqueales, retroperitoneales, paniculitis mesentérica.

BIOLOGÍA MOLECULAR MO: reordenamiento oligoclonal de TCR.

BIOPSIA ADENOPATÍA AXILAR: plasmocitosis policlonal, +VEB, positividad moteada para VHH8 en células estromales y linfocitos. Hiperplasia angiofolicular linfoide.

CONCLUSIONES: Se trata de la Enfermedad de Castleman.

EXISTEN DOS VARIANTES:

- Localizada, buen pronóstico. Tto quirúrgico curativo
- Múlticéntrica como en este caso presentándose con manifestaciones sistémicas y relacionado con transformación a linfoma y desarrollo de Sarcoma de Kaposi.

El tratamiento en este caso precisa de quimioterapia y esteroides al no ser la cirugía suficiente, de ahí la importancia de diagnóstico precoz. Manifestaciones clínicas inespecíficas con diagnóstico difícil. Importante el resultado AP. Considerarla en diagnóstico diferencial de tumores ganglionares.

ENFERMEDAD DE LYME

Regal faraldo, M.I.

Vigo

Paciente que acude por dolor en brazo izquierdo. Refiere hinchazón progresiva y eritema en brazo desde hace mes y medio, coincidiendo con probable picadura de insecto a nivel de codo. Presentó un habón en codo que fue creciendo hasta alcanzar todo el miembro superior. Su médico le pautó corticoides con respuesta aceptable pero con exacerbaciones al disminuir dosis, por lo que lo suspendió y empeoró.

Exploración: febrícula. Lígero eritema y calor generalizado en miembro izquierdo. Tumefacción dolorosa y eritema con fluctuación en codo izquierdo. Dolor a palpación 1º articulación MCF con eritema y herida puntiforme sin signos de infección épicadura?. Dolor a movilización hombro. Resto exploración normal. Pruebas: leucocitosis con neutrofilia. Resto normales.

JC: oligoartralgias/posible oligoartritis en paciente con antecedente épicadura insecto? Y suspensión brusca de corticoides.

Reumatología: solicita analítica sangre, orina, serologías: hepatitis; VIH, parvovirus B19; serogías bacterianas (brucella, coxiella, borrelia, treponema, leishmania). pauta: reposo relativo, corticoides pauta descendente y revision.

Presenta serologías positivas para borrelia burgdoferi. Sin datos de carditis ni afectación neurológica. Pauta: doxiciclina 100x2 y revision.

Prácticamente asintomático. Afebril y buena evolución. Repite analíticas y serologías.

Diagnóstico enfermedad de Lyme de larga evolución tratada con tetraciclina con respuesta completa. La serología positiva para Borrelia burgdoferi, podría persistir durante años, sin significación patológica, en ausencia de sintomatología y alteraciones analíticas. Borreliosis más importante en nuestro medio, transmitida por garrapata ixodes.

ENFERMEDAD DE STILL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Duarte Pérez, A; Sieira Sampedro, C; Callejas Cabanillas, P.A

Centro de Salud de Teis

Mujer 58 años ingresa por cuadro de poliartralgias de tiempo de evolución, artritis en muñeca derecha y fiebre (38.5°C). Desde hace dos meses presenta erupción máculo-papular pruriginosa rosada en extremidades que se inicia por la tarde y mejora por la noche. Exploración: normal. Pruebas complementarias: Leucocitos 19.860 (91.6% neutrófilos) Hemoglobina 11.8; Plaquetas 603000; Ferritina 1119; PCR 211; VSG 59; GOT 38; GPT 77; GGT 295; FA 646; LDH 527; FR, ANA, ANCA y HLA B27 negativos; Serologías: normales; Radiografía manos normales; TAC: esplenomegalia, adenopatías en mediastino. Tratada con corticoides con remisión de síntomas.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: La enfermedad de Still no es posible diagnosticarla desde atención primaria, aunque si es importante su sospecha. Se trata de una enfermedad reumática inflamatoria en adultos jóvenes.

Clínicamente presenta fiebre en agujas de predominio vespertino, odinofagia, exantema máculo-papular asalmonado pruriginoso en tronco y extremidades, hepato- esplenomegalia, adenopatías, artritis poliarticular y poliartralgias. En analítica presencia de anemia, leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis, ferritina elevada y aumento de reactantes de fase aguda.

Diagnóstico: Criterios de Yamaguchi (5 criterios, siendo dos mayores). Mayores: Fiebre mayor 39°C, Artralgias de más de 2 semanas, Leucocitosis; Menores: Odinofagia, Factor reumatoide negativo, ANA negativo, Alteración de la función hepática, Linfadenopatías y/ o esplenomegalia.

Tratamiento: Antiinflamatorios, glucocorticoides e inmunosupresores.

Pronóstico: incierto, determinado por la artritis

ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. REFLEXIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Tarrazo Antelo, AM; García Rodríguez, R; Galiano Leis, MA

Gerencia de AP de Santiago

Paciente de 31 años que refiere inflamación articular de días de evolución. Comenzó hace 5 días con malestar general y aumento de deposiciones, iniciando por su cuenta Amoxicilina.

EF: tumefacción, eritema y dolor en 1ªMTF y tobillo derecho, y derrame en ambas rodillas. Resto normal. No antecedentes.

JC: Sospechamos Artritis (¿infecciosa/por cristales/reactiva?), derivando a reumatología para artrocentesis/otras pruebas.

Enfermedades reumáticas: procesos asociados a inflamación articular (artritis). Artritis séptica: infección articular (vía hematogena, piel o contigüidad). Preferentemente monoarticular, en rodilla, cadera o tobillo.

Artritis reactiva: sinovitis crónica estéril (origen autoinmunitario) por infección gastrointestinal (salmonella/shigella/campilobacter) o genitourinaria (chlamydia). Considerando Síndrome de Reiter completo o incompleto según existan o no: artritis, uretritis/cervicitis y conjuntivitis.

RELEVANCIA PARA AP: afortunadamente, la Medicina Familiar va siendo reconocida con justicia como el nivel de atención capaz de resolver la mayoría de problemas de salud de la comunidad. Estamos cada vez más cualificados y dispuestos a asumir los retos que la nueva Medicina exige. Frecuentemente se desaprovechan ese interés y capacidad por la carencia de recursos que permitirían llegar más allá en el diagnóstico. Generalmente no accedemos a muchas pruebas, como en este caso, de Laboratorio. Reflexionamos sobre el interés de ampliar recursos al alcance de AP, entrenando a los profesionales en su uso racional.

A nuestro paciente se le sospechó artritis reactiva a gastroenteritis bacilar.

ENFISEMA SUBCUTÁNEO TRAS TRAUMATISMO TORÁCICO

Varela Sandá, T; Soutullo Lema, L; Buján Garmendia, SM.

PAC Santiago de Compostela

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 76 años acude a PAC por dorsalgia tras caída de 1.5 m de altura. La exploración física y la radiografía de columna dorsal fueron anodinas, siendo dado de alta con Metamizol. A las 24 horas consulta de nuevo por aumento del dolor e hinchazón de tórax y cuello asociado a disfonía.

En el exámen físico destacaba la presencia de crepitantes palpables en tórax y cuello, por lo que fue derivado al hospital con diagnóstico de enfisema subcutáneo postraumático.

Ingresó hemodinámicamente estable en el servicio de Urgencias. El estudio radiológico objetivó fractura de 4º arco costal posterior izquierdo, neumotórax bilateral, neumomediastino y enfisema subcutáneo. Fue trasladado a la planta de Cirugía Torácica con colocación de drenajes bilaterales y control analgésico. La evolución fue favorable siendo dado de alta a la semana.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: El enfisema subcutáneo es una de las posibles complicaciones tras un traumatismo torácico, siendo éste la causa más frecuente.

Solo un 10-15% precisarán cirugía, la mayoría se tratarán de manera no quirúrgica. El enfisema suele resolverse espontáneamente en 2-3 días salvo en los casos preocupantes, donde se pueden colocar agujas de forma percutánea en el tejido celular subcutáneo.

Ante la incidencia de traumatismos torácicos debemos prestar especial atención a posibles complicaciones en su evaluación inicial.

ERITRODERMIA

Martínez Mullor, C; De Castro Santalla, H; Aller Gómez, C.

CS San Jose

Varón de 75 años, sin antecedentes personales patológicos de interés, consultó por aparición desde hacía dos años de enrojecimiento cutáneo progresivo y prurito intenso. Refería polidipsia y sensación distérmica, con pérdida de 10 kg de peso en los últimos meses

Tª:36°C. TA :125/76. ACP normal

Eritema descamativo generalizado respetando cara y mucosas. Edema con fovea en MMII. Presentaba además adenopatías axilares bilaterales.

LABORATORIO

En la analítica de sangre se evidenció una anemia normocítica, VSG 36, bioquímica normal, marcadores tumorales negativos, serología VIH, hepatitis, sífilis y HTLV I+II negativo.

Biopsia punch brazo.

Presencia de linfocitos T con epidermotropismo formando microabscesos de Pautrier

JUICIO CLÍNICO: Micosis fungoide

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO: Estadificación de la micosis cutánea: T4N1B1. Se inicio tratamiento con corticoides tópicos y PUVA.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La eritrodermia es un estado patológico caracterizado por eritema y descamación en más del 90% del cuerpo. La mayoría de los casos son secundarios a psoriasis, fármacos o linfoma cutáneo. La micosis fungoide es un linfoma de células T cutáneas, que representa el 2-3% de todos los linfomas. La etiología es desconocida: distintos carcinógenos, retrovirus o antígenos cutáneos.

A pesar de no ser un diagnóstico frecuente en el ámbito de la atención primaria, debe ser una posibilidad que hay que tener en cuenta en los casos de psoriasis de evolución tórpida o en una eritrodermia

ERUPCIÓN CUTÁNEA CON FLUOXETINA

Sánchez Campos, V.; Cerrato Rodríguez, J.

Centro de Salud Elviña-Mesoiro

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 36 años que acude al Punto de Atención Continuada por lesiones cutáneas que aparecieron el día anterior y que hoy se vuelven pruriginosas. Hace 5 días que comenzó a tomar fluoxetina. Al explorarla presenta una erupción cutánea con pápulas de 1-2 mm de diámetro no eritematosas en cara, brazos y tronco. Revisando la ficha técnica

del medicamento encontramos que ante la aparición de cualquier erupción cutánea u otra reacción alérgica para la cual no se pueda encontrar otra etiología, deberá suspenderse inmediatamente la fluoxetina, ya que se han comunicado casos de erupciones cutáneas, reacciones anafilactoides y reacciones sistémicas progresivas, en ocasiones graves. Ante esto decidimos suspender el antidepresivo, pautando antihistamínicos a la paciente con progresiva mejoría clínica.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Las reacciones medicamentosas son cualquier efecto perjudicial o indeseado que ocurre tras la administración de un fármaco normalmente utilizado para la profilaxis, diagnóstico y/o tratamiento. Pueden ser reacciones predecibles (como los efectos secundarios) o impredecibles (como las reacciones alérgicas).

Con este caso queremos resaltar la importancia de revisar la medicación y sus efectos secundarios ante síntomas nuevos de nuestros pacientes, ya que en muchos casos puede existir una relación entre los mismos. Además consideramos que es muy útil conocer bien los principales efectos adversos de las medicaciones que más utilizamos.

ESPLENOMEGALIA EN PACIENTE CON SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO **Barreiro Cambeiro, A.; Buceta Eiras, G.**

Centro de Saúde Elviña-Mesoiro

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Muller, 67 anos. Leucocitosis de 16800/mm³, plaquetas 146000/mm³, hemoglobina 12.9 mg/dl. Na exploración palpamos esplenomegalia confirmada con ecografía realizada no centro de saúde (19 cm de diámetro). Ante a persistencia das alteracións xunto cun test de mononucleose negativo e transaminasas normais, cúrsase interconsulta preferente con Hematoloxía.

Durante a espera, a paciente presenta pérdida de peso, astenia, edemas de membros inferiores e pápulas prurixinosas en brazos e escote. Na analítica: leucocitos 57.270/mm³, plaquetas 142000/mm³, hemoglobina 7 mg/dl; na ecografía, o tamaño do bazo aumenta con visualización de adenopatías retroperitoneais. Cúrsase de novo interconsulta para Hematoloxía, establecendo finalmente contacto por vía telefónica.

En Hematoloxía confirmouse mediante TC esplenomegalia de 27 cm con adenopatías retroperitoneais. Biopsia de medula ósea cunha infiltración por Síndrome Linfoproliferativo crónico B de baixo grado.

Iníciase tratamento quimioterápico con progresiva recuperación clínica e volta á normalidade das alteracións analíticas e do tamaño do bazo.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: A demora na atención das interconsultas emitidas dende Atención Primaria pode empeorar o pronóstico en determinadas enfermidades a pesar que dende o noso nivel asistencial fagamos un correcto diagnóstico das mesmas. Creemos que, en casos concretos como o que presentamos, sería interesante dispoñer dunha liña telefónica para comunicarse co especialista e así poder axilizar a valoración de determinados pacientes.

EXANTEMA MORBILIFORME POR...

Arias Amorín, I¹; Pérez Vázquez, C²; Carrodeguas Santos, L²

¹C. Saúde Cambre | ²C. Saúde de Elviña

Mujer de 17 años, sin antecedentes clínicos relevantes con un cuadro de febrícula, odinofagia intensa y mialgias de días de evolución. En la exploración:

amígdala derecha con adenopatías laterocervicales y retroauriculares. Se diagnóstica de faringoamigdalitis aguda y se trata con Amoxicilina e Ibuprofeno. 8 días después acude a nuestra consulta con una reacción cutánea eritematosa maculo-papular y pruriginosa en cara, tronco, extremidades y espalda que respeta palmas, plantas y pliegues. Se diagnóstica de posible exantema morbiliforme por amoxicilina en contexto de una mononucleosis infecciosa, lo que se confirma mediante valores analíticos.

Importancia clínica para atención primaria: realizar diagnóstico diferencial correcto de patología faringoamigdal, de toxicodermias que pueden imitar cualquier dermatosis, utilidad del estrepto-test en consulta.

FIEBRE BOTONOSA

Del Villar Guerra, Y.A¹; Espantoso Romero, M²; Duarte Pérez, A.³

¹C.S Pintor Colmeiro | ^{2,3}C.S Teis

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria y especializada.

Paciente de 49 años que refiere episodio de fiebre (38°C) con vómitos y malestar general, de 4 días de evolución. Además nos comenta que en el invierno pasado presentó 2 episodios similares de fiebre y exantema al que no dio importancia.

ANTECEDENTES: NAMC. Sin interés.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Buen estado general. COC. Piel sin lesiones. Ruidos cardíacos rítmicos. Murmullo vesicular pasa bien en ACP. Abdomen blando, no doloroso, no palpo masas ni megalias. Ruidos intestinales presentes. No adenopatías. Neurológico conservado.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma y coagulación normal. PCR: 6.28mg/L. VSG: 128mm/h. Ig M: 377mg/dL. Rickettsia conorii Ac Ig M POSITIVO en sangre.

DIAGNÓSTICO: Fiebre botonosa.

CONCLUSIONES: La fiebre botonosa es una enfermedad en auge y España es una área endémica. Dada la importancia de iniciar al tratamiento precozmente para evitar la aparición de graves complicaciones debe tenerse una alta sospecha clínica en paciente con fiebre, artromialgias y exantemas.

FIEBRE, ARTRALGIAS Y PETEQUIAS, ¿QUÉ TENGO DOCTORAS?

Méndez Fabeiro, MI; González Lema, I; González González, C.

Ambulatorio Concepción Arenal

Descripción del caso: Paciente alemán de 45 años que lleva 48 horas en España. Acude al PAC por cuadro de 24 horas de evolución de fiebre, cefalea, odinofagia, lesiones cutáneas no pruriginosas y dolor y tumefacción en ambas rodillas. No presenta alergias medicamentosas y fue apendicectomizado. Está hipotenso (TA 90/50), febril (39°) y presenta erupción eritematosa puntiforme diseminada compatible con petequias. No presenta rigidez de nuca. En rodilla izquierda presenta un importante derrame articular, con incapacidad para la movilización debido al dolor. Ambas rodillas están eritematosas y calientes al tacto. Se deriva a urgencias hospitalarias por sospecha de artritis séptica. Allí realizan artrocentesis, obteniéndose líquido purulento en el que se evidencian diplococos gram negativos. La punción lumbar fue normal. Es ingresado en UCI por sospecha de meningococemia. Posteriormente es trasladado a la planta de Reumatología, donde evolucionó favorablemente con tratamiento antibiótico y

antiinflamatorio. Los diagnósticos al alta fueron oligoartritis séptica de ambas rodillas por N. meningitidis y meningococemia diseminada.

Relevancia para Atención Primaria: la artritis séptica es una urgencia médica y el paciente debe ser remitido al hospital ante su sospecha. Requiere drenaje y terapia antibiótica IV inmediatos. El retraso en el diagnóstico y tratamiento puede conducir a bacteriemia, sepsis, destrucción articular, discapacidad, necesidad de prótesis articular e incluso, al fallecimiento. Debido a todo esto los médicos de familia deben de reconocerla y actuar rápidamente.

GALICIA Y TUBERCULOSIS

Pérez Vázquez, C.; Arias Amorín, I.; Carrodegas Santos, L.

Centro Salud Elviña

Varón de 18 años, fumador de 5-7 cigarrillos al día, sin antecedentes personales de interés, que consulta por dolor en hemitorax derecho de 3 horas de evolución, que comienza mientras jugaba al fútbol, sin referir otra clínica acompañante. Dado el antecedente de episodios similares con mala respuesta a analgesia habitual y en ocasiones acompañados por tos, se solicita radiografía de tórax en la que se evidencia un infiltrado cavitado en lóbulo superior derecho. Ante la sospecha de tuberculosis se deriva a la unidad correspondiente donde solicitan baciloscopia que es positiva. Se inicia tratamiento con isoniazida, pirazinamida y rifampicina asociado a etambutol. El paciente esta actualmente en tratamiento con buena evolución.

Galicia es la autonomía con mayor tasa de incidencia de tuberculosis, que es una infección bacteriana contagiosa, por lo que su diagnóstico temprano es muy importante y es aquí dónde Atención primaria tiene un papel esencial, ya que es el primer nivel asistencial al que acuden los pacientes. En el diagnóstico diferencial de un paciente con dolor torácico debe constar siempre esta enfermedad.

GLUCEMIA CAPILAR Y TRATAMIENTO CORTICOIDEO

Vázquez López, M J.

Centro de Saude de Noia

OBJETIVO: Determinar la necesidad de realizar una glucemia capilar previo a inicio de tratamiento corticoideo.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA: Se trata de 2 varones de 52 y 48 años que acuden a consulta por patología aguda subsidiaria de ser tratada con corticoides a dosis medias-altas. No conocen antecedentes de diabetes, ni consta como antecedente en su historia electrónica.

Se realiza glucemia capilar previa al inicio del tratamiento con corticoides presentando cifras de 229 y 380 mg/dl, respectivamente. Realizada glicada en días posteriores presentan 10,8 y 11,9.

Los dos requirieron, inicialmente intervención intensiva sobre de su diabetes con insulización y medidas higiénico- dietéticas alcanzando objetivos de control metabólico que permiten retirada de insulina y paso a antidiabéticos orales en el plazo de 1 mes.

En uno de ellos se obvió el tratamiento corticoideo por no ser imprescindible. Probablemente en los 2 casos se haya evitado un ingreso hospitalario por descompensación hiperosmolar.

Sería rentable que a todos los pacientes, a partir de edades medias de la vida, que sean candidatos a ser tratados con dosis medias-altas de corticoides y sin diagnóstico de diabetes, se investigue si existen analíticas recientes (< 1 año) que descartan alteraciones de la glucemia y en caso contrario realizar glucemia capilar previa al inicio del tratamiento.

GRACIAS A LA ECOGRAFÍA

Aller Gómez, C; Díaz García, B; Herrero de Padura, I.

Centro de Salud de San José

Mujer de 72 años sin alergias médicas conocidas.

Antecedentes: litiasis biliar diagnosticada por ecografía hace 1 año sin clínica hasta el momento actual. No toma tratamientos habituales.

Acude a nuestra consulta por cuadro de un mes de evolución de astenia sin síndrome general ni otra sintomatología acompañante salvo queilitis bilaterales ocasionales en el último año.

Iniciamos estudio con analítica general que muestra mínimo patrón coleostático y en la exploración física únicamente llama la atención dolor a palpación en hipocondrio derecho sin signo de Murphy asociado. Dado que disponemos de ecógrafo en el centro realizamos prueba de imagen donde se objetivan múltiples lesiones redondeadas de distinto tamaño y ecogenicidad en parénquima hepático. Ante estos hallazgos se solicita TAC toraco-abdominal urgente que muestra proceso neoplásico de colon con metástasis hepáticas como responsable del cuadro. Actualmente se encuentra ingresada en espera de cirugía.

CONCLUSION: en este caso se pretende destacar no tanto la patología que se presenta, ya que no es infrecuente, sino la rapidez en el diagnóstico gracias a técnicas como la ecografía que afortunadamente se está extendiendo cada vez más al ámbito de Atención Primaria permitiéndonos diagnósticos más precoces y disminuir al máximo los tiempos de demora en la realización de pruebas complementarias y posterior retraso en el tratamiento en casos como éste.

HEMATOMAS DE IDA Y VENIDA

Suaréz Alen, S; Villanueva García, Y; Teijo Figueiras, P; López Seijas, C.S.

Urgencias Hospital da Barbanza. Urgencias CHUS.

Motivo de consultas: hematomas en pared abdominal

Antecedentes personales:

Apendicectomizado

Amigdalectomizado

No tratamientos habituales

Enfermedad actual: Varón de 35 años que acude por notar ardor en región abdominal y pecho junto con la aparición de hematomas.

Exploración física: TA 132/78, FC 94 lpm, Tº 37,6. ABD: en zona infraumbilical e hipocondrio izquierdo presencia de placas eritematovioláceas bien definidas y discretamente infiltradas. En región superior de tronco parches mal delimitados de coloración eritematosa de aspecto residual. Resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias

Análítica, Rx Tórax, ECG: normales

SEROLOGÍAS: Negativas

BIOPSIA CUTÁNEA: Hallazgos histológicos compatibles con exantema fijo medicamentoso.

JUICIO CLÍNICO: Exantema fijo medicamentoso

DISCUSIÓN: El exantema fijo medicamentoso es una toxicodermia cada vez más frecuente, que se caracteriza por la aparición súbita de máculas eritemato-violáceas, circulares u ovals, únicas o múltiples que aparecen en una localización específica de forma recurrente. En este caso clínico, el paciente refiere que este es su tercer episodio (los 2 previos después de sus cirugías). Está provocada por fármacos en un 85-100% de los casos, concretamente nuestro paciente había iniciado la toma de AINEs el día anterior por cuadro vírico. El diagnóstico es fundamentalmente clínico por lo que es imprescindible una anmesis exhaustiva sobre todo farmacológica.

HEMIANOPSIA HOMÓNIMA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA HIPERTENSIÓN NO DIAGNOSTICADA: RECONOCER EL ICEBERG SÓLO POR LA PUNTA.

Romero de Ávila Cabezon, G; Muñiz Mariño, V; Núñez Fernández, M.

Gerencia de Atención Primaria de Vigo

Varón de 42 años que refiere hemianopsia homónima autolimitada, de corta duración, con cefalea holocraneana, que remitió sin secuelas. Asintomático desde entonces.

No antecedentes.

EXPLORACIÓN: TA 165/100. Exploración por aparatos normal.

ECG: Signos de hipertrofia ventricular izquierda.

Análítica, Rx tórax, índice tobillo-brazo, fondo de ojo y ecografía abdominal: Normales.

TAC craneal y RMN: Signos de leucoaraiosis por lesión antigua.

ECOCARDIOGRAMA: Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo.

MAPA: TA media de 165/80 con descenso nocturno (patrón dipper).

JUICIO CLÍNICO: Crisis hipertensiva pasada. HTA grado II con lesión orgánica. Riesgo cardiovascular alto.

PLAN: telmisartán 80 mg, AAS 100 mg, atorvastatina 80 mg.

RELEVANCIA: La hemianopsia homónima es la ceguera consensuada de la mitad del campo visual de ambos ojos. Implica una lesión óptica por detrás del quiasma, a nivel del tracto óptico, por tanto no es una patología oftálmica, sino neurológica. Las crisis hipertensivas pueden acompañarse de alteraciones neurológicas complejas, sin base orgánica, como en este caso, que nos sirven de aviso sobre una enfermedad silente ("como puntas de iceberg"). El paciente estaba considerado sano, cuando en realidad presentaba un riesgo cardiovascular alto que desconocía, el cual pasó a moderado sólo con el control de su tensión arterial. El médico de Atención Primaria debe estar atento a esos

escasos signos de trastornos silentes, ya que un tratamiento precoz evita su progresión a largo plazo.

HIDRONEFROSE EN ENFERMIDADE DE CROHN

Barreiro Cambeiro, A; Sánchez Campos, V.

Centro de Saúde Elviña-Mesoiro

DESCRIPCIÓN DO CASO: Muller de 51 anos con enfermidade de Crohn que acude a nosa consulta con clínica de cólico nefrítico esquerdo. Realizámoslle unha ecografía apreciando hidronefrose esquerda pero ante a boa resposta con anlaxésicos, decidimos citala de novo nuns días para repetir a proba.

Na seguinte visita a paciente permaneceu asintomática pero a ecografía segue mostrando hidronefrose polo que solicitamos unha urografía intravenosa atopando unha uropatía obstructiva esquerda.

Enviámos entón a paciente preferente ao Servizo de Uroloxía donde confirmaron mediante tomografía computerizada obstrucción do uréter esquerdo por fibrosis mesentérica secundaria á enfermidade de Crohn. Deciden colocarlle un catéter dobre J para salvar a obstrucción.

Nas probas de control comprobouse a resolución da obstrucción sen aparecer novas incidencias posteriormente. Nas ecografías do centro de saúde segue persistindo a hidronefrose polo que continuamos mantendo a vixilancia con consultas e ecografías periódicas.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Destacamos a utilidade da ecografía nas consultas de Atención Primaria xa que mellora o rendemento da exploración, permite o diagnóstico eficaz nalgunhas enfermidades (como por exemplo na patoloxía renal) e en moitas outras sirve como aproximación diagnóstica. Destacar ademais a súa inocuidade, a dispoñibilidade inmediata e a posibilidade de repetila cando precisemos. Por tanto consideramos a ecografía unha ferramenta fundamental para o médico de Atención Primaria.

HIDROSALPINX BILATERAL

García Pazos, A¹; Del Villar Guerra, Y.A²; Espantoso Romero, M³;

^{1,2}C.S Pintor Colmeiro | ³C.S Teis

AMBITO DEL CASO: Atención primaria.

Paciente de 50 años refiere que desde hace aproximadamente 2-3 meses moja la ropa interior con líquido de aspecto seroso, en cantidad variable y de forma intermitente; procedente de vía vaginal e independente de los periodos de menstruación. No presenta dolor, fiebre ni otras manifestaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES: NAMC. HTA.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Buen estado general. Abdomen: Blando, no doloroso a la palpación. Blumberg negativo. No masas ni megalias. Ruidos intestinales presentes. Resto de aparatos sin alteraciones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Ecografía transvaginal: En ambas áreas anexiales se visualizan estructuras de morfología elongada, pared gruesa contenido líquido en relación con hidrosálpinx bilateral siendo el de mayor tamaño en el lado derecho.

JUICIO CLÍNICO: Hidrosalpinx bilateral.

CONCLUSIONES: El hidrosálpinx es una alteración en la que una o las dos trompas de Falopio se encuentran bloqueadas y dilatadas debido a la acumulación de líquido en su interior, generalmente como consecuencia de una infección previa. Puede cursar de forma asintomática o producir dolor abdominal crónico recurrente e infertilidad. De allí su importancia como diagnóstico diferencial, especialmente en mujeres en edad fértil.

HIPOPOTASEMIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lebrero Álvarez, M; Iglesias Yáñez, MA; Túñez Bastida, C.

CS A Estrada

AMBITO DEL CASO: Atención primaria.

CASO CLÍNICO: Paciente de 87 años diagnosticada de HTA, insuficiencia cardíaca, IM ligera, IT moderada e hipoacusia bilateral. A tratamiento con Enalapril 20, Amlodipino 5, Adiro 100, Omeprazol.

Acude a la consulta por aumento de edemas en miembros inferiores iniciando tratamiento con Furosemida 1/24h. Al 5º día del tratamiento consulta por náuseas, mareo y malestar general.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Palidez de piel, AC arrítmica, abdomen blando, depresible, no defensa. Ligero dolor a la palpación en epigastrio.

ECG FA 102 lpm TA 138/85

Se realiza analítica urgente (Analizador GEM Premier 4000) : Na 138, K 1.9. Con el diagnóstico de hipopotasemia sintomática secundaria a Furosemida fue derivada a Urgencias donde se confirma la hipopotasemia y alcalosis metabólica y se realiza tratamiento corrector, se sustituye la furosemida por Espironolactona

COMENTARIO: Los casos leves (potasio sérico entre 3.5 y 2.5 mEq/l) suelen ser asintomáticos. Los casos graves suelen aparecer con cifras de potasio sérico inferior a 2.5 mEq/l.

En presencia de hipopotasemia se debe confirmar que la ingesta de K+ es adecuada y el consumo de fármacos que puedan producirla.

La clínica inespecífica que pueden presentar nos obliga a sospechar el diagnóstico de forma urgente en pacientes a tratamiento con diuréticos por las importantes consecuencias que puede tener el retraso en el diagnóstico.

La presencia en Centros de atención Primaria del Analizador GEM Premier 4000 es de gran utilidad para poder descartar en el momento de la consulta las alteraciones electrolíticas.

INCONTINENCIA DE ORINA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Iglesias Yáñez, MA; Lebrero Álvarez, M; Túñez Bastida, C.

CS A Estrada

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 75 años.

AP: EPOC, gonartrosis. A tratamiento con Tiotropio handihaler.

Consulta por incontinencia de orina de 6 meses de evolución. Refiere pérdida de orina sin darse cuenta, como goteo, tanto en bipedestación como en la cama o sentada. No urgencia miccional ni aumenta la pérdida con el esfuerzo. Exploración física: No cistocele. Test de provocación negativo.

Hipótesis diagnóstica: Incontinencia por rebosamiento secundaria a inhalación de Tiotropio.

Se suspende el Tiotropio con desaparición completa de la incontinencia en una semana.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Entre los fármacos que producen incontinencia por rebosamiento se encuentran los anticolinérgicos. Inicialmente provocan retención de orina por disminución de la contractilidad del músculo detrusor y, cuando la presión intravesical supera la uretral, se produce incontinencia por rebosamiento.

La incontinencia de orina es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Una historia clínica y exploración física bien realizada nos ayuda a definir el tipo de incontinencia. La presencia de fármacos que puedan causarla debe ser siempre valorada.

INERCIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS DE ALTO RCV

Vázquez López, M J.

Centro de Saude de Noia

Se trata de 2 varones de 42 y 48 años respectivamente que acuden a consulta, en el primer caso para realización de analítica rutinaria y en el segundo por lumbociatalgia.

En IANUS no constan datos clínicos, ni diagnóstico de diabetes. Los dos niegan diabetes. En analíticas previas e historia clínica en papel, presentan glucemias elevadas en los últimos 12 años. En el primer caso presentaba incremento progresivo de albuminuria y, en el segundo cifras de presión arterial elevadas.

Se realiza el diagnóstico de diabetes tipo 2 de unos 12 años de evolución, con alto RCV global y afectación de órganos diana, en el primer caso: microalbuminuria; y en el segundo caso : microalbuminuria y retinopatía diabética no proliferativa leve.

Se realiza una intervención intensiva del equipo médico-enfermería con fármacos y medidas higiénico-dietéticas, consiguiéndose un control metabólico óptimo tras el primer mes de intervención.

La realización de pruebas diagnósticas periódicas, como analíticas, es ineficiente si no se realiza la oportuna intervención. La inercia diagnóstica y terapéutica en pacientes diabéticos es más perjudicial en jóvenes, en los que una intervención precoz y más intensiva, intentando acercarse a los valores de normalidad, mejora el pronóstico a largo plazo.

Diversas causas en las consultas del médico de familia (cupos sobredimensionados, frecuentación...) hacen que enfermedades silentes como la diabetes pasen desapercibidas.

INTERROGAR Y EXPLORAR PARA PODER DIAGNOSTICAR, PORQUE... ¡A VECES NO ES LO QUE PARECE!

Carrasco Cendón, C; Mini Castro, M; González Lema, G.

Centro de salud Fontiñas, Santiago de Compostela

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 74 años consulta por enrojecimiento y "escozor" en mama derecha desde hace 3 días, no relacionado con traumatismo. A la exploración presenta lesión inflamatoria en cuadrante supero-externo con retracción de la zona. No secreción por el pezón, no adenopatías axilares, ni

fiebre. A la palpación, cordón indurado y doloroso de trayecto longitudinal. Ante estos signos se remite a Urgencias, donde le realizan mamografía y ecografía objetivándose un cuerpo extraño metálico en cuadrante supero-externo de la mama derecha de 2,8 cm de longitud con reacción granulomatosa local. La derivan a cirugía que decide observación en consultas. Vista 7 días después, la paciente continúa con la misma lesión, por lo que se decide extirpación. Tras incisión, se extrae una aguja de unos 3,5 cm y escaso tejido de granulación. Se deja la herida abierta para cierre por segunda intención. Acude a su centro de salud para control y curas, con buena evolución.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Cabe destacar la importancia de una anamnesis minuciosa que incluya el inicio de los síntomas y signos, así como una buena exploración clínica que nos orientará hacia el diagnóstico y por consiguiente a la toma de decisiones.

INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA

Barral Segade, P; Fernández Souto, F; Armas Gonzalez, M.

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela

MC: Agitación y dolor precordial

AP: No AMC. Asmático. Tratamientos: salbutamol.

EA: Paciente de 34 años traído por 061 por agitación y dolor torácico. Su acompañante refiere consumo de 3,5 gramos de cocaína.

EF: TA: 149/89 mmHg FC 160 lpm T°: 37,9°C satO2: 92%

Agitado, diaforético y taquipneico.

ACP: rítmico, sin soplos. MVC.

NRL: no focalidad grosera ni signos de meningismo. Pupilas midriáticas. Resto de exploración sin hallazgos.

PC: GSA: pH 7,59; pO2 115; pCO2 17,1; satO2: 98,5%.

Análítica: 15.700 leucos; N 67,9%; L 24,5%. Glucosa 121; Urea 46; Cr 1,1; Na 135; K 3,5; CK 493; Mioglobina 56; Alcohol 6 g.

ECG: taquicardia sinusal a 107 lpm. Elevación de ST en V2-V3.

RX TÓRAX: sin evidencia de patología pleuro-pulmonar aguda.

TC CRANEAL: no evidencia de patología intracraneal aguda.

JC: Intoxicación por cocaína. Angor secundario. Crisis comicial secundaria.

PLAN: monitorización de constantes, perfusión de benzodiazepinas, nitroglicerina y sueroterapia. Durante su estabilización presenta episodio convulsivo sin recuperación postictal, manteniendo GCS 8 por lo que se decide IOT para protección de vía aérea. Se deriva al hospital de referencia para valoración de ingreso en UCI.

CONCLUSIONES: Ante la sospecha clínica de intoxicación por tóxicos lo primordial es estabilizar al paciente, para disminuir el riesgo de complicaciones. En el caso clínico podemos ver que el paciente presentaba 3 de las complicaciones más frecuentes en consumidores de cocaína: hipertermia, convulsiones y eventos coronarios.

LA CLÍNICA NEUROLÓGICA Y SUS ASOCIACIONES. CASO CLÍNICO

García Rodríguez, R.; Tarrazo Antelo, A.M.; Galiano Leis, M.A.

Xerencia de Atención Primaria. Área de Santiago de Compostela

Nos traen urgente una paciente de 60 años con cuadro neurológico. Relatan hemiparesia derecha y desviación de comisura bucal recuperada en horas.

EF: Afasia con leve obnubilación, sudoración y palidez. Resto normal. Antecedentes: DM insulino dependiente. Glucemia capilar: 30mg/dL.

JC: proceso vascular agudo probablemente relacionado con hipoglucemia.

Entre los procesos cerebrovasculares, el AIT es un evento de breve duración, con recuperación total en <24 horas, sin necrosis del parénquima cerebral.

Estudios demuestran que el riesgo relativo de ictus isquémico en DM es mayor respecto a no diabéticos independientemente de la aterosclerosis.

Las manifestaciones clínicas de hipoglucemia son variadas e inespecíficas: por descarga simpática (palpitaciones, sudoración, palidez) y por neuroglucopenia (focalidad neurológica).

RELEVANCIA PARA AP: en AP disponemos de escasos recursos (EKG, glucómetro, oximetría, toma de TA/T°), fuente de valiosísima información para evaluar estado y riesgo vital del paciente urgente. Deben emplearse al inicio de la intervención asistencial, según el protocolo establecido para cada situación, aun cuando la urgencia del caso exija derivar al hospital inmediatamente. Ante valores anormales actuaremos en su corrección, aunque inicialmente no correlacionemos esa anomalía con la clínica presente: en nuestro caso, la hipoglucemia y el AIT.

Iniciamos corrección de hipoglucemia hasta 150, con recuperación completa del cuadro. Derivamos al hospital, donde constataron TAC craneal dentro de la normalidad, y se confirmó juicio de AIT probablemente relacionado con hipoglucemia.

LA CLÍNICA NOS GUÍA...SIEMPRE?

Pacín Cebal, Varela Prado; Miguel Carrera

Centro Salud Islas Canarias

CASO CLÍNICO: Mujer 31 años : no AMC , teratoma quístico ovario derecho.

ENFERMEDAD ACTUAL: cuadro de ansiedad, nerviosismo, deposiciones diarreas sin productos patológicos asociado a pérdida ponderal en 8 últimos meses.

EXPLORACIÓN FÍSICA: COC, BEG, NH, NC eupneica. No se palpa bocio. No estrías ni alteración coloración piel. Auscultación cardiopulmonar normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: laboratorio (TSH 53,77; Tiroxina 0,59, anticuerpos antiperoxidasa tiroidea 508).

Ecografía tiroides: sugestivo tiroiditis crónica

JUICIO CLÍNICO: Tiroiditis autoinmune Hashimoto

Se inicia tratamiento sustitutivo con hormona tiroidea

RELEVANCIA ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

La causa más frecuente de hipotiroidismo primario en áreas no deficitarias de

yodo es la tiroiditis crónica autoinmune de Hashimoto. Se trata de proceso de destrucción de origen autoinmune (80% de los pacientes presentan anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa positivos) de la glándula tiroidea.

En AP la historia clínica y la exploración física resultan cruciales para el diagnóstico de cualquier patología. Normalmente la clínica que nos cuenta el paciente en la anamnesis nos sirve de guía para sospechar un determinado proceso. Hay ocasiones, como sucede en este caso, que la clínica del paciente no se corresponde con el diagnóstico que nos revelan las pruebas complementarias y la respuesta al tratamiento pautado.

En este caso la paciente presentaba una clínica florida de hipertiroidismo y sin embargo analíticamente se trataba de un hipotiroidismo, que se ratifica con la favorable respuesta analítica y clínica al tratamiento sustitutivo.

LA HIPERTENSIÓN NO SIEMPRE ES ESENCIAL

Carrodeguas Santos, L.¹; Prado Gomez, N.E.²; Perez Vazquez, C.³; Arias Amorin, I.⁴
¹Centro de Salud Elviña. A Coruña | ²Centro de Salud de Adormideras | ³Centro de salud de Elviña | ⁴Centro de Salud Cambre

Varón de 43 años diagnosticado de hipertensión arterial desde hace 10 años controlada con IECA a dosis bajas. En los últimos meses presenta cifras de TA elevadas por lo que se incrementa tratamiento y se añade diurético tiazídico y beta-bloqueante sin conseguir descenso significativo. Paciente asintomático con exploración física normal y única alteración en la analítica es un potasio en el límite bajo de la normalidad y un ácido úrico alto, resto de valores incluido sedimento de orina son normales. Se sospecha una hipertensión secundaria y decidimos realizar una ecografía abdominal donde se intuye un pequeño aumento de tamaño de la glándula suprarrenal. Ante estos hallazgos se decide derivar para continuar diagnóstico de una posible patología endocrina como causa de la hipertensión. Le realizan estudio hormonal y TAC de suprarrenales con el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario por adenoma suprarrenal izquierdo productor de aldosterona. Tras suprarrenalectomía laparoscópica actualmente presenta cifras de TA 140/65.

El interés en el diagnóstico de hipertensión arterial secundaria en atención primaria radica en que se acompaña de mayor morbimortalidad que la esencial, que su reversibilidad es dependiente de su persistencia en el tiempo y que algunos casos, como el que expongo, tienen tratamiento específico.

Por esto, es obligación del médico de atención primaria conocer los criterios de sospecha de HTA secundaria al valorar una HTA.

LA IMPORTANCIA DEL TIEMPO DE DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS GRAVES

Del Álamo Alonso, A.; Lombao Iglesias, V.
 Centro de Salud Nóvoa Santos. Ourense

Varón 66 años. Ex-fumador con tos crónica
 02/02/2011 (Centro de Salud):

S: Acude a MAP por tos no productiva, hiporexia, sudoración nocturna y ligera pérdida de peso.

O: AP: MVC. Analítica: Hb 12.3 VSG 67. Bioquímica con Marcadores Tumorales negativos.

Rx Tórax (informada): aparentemente sin patología pulmonar.

I: Tos (en estudio)

P: Tratamiento sintomático. Seguimiento del proceso

27/04/2011 (PAC):

S: Dolor en hemitórax izquierdo, características mecánicas, aumenta con la inspiración.

O: AP: MVC. Dolor a la palpación a nivel pectoral izquierdo.

I: Dolor torácico de características mecánicas.

29/10/2011 (Centro de Salud): . (El paciente no acude a consulta desde hace 8 meses)

S: Persiste el dolor en hemitórax izquierdo O: ECG: R.S. a 67 lpm sin alteraciones.

I: Dolor torácico

P: Se solicita parrilla costal

25/01/2012 (Centro de Salud):

S: Continúa con dolor a la palpación en costado izquierdo y se valoran los resultados.

O: Rx Parrilla Costal: (demorada 3 meses) en base del hemitórax izquierdo se identifica una radiopacidad nodular de 2,6cm; recomiendan nuevo estudio con otras proyecciones.

I: Dolor torácico

P: Se solicita Rx Tórax AP y lateral por la presencia de nódulo en Rx parrilla costal

06/02/2012 (Urgencias Hospitalarias):

S: Dolor torácico que interpretan de pleurítico. Realizan Rx Tórax sin informar.

P: Alta con tratamiento sintomático

10/02/2012 (Centro de Salud):

S: persiste la sintomatología. Comentario de Radiología: dada la persistencia de la imagen nodular, se recomienda completar el estudio con TAC torácico.

P: Se solicita IC a neumología (vía rápida de Ca de pulmón). Citado para el 13/02/2012. Solicitan TAC torácico

17/02/2012 (Servicio de Neumología):

TC Tórax con contraste: Masa de bordes infiltrativos 50x31mm en mediastino anterior que contacta sin demostrarse infiltración, con la Aorta ascendente, (sugestiva de timoma,) Se objetivan además, dos engrosamientos nodulares de la pleura basal izquierda, sin demostrarse infiltración, de probable carácter tumoral (primario o metastásico).

13-15/03/2012 (Servicio de Neumología):

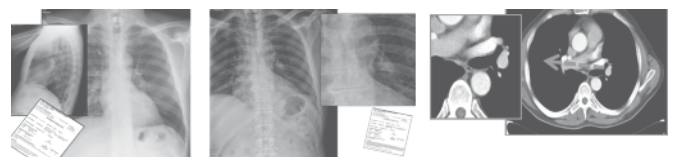
PAAF guiada por TC de masa mediastínica anterior: carcinoma de célula pequeña-intermedia y nódulos probablemente metastásicos en LII.

PET-TAC Foco de hipermetabolismo patológico a nivel de masa en mediastino anterior, asociado a varios nódulos satélite que sugiere patología tumoral maligna.

10/04/2012 (Servicio de Cirugía Torácica):

Se realiza resección atípica de nódulo en LII. Continuar tratamiento con radio y quimioterapia en Centro de Referencia.

El caso clínico pone de manifiesto la importancia del tiempo que transcurre desde que un paciente acude a nuestra consulta con síntomas que nos hacen sospechar una patología grave, hasta que se realizan las pruebas complementarias y se llega a un diagnóstico. Debemos insistir en el seguimiento de dichos pacientes, aunque ellos no sean constantes en el mismo, así como agilizar la realización de los estudios solicitados.



IMÁGENES

LA PACIENTE QUE NUNCA MEJORA**Álvarez Modroño, B; González Álvarez, A.***CS Novoa Santos, Ourense*

CASO CLÍNICO: Mujer de 61 años con antecedentes de hipotiroidismo primario autoinmune, fibromialgia, síndrome ansioso-depresivo y dislipemia. En tratamiento con múltiples fármacos antidepresivos siendo el último venlafaxina, y tratada durante años con pregabalina, hipolipemiantes y tiroxina. Refiere hiporexia, debilidad generalizada y pérdida de 20 kilos de peso en 8 meses acompañados de epigastralgias postprandiales, náuseas, y sensación distérmica. Presenta una exploración física anodina sin alteraciones analíticas destacables.

Presenta dos ingresos hospitalarios recientes en Reumatología y Medicina Interna con el diagnóstico al alta de pérdida de peso sin evidencias de organicidad y síndrome ansioso-depresivo. Se instaura tratamiento con Mirtazapina 30, Diazepam 5 y Citalopram 10. A pesar del tratamiento, sigue presentando síntomas idénticos.

Con la sospecha diagnóstica de una depresión refractaria con un componente somático considerable, se pauta Olanzapina 5 por parte de su médico de atención primaria. Tras un episodio de acatisia, se cambia a quetiapina. La paciente refiere una mejoría lenta tanto de sus síntomas físicos como psíquicos, recuperando totalmente su peso habitual.

RELEVANCIA: Las Depresiones Refractarias presentan dificultades para su manejo clínico desde atención primaria, especialmente cuando están enmascaradas con síntomas somáticos y debemos considerar su diagnóstico una vez descartado patología orgánica. Podemos utilizar varias estrategias para resolver el cuadro:

1. Aumentar la dosis del fármaco antidepresivo,
2. Cambiar a un antidepresivo de distinto grupo terapéutico,
3. Agregar un segundo antidepresivo de distinta familia terapéutica,
4. Añadir un agente potenciador de antidepresivos (La quetiapina está especialmente indicada)

LES CON AFECTACIÓN DEL SNC: CASO CÍNICO**López Agreda, S; Pato Pato, A; González Pérez, M;***Atención Primaria. C.S. Gondomar. Servicio de Neurología y Reumatología. Hospital POVISA. Vigo.*

INTRODUCCIÓN: Las manifestaciones del SNC en el LUES se presentan en 30% de los pacientes. Predominando los síntomas neuro-psiquiátricos y afectación cerebrovascular.

CUADRO CLÍNICO: Mujer de 43 años diagnosticada de LES, HTA y Sd depresivo. Acude a urgencias por alteración de la marcha y pérdida de fuerza de inicio brusco en hemicuerpo derecho con predominio braquial. Al examen físico se manifiesta ataxia de la marcha, hemiparesia, hemiparestesia braquial derecha, TA: 180/110 mmHg. Se realiza RM craneal detectando lesión intraparenquimatosa en sustancia blanca periventricular frontal izquierda con restricción de difusión en porción más periférica y realce en anillo. Presencia de otras dos lesiones que restringe difusión y aisladas hiperintensidades de sustancia blanca. ANA positivos 1/1280. Ac Anti-DNA 8405 UI/mL. VEG 85 mm/h. EN LCR se demuestra elevación de proteínas. Sin bandas Oligoclonales.

DISCUSIÓN: La afectación del SNC en el LES se presenta hasta 70% de los

pacientes. Pudiendo ser forma de debut en un 30%. Su diagnóstico se realiza por exclusión. Habitualmente suele producirse trombosis microvasculares, neuropsiquiátricas. En cuanto al tratamientos suele utilizar corticoides para las manifestaciones agudas.

LESIÓN DEL NERVI0 ESPINAL**García Pazos, A; Del Villar Guerra, Y.A; Guede Fernández, C.***C.S Pintor Colmeiro*

AMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

Paciente de 50 años que acude a consulta por descenso de hombro derecho y limitación a la movilización.

ANTECEDENTES: NAMC. Esclerosis múltiple. Biopsia de adenopatía latero cervical derecha baja hace un año y medio.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Asimetría de cintura escapular con hombro derecho descendido y antepulsado. Amiotrofia en zona de supraespinoso. Al rotar la cabeza no contracción de esternocleidomastoideo y limitación al levantar los hombros.

JUICIO CLÍNICO: Lesión del nervio espinal derecho.

CONCLUSIONES: La lesión del nervio espinal ocasiona parálisis del músculo trapecio, principal estabilizador de la escápula que contribuye en los movimientos de flexión, rotación y abducción del hombro. Su trayecto es superficial en el triángulo posterior del cuello presentando susceptibilidad a ser lesionado, de manera iatrogénica, en la disección de dicha región, siendo la causa más frecuente de parálisis del trapecio.

LESIÓN ÓSEA VERTEBRAL**Galiano Leis, MA; García Rodríguez, R; Tarrazo Antelo, AM.***PAC Verín*

Varón de 59 años que consulta por unha infección respiratoria, solicítase unha radiografía de tórax para descartar neumonía e iniciase tratamento antibiótico. Valorada a radiografía non se observa ningunha condensación evidente, pero dada a clínica do paciente, solicítase que sexa informada por un radiólogo para descartar patoloxía intersticial infecciosa.

O resultado do informe radiolóxico descarta proceso infeccioso, pero detecta unha lesión esclerótica que so se manifesta na proxección lateral a nivel de D10 sen poder aclarar se se trata dun nódulo pulmonar solitario ou unha lesión blástica en columna. O informe tamén reflicte que revisado o historial radiolóxico, constatan que a lesión pasara desapercibida nas 2 últimas radiografías previas.

O paciente é derivado a medicina interna donde tras un estudo que incluíu unha analítica con proteinograma e marcadores tumorais, un TAC torácico e unha gammagrafía todo con resultado normal, se chega ó diagnóstico de enostose ou islote óseo, unha patoloxía benigna de etiología descoñecida asintomática que non precisa tratamento. A localización vertebral é moi pouco frecuente, aparece nun 1% de tódolos estudos radiolóxicos de columna, de ahí que a sospeita inicial fose de malignidade.¹

Relevancia para Atención Primaria: no contexto sanitario actual ó que nos está

tocando asistir, con constantes presións ós médicos de Atención Primaria para prescindir do apoio dun radiólogo que nos informe as radiografías e limitar o uso de probas complementarias e derivacións, cabe preguntarse ata qué punto isto e unha practica recomendable se nos pode conducir a comprometer a saúde dos pacientes.

LOS VENENOS DE LA HUERTA

López Fernández, I¹; Vara Adrio, S²; Lago Preciado, G³.

¹Servicio de Urgencias Hospital Xeral Vigo, | ^{2,3}Servicio de UCI Hospital Xeral Vigo

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 68 años que acude a centro de salud por diarrea de 2 horas de evolución tras haber ingerido caldo con una planta silvestre de su huerto, que describe como tubérculo blanquecino con hojas verdes como perejil.

En la exploración destaca sudoración profusa, rubicundez facial, taquipnea, hipotensión y dolor a la palpación en epigastrio.

Dado que los síntomas impresionan de gravedad se decide traslado al Hospital. A su llegada a urgencias, a los síntomas previos se añade aparición brusca de mioclonías generalizadas.

Las pruebas complementarias realizadas (hemograma, coagulación, bioquímica con función renal, gasometría venosa, electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen) son normales.

Se administra sueroterapia intravenosa con buen control de tensión arterial. Se solicita valoración por Unidad de Cuidados Intensivos, donde permanece 48 horas para control sintomático.

Se intenta pauta con atropina para descartar intoxicación por organofosforados que es negativa. Se administra bolo de midazolam (2 mg) y ceden mioclonías, dosis que necesitará en 3 ocasiones durante el periodo de observación.

La familia trae la planta al hospital y tras consulta al servicio de Farmacia parece cuadro compatible con intoxicación por ingesta de cicuta del subgrupo crocata.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Las gastroenteritis son una causa frecuente de consulta en Atención Primaria. En general, son episodios leves que se resuelven en 48 horas con medidas higiénico-dietéticas, pero debemos observar aquellos síntomas y/o signos acompañantes que indiquen gravedad. De ahí, la importancia de la anamnesis y exploración exhaustivas en consulta, aspectos clave para el éxito diagnóstico y terapéutico.

MANEJO DE LA NEUMONÍA MULTIFOCAL

Duarte Pérez, A¹; Espantoso Romero, M²; Del Villar Guerra, Y.A³.

^{1,2}MIR IV y III, CS. TEIS; | ³MIR IV CS. Pintor Colmeiro

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer 33 años sin antecedentes, inicia cuadro de fiebre, tos productiva, rinorrea y odinofagia. Ligera hiperemia en orofaringe. Diagnosticamos virosis pautando paracetamol 1 g e ibuprofeno 600 mg, acetilcisteína y domperidona. Al sexto día acude de nuevo por persistencia de fiebre alta (38.6°C). A la exploración presenta taquicardia, taquipnea, Sat O2 95% y malestar general, por lo que solicitamos Rx de tórax. Informada como: " Múltiples opacidades en llingula, ambos lóbulos inferiores, LSD, hallazgos relacionados con neumonía multifocal"

Se deriva a urgencias donde se realiza analítica: Hemograma: Leucos 21700 (92.1%N) Bioquímica: Potasio 2.9 Gasometría arterial: PH 7.49 PO2 70 mmHg PCO2 36 mmHg HCO3 28 mmHg. FINE I; CURB 65 0.

Ingresa en urgencias para antibioterapia endovenosa. Solicitan hemocultivos, cultivo de esputo y Ag Legionella y pneumococo en orina (negativos). Tras cuatro días, alta con tratamiento (cefixima 400 y moxifloxacino 400 10 días) con mejoría radiológica, analítica y sintomática. Un mes más tarde acude a consulta para realizar Rx de control informada como normal.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: La incidencia anual es del 5-11 por 1000 en población adulta. Requieren hospitalización entre 1,1-4 por 1000.

Según recomendaciones de la SEPAR se indica ingreso hospitalario si:

- FINE III-IV o hipoxemia
- CURB65 (2 o más), hipoxemia o afectación multilobar

TRATAMIENTO:

AMBULATORIO:

1. Amoxicilina/amoxicilina-ácido clavulánico/cefditoren+azitromicina/ claritromicina
2. Levofloxacino/moxifloxacino en monoterapia

HOSPITALARIO:

1. Levofloxacino (oral o iv)/moxifloxacino (oral) en monoterapia
2. Cefotaxima/ceftriaxona/amoxicilina-ác.clavulánico+ azitromicina o claritromicina

MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA, LA EXCEPCIONALIDAD DE LA RUTINA

Miguens Blanco, I; Rodríguez Álvarez, D; López Fernández, I.

Servicio de Urgencias, Hospital Xeral-Cies

Medicina de Atención Primaria, la excepcionalidad de la rutina.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se presenta el caso clínico de un varón de 34 años, que acudió a la consulta de Atención Primaria por priapismo de dos semanas de evolución. Como único antecedente personal destaca consumo de cannabis habitual. El paciente contó que desde hacía 15 días sufría episodios de priapismo de unas 3 horas de evolución sin otra clínica acompañante. Presentando, a la exploración física, esplenomegalia de 4 traveses de dedo. Se solicitó analítica general en la que destacó el hemograma con fórmula compatible con Síndrome mieloproliferativo crónico. Se inició estudio hospitalario donde, tras realización de biopsia de médula ósea, se diagnosticó de Leucemia Mieloide Crónica. Resultó positivo el estudio genético para la translocación t (9;22), cromosoma Philadelphia.

APLICACIÓN PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Sólo en el 1% de los casos la etiología del priapismo es la Leucemia. La excepcionalidad de esta presentación no debe retrasar el diagnóstico debido a su relevancia en cuanto a pronóstico. El médico de Atención Primaria cuyas principales herramientas de trabajo son la anamnesis, exploración física y un número de pruebas complementarias muy limitadas, ha de tener siempre en cuenta su rol como receptor de una gran parte de la patología intrahospitalaria más relevante, y como en este caso, excepcional. Una consulta estructurada, la utilización de los recursos disponibles, aún por limitados que parezcan, han llevado a un diagnóstico brillante. La exhaustividad en el trabajo de Atención Primaria no ha de ser vencida por la rutina.

MIDRIASIS POR DATURA STRAMONIUM

Seco Novo, L; Espantoso Romero, M; Dieguez Pereira, V.J.

^{1,2}C.S. TEIS; | ³PAC Redondela

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude a urgencias extrahospitalarias, paciente mujer 38 años por sensación de cuerpo extraño en ojo derecho, fotofobia y visión borrosa tras traumatismo mientras podaba en finca donde trabaja. Presenta hiperemia conjuntival sin alteraciones de movilidad ocular con midriasis mínimamente reactiva. No cuerpo extraño. La tinción con fluoresceína evidencia erosión corneal. La primera sospecha clínica compatible con erosión corneal por trauma ocular debida a cuerpo extraño vegetal, no explica la midriasis. En un interrogatorio más exhaustivo, refiere trabajar expuesta a plantas de estramonio (*Datura stramonium*). Consultadas varias referencias bibliográficas vía internet, se comprueba que dicha planta, también llamada "higuera del infierno" contiene alcaloides con intenso efecto anticolinérgico, como la atropina, entre otros alcaloides tropánicos.

La atropina es un anticolinérgico extraído de la belladona y otras plantas de la familia Solanaceae. La paciente presenta mejoría clínica y remisión de midriasis tras aplicación de pilocarpina en colirio.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: El caso expuesto hace resaltar la importancia de la historia clínica desde el punto de vista asistencial. La anamnesis es un instrumento diagnóstico por excelencia capaz de garantizar un adecuado tratamiento médico. Resulta indispensable el uso de tecnología en la consulta del médico de atención primaria, principalmente en casos en los que la exploración física plantea dudas sobre el diagnóstico diferencial.

MUJER 75 AÑOS CON DIARREA SUBAGUDA

Marioni Otero, B; Sieira Sampedro, C; González Vázquez, L.

Visiva

CASO CLÍNICO: Mujer de 75 años que acude por diarrea acuosa de unas 6 deposiciones al día, sin productos patológicos, hace 40 días, con tenesmo, sin dolor. Pérdida de peso. No antecedentes epidemiológicos de relevancia. Antecedentes: HTA, dislipemia, vejiga hiperactiva e histerectomía. Tratada con loperamida, calcio, oxibutinina y valsartan. Exploración: TA: 130/80 mmHg, FC: 70 lpm, afebril; sin signos de deshidratación. Resto de la exploración normal. El hemograma fue normal y presentaba una leve hipertransaminasemia. Se realizaron los anticuerpos antiendomisio IgA y antitransglutaminasa A que resultaron positivos. Gastroscopia: antro gástrico con gastritis y duodeno sin lesiones. Biopsias compatibles con Marsh IIIA. Colonoscopia: presencia de grandes divertículos. Se inició tratamiento con dieta sin gluten con buen cumplimiento. Desapareció la diarrea y ganó peso, con importante mejoría del estado general.

CONCLUSIONES: presentamos este caso porque es muy infrecuente que la enfermedad celíaca debute en un anciano que nunca ha tenido sintomatología previa. La prevalencia en la edad adulta es del 0.26%, siendo menor que en la edad pediátrica donde alcanza el 1%. La forma clínica de debut más frecuente en adultos es la diarrea en más de la mitad de los casos y analíticamente la anemia ferropénica e hipertransaminasemia leve. La forma de presentación en ancianos no difiere de los adultos jóvenes aunque parece que están asintomáticos en un mayor porcentaje, por lo que debemos tener un alto grado de sospecha clínica.

NEUROBORRELIOSIS

Del Villar Guerra, Y.A¹; García Pazos, A²; Espantoso Romero, M³.

^{1,2}C.S. Pintor Colmeiro | ³C.S. Teis

AMBITO DEL CASO: Atención primaria y especializada.

Paciente de 49 años que hace 6 días al despertar por la mañana nota ojo rojo derecho y cierta limitación para ocluir el mismo, dificultad para silbar, torsión de la boca y al masticar se da cuenta que mordió el carrillo derecho; acude a su MAP quien bajo la sospecha de parálisis facial periférica remite urgente a neurología. Al rehistoriar al paciente descubren que hace 6 meses había encontrado una garrapata en su pecho.

ANTECEDENTES PERSONALES: NAMC. Dislipemia. Ocupación guardia forestal.

Exploración física: COC. PIN. Campimetría conservada, fondo de ojo no edema de papila. Pares craneales: II, III y V sin alteraciones. Parálisis facial periférica derecha, resto de pares bajos sin alteraciones. Tono, fuerza, coordinación y marcha normales. ROT presentes. RCP flexores.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Borrelia burgdorferi Ac totales en sangre y LCR POSITIVO.

JUICIO CLÍNICO: Parálisis facial periférica derecha secundaria a neuroborreliosis.

CONCLUSIONES: La borreliosis de Lyme (BL) es una enfermedad crónica, multisistémica y de distribución mundial; transmitida por la picadura de la garrapata. En España fallecen pacientes afectados por BL, el no reconocimiento precoz da lugar a manifestaciones neurológicas difíciles de tratar que pueden dejar secuelas permanentes. En Galicia (Lugo) se realizó un estudio ante la incidencia creciente de casos. Por lo dicho esta patología debe tenerse en cuenta como uno de nuestros diagnósticos diferenciales.

NO TODAS LAS LESIONES CUTANEAS SON DERMATITIS

Armas González, M; García Ciudad-Young, V; Fernández Souto, F.

C. S. San José. Las Palmas de Gran Canaria; Xerencia de AP de Santiago; Hospital de Barbanza

CASO CLINICO: Paciente de 29 años, sexo femenino. Estudiante. Sin antecedentes de interés.

Acude por cuadro de dos días de evolución de lesiones en ambas piernas, con sensación de prurito leve.

Se observan lesiones subcentimétricas eritematosas maculosas, que convergen en placas de tamaño variable, No se palpan adenopatías en región inguinal. No presenta afectación del estado general.

La hipótesis diagnóstica inicial fue Reacción cutánea alérgica.

Se pauta tratamiento Im en el servicio de urgencias con Urbason 40 g y Polaramine y antihistamínico como tratamiento ambulatorio.

Pasados tres días la paciente acude nuevamente al servicio de Urgencias, por empeoramiento de la clínica previa.

La distribución de las lesiones ha aumentado. Presenta diseminación por ambas piernas, región de ambos brazos y abdomen.

Las lesiones primarias siguen siendo máculas eritematosas, con ligero prurito, sobre piel aparentemente sana, sin descamación.

Tras una anamnesis más rigurosa la paciente refiere cuadro respiratorio en días previos al inicio de las lesiones, que trató con paracetamol, de intensidad leve y autolimitado.

Se solicita analítica de control, de sangre y orina, siendo el resultado de ésta estrictamente normal, incluyendo factores de coagulación.

El diagnóstico final fue de Vasculitis probablemente secundaria a tratamiento con analgésicos.

La clínica remitió de forma espontánea en un período de dos semanas

RELEVANCIA: No todas las lesiones cutáneas son dermatitis, en Atención Primaria

OJO CON EL DOLOR ABDOMINAL...!!!

Duarte Pérez, A¹; Espantoso Romero, M²; del Villar Guerra, Y.A.³

^{1,2}MIR IV y III, CS. Teis; | ³MIR IV CS. Pintor Colmeiro

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 69 años hipertenso y dislipémico a tratamiento que acude a urgencias por dolor abdominal continuo de 3 días de evolución asociado a vómitos y con episodios de exacerbación del mismo. Exploración normal, radiografía abdominal normal. En analítica ligera leucocitosis. Se procedió al alta con analgesia.

Al siguiente día acudió al médico de cabecera por persistencia del dolor. Exploración sin cambios. Ese mismo día va a urgencias por aumento del dolor. A la exploración: hemodinámicamente estable y dolor en fosas ilíacas con pulsos femorales y distales conservados. Se solicita TAC que muestra aneurisma abdominal roto. Se realiza urgentemente resección de aneurisma y bypass aorto - biilíaco.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: El dolor abdominal agudo es una situación clínica frecuente que requiere diagnóstico y tratamiento adecuados, ya que puede poner en peligro la vida del paciente.

En el caso del Aneurisma de aorta abdominal (con una prevalencia entre 2-5% y mortalidad del 80% en caso de rotura) suele ser asintomático (ocasionalmente lumbalgia) por lo que es importante desde atención primaria el diagnóstico de sospecha y realización de ecografía en pacientes susceptibles (más de sesenta años y con factores de riesgo).

EXPLORACIÓN: posible masa abdominal palpable.

RADIOGRAFÍA: imagen de densidad agua que borra la línea del psoas (a veces calcificaciones).

TRATAMIENTO: seguimiento según tamaño y cirugía.

OPORTUNIDAD DE UN INGRESO HOSPITALARIO AL FINAL DE LA VIDA

Martínez Couselo, J.J.; Pazos González, J.; Iglesias Losada, R.

Centro Saude de Vite. Santiago

El 061 envía una ambulancia al centro de salud para realizar una asistencia domiciliar urgente a una mujer de 88 años que no conocemos. Sus familiares refieren que no responde a estímulos físicos ni verbales. La paciente es dependiente total para las actividades básicas de la vida diaria, está diagnosticada de: demencia senil, diabetes, hipotiroidismo, coleditiasis, pancreatitis necrotizada y fue atendida en repetidas ocasiones en urgencias hospitalarias. Realizada una valoración de su estado general se informa a la familia del mal pronóstico y se le oferta posibilidad de proporcionar una asistencia de cuidados paliativos, control de síntomas, en el domicilio. La familia requiere una valoración y tratamiento en medio hospitalario.

Ingresó en el servicio de medicina interna en el que realizan diversas pruebas complementarias, es valorada también por el servicio de cirugía que

desestima cualquier intervención quirúrgica. La paciente es alimentada por sonda nasogástrica que arranca en varias ocasiones. Después de 14 días, con nula respuesta a los tratamientos instaurados, se instaura sedación paliativa falleciendo la paciente a los 20 días de su ingreso hospitalario.

La asistencia al final de la vida suscita un dilema ético sobre la atención que se debe realizar. La falta de un documento de voluntades anticipadas, la exigencia asistencial de los familiares y un soporte sanitario basado en pruebas complementarias y medidas terapéuticas específicas, generan controversias sobre la oportunidad de qué medidas asistenciales se deben adoptar.

PACIENTE CON POSTURA ANOMALA DE LA MANO DERECHA

Zabaleta Moreno, J; Hernández Cedeño, M; González Vázquez, L.

Hospital Povisa

CASO CLINICO: Mujer de 51 años con parálisis cerebral infantil, hemiparesia residual izquierda y diabetes tipo II tratada con Metformina. Acude a urgencias por postura anómala de la mano derecha, de inicio brusco y 15 días de evolución. En la exploración, esta conciente, desconectada del medio, con afasia mixta, sin asimetrías faciales, motilidad en el hemicuerpo derecho y contracción mantenida en flexión palmar y pronación de la mano derecha. En la bioquímica destaca la hemoglobina glicosilada en 7,4% y el LDL colesterol en 154 mg/dl. La tomografía axial computarizada craneal mostró una lesión isquémica subaguda en tálamo izquierdo. Fue tratada con baclofen (antiespasmódico) para la distonía, presentando mejoría significativa.

CONCLUSIÓN: La distonía es una postura anómala fija por contracción involuntaria y simultánea de músculos agonistas y antagonistas. Suele confundirse con espasticidad, rigidez o debida a causas psicógenas. Puede ser primaria (sin causa exógena existente) o secundaria a tóxicos, fármacos, drogas o lesión focal cerebral en los ganglios basales y tálamo. Su prevalencia tras el ictus, oscila entre un 1.1-3.9%, siendo más habitual en la fase subaguda. El tratamiento es farmacológico o quirúrgico en casos más graves.

Se presenta este caso, ante la dificultad diagnóstica que añadió el estado neurológico basal de la paciente y para alertar del riesgo cardiovascular que supone el incorrecto control de la diabetes mellitus.

PICADURA DE RAIJA NA RÍA DE VIGO

Duarte Pérez, A; Hurtado Hernández, Z; Cobas Pacín, P.

PAC Val Miñor

Varón 53 anos acude o PAC por intenso dor na man dereita con laceración de dorso a palma (entre cuarto e quinto metacarpiano). Practicaba pesca submarina sendo picado por unha raia. Exploración física: sudoroso TA 160/90 FC 60 SatO2 99%. Non dificultade respiratoria nin edema glotis. Pulso conservado sen afectación mobilidade/sensibilidade. EKG: Ritmo sinusal. Realízase: limpeza da ferida, exploración en busca de espiñas, introducción en auga quente. Administrábase 50 mg de petidina e 60 mg metilprednisolona (vía intravenosa), 5 mg de dexclorfeniramina intramuscular e gammaglobulina antitetánica. Remitido urxente ao hospital. Fan radiografía sen observarse corpos extraños. Alta con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg. Tres días despois acudiu ao médico de cabeceira por inflamación, tratado con prednisona 30 mg recuperándose sin problemas.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: A pesar de ser pouco frecuente, existen, por pesca, buceo e acuarios domésticos.

Raias son peixes cartilaxinosos cunha cola rematada nun arpón e dentes de serra (con veneno). Atópanse maioritariamente en augas templadas. Consta de lesión traumática e envenenamento pola toxina liberada. Causa dor intenso, edema, necrosis. Efectos tóxicos sistémicos son vómitos, diarrea, dor de cabeza, abdominal, síncope, convulsións, dificultade respiratoria e arritmias. En tórax ou abdomen incluso morte. Tratamento: monitorizar signos vitais, limpeza, inmersión en auga quente, anestésico local, analgesia, antitétánica, radiografía, antibioterapia (quinolona/cefalosporinas) e observación catro horas.

PIEL COLOR ROJO SALMÓN POR INGESTA DE ATÚN

Cortés Ayaso, M.; Villanueva García, Y.; López Seijas, C.S.; Suárez Alen, S.

Urgencias Hospital do Barbanza. Urgencias CHUS

MOTIVO DE CONSULTA: Eritema generalizado

ENFERMEDAD ACTUAL: mujer de 33 años sin antecedentes de interés ni historia de alergias conocidas; que acude por cuadro de sensación de quemazón en todo el cuerpo, más intenso en la cara, junto con enrojecimiento generalizado.

EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 140/76, FC 90 lpm, Sat O₂ 96%, T° 36°C. A la exploración visual destaca intenso eritema uniforme de cabeza a pies junto con marcada inyección conjuntival. No edemas de úvula, no angioedema de labios ni párpados. AC: rítmica, no soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Resto de la exploración normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica, Gasometría arterial, Radiografía de tórax y ECG: sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Reacción escombroides.

DISCUSIÓN: La reacción escombroides es una causa frecuente de Intoxicación alimentaria. Se produce tras la ingesta de pescados escombroides (atún, bonito, caballa) contaminados que contienen gran cantidad de histamina. En nuestro caso clínico, la paciente refiere ingesta de atún una hora antes de la aparición del cuadro. El diagnóstico es clínico y consiste en la aparición de sensación de calor intenso junto con erupción eritematosa e inyección conjuntival. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con las reacciones alérgicas con las que se confunde a menudo. Siendo este tipo de reacción la 1ª causa de intoxicación alimentaria, por lo que probablemente estén infradiagnosticadas.

PÚRPURA TROMBOPÉNICA SECUNDARIA

Cortés Ayaso, M.; López Seijas, C.S.; Villanueva García, Y.; Teijo Figueiras, P.

Urgencias H. Clínico

MOTIVO CONSULTA: Debilidad generalizada.

ANTECEDENTES PERSONALES: No refiere.

ANAMNESIS: Varón 62 años que consulta por debilidad en miembros inferiores de meses de evolución, tratado con AINES sin mejoría. El cuadro evoluciona con debilidad en miembros superiores, y aparición de hematomas y petequias desde hace 3 días. Síndrome general de 2 meses con pérdida de 26 kg. No fiebre. No otra sintomatología.

EXPLORACIÓN:

TA 115/73 T° 35.2

ACP: normal.

Abdomen: hepatomegalia de 3 traveses.

Ictericia subconjuntival. Petequias y hematomas generalizado.

Tacto rectal: próstata agrandada, consistencia pétreas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica: Anemia Hb 6.7 Trombopenia: 15000 plaquetas Leucocitos 7520. Bioquímica elevación de transaminasas y FAL, PSA 2327.
- RX tórax: agrandamiento hilar izquierdo.
- Interconsulta Hematología - Biopsia médula ósea: infiltración por carcinoma. En anatomía patológica: metástasis medular de carcinoma prostático.
- TAC Tórax-abdominal: carcinoma de próstata con metástasis ganglionares y óseas.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma de próstata con metástasis medulares.

DISCUSIÓN: El cáncer de próstata es el 3º cáncer más frecuente en el varón, y la 3ª causa de muerte por cáncer en España.

El riesgo aumenta a partir de los 50 años, y más a partir de 65. El cribado incluye la realización del PSA y tacto rectal, aunque no hay datos concluyentes para aconsejarlo.

El diagnóstico definitivo se realiza por biopsia prostática, siendo en su mayoría adenocarcinoma.

El tratamiento y pronóstico es variable según el estadiaje en el momento de diagnóstico, que incluye la diseminación y el nivel de anomalía de las células.

REACCIÓN PENFIGOIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rey Tasende, JM; López González, L; Gómara Villabona, SM.

Centro de Saúde de Vilanova de Arousa

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 85 años, refiere la aparición súbita de lesiones ampollosas a tensión de 1 semana de evolución en ambos miembros superiores, pruriginosas, de contenido serohemático, que asientan sobre piel normal. Se toman fotografías de las lesiones.

Antecedentes personales: Alérgica a penicilina, diabetes, HTA, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal, amputación de ambos miembros inferiores por enfermedad arterial periférica, portadora de marcapasos.

A TRATAMIENTO CON: Omeprazol 20, Furosemida 40, Sulfato de Hierro (II), Adiro 100, Pregabalina 25, Insulina Lantus, Paroxetina 20, Atorvastatina 20, Lorazepam 5, Enalapril 20, Amlodipino 5. Último cambio en el tratamiento (se reintroduce amlodipino) una semana antes de la aparición de las ampollas.

Relevancia para atención primaria: Se plantean dos diagnósticos posibles en la paciente, penfigoide ampolloso, enfermedad poco frecuente pero grave, y reacción penfigoide por fármacos, dado que la paciente está polimedicada, a pesar de que la furosemida y el enalapril son los únicos fármacos que toma que se han relacionado con reacción penfigoide por fármacos y se introdujeron 3 años y medio (la furosemida) y 8 meses (el enalapril) antes de la aparición de las ampollas.

Se solicita una interconsulta urgente a dermatología, donde se pauta

prednisona 30mg cada 24 horas durante 7 días y posteriormente 15mg cada 24 horas hasta nueva revisión, omeprazol 20mg y mupirocina pomada en erosiones.

Se pasa, tras mejoría clínica, a corticoterapia tópica y se solicita anticuerpos anti ZMB.

SÍNCOPE Y ELEVACIÓN DE ST

Castro Abella, MJ; Digón Santín, E.

PAC Vilalba

Varón de 70 años, sin alergias medicamentosas, hipotiroidismo tras tiroidectomía por carcinoma folicular de tiroides en 2002, a tratamiento con Eutirox. Sin antecedentes cardiológicos.

Acude al PAC por dos episodios de pérdida de conocimiento, uno en decúbito, de segundos de duración, sin pródromos, sin movimientos tónico-clónicos, con recuperación espontánea. No dolor torácico. En el PAC sufre nuevo episodio antes de monitorizarlo.

Exploración física anodina y constantes normales. En el electrocardiograma se objetiva elevación del ST en V1 a V3. Se contacta telefónicamente con el 061 y posteriormente con el hemodinamista del CHUAC, decidiéndose traslado con el diagnóstico de SCA vs síndrome de Brugada.

Durante el traslado, ya monitorizado, sufre dos episodios que coinciden con FV/TVP, de escasa duración, recuperando ritmo sinusal antes de realizar desfibrilación. Se hace transferencia con UVI móvil.

El síndrome de Brugada es una enfermedad de origen genético. Se producen alteraciones eléctricas por alteración del flujo iónico, lo que favorecen la aparición de arritmias, generalmente ventriculares, lo que se traduce en síncope o incluso muerte súbita. El diagnóstico se basa en las alteraciones electrocardiográficas. El tratamiento es la colocación de un DAI.

El síncope es una causa frecuente de consulta en el PAC, y aunque el de origen cardiogénico no es el más habitual, debemos recordar sus características para reconocerlo.

SÍNDROME DE BRUGADA, IMPORTANCIA DE PATRONES ELECTROCARDIOGRÁFICOS

Cabanas López de Vergara, B.; González Paiva, A.; Costas Mira, M.T.

P.A.C. Monforte de Lemos, Lugo. P.A.C. Ribadabia, Orense. Hospital de Elche, Valencia

DESCRIPCIÓN: El SB, se produce por alteración de canales del sodio de membrana provocando una morfología en EKG característica. Los pacientes permanecen asintomáticos, describiéndose un 17-42% con síncope o MS por arritmia ventricular. Corazón estructuralmente normal.

Varón 31 palpitaciones, inestabilidad pérdida de fuerza, caída. No pérdida de conocimiento, recuperación 1 hora. AP fumador, ACV isquémico fosa posterior, no antecedentes familiares de interés. EF: En consulta neurológicamente normal. Hemograma, bioquímica y rx tórax sin hallazgos. Llama la atención en EKG elevación segmento ST en V1-V3, forma de tienda de campaña, S. de Brugada tipo I; Ingreso. Angio RNM agenesia/hipoplasia de ACP. EEG, Holter, ecocardiograma, mesa basculante y ergometría normal. Solicitado estudio EEF.

RELEVANCIA: Reconocer patrones electrocardiográficos dada alta mortalidad asociada. Patrón1, elevación descendente ST = 2 mm en más de 1 derivación precordial derecha, T negativas; Patrón2, elevación ST = 2 mm precordiales derechas T positivas o isobifásicas, en silla de montar; patrón3, dos anteriores si elevación ST = 1mm. Presencia de patrón1 puede asociarse con MS, considerando pacientes en riesgo a todos. Herencia AD, examinar familiares. Ocasionalmente esporádica. Mutaciones gen SCN5A.

DAI eficaz, implantación en pacientes sintomáticos y asintomáticos cuando EEF arritmias ventriculares, especialmente patrón tipo1 espontáneamente. En asintomáticos, sin historia familiar de MS y patrón1 tras fármacos, seguimiento sin EEF.

SOBREVIVIR AL MELANOMA. PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Varela Arias, M A; Lavia, G V.

Centro de Salud Acea da Ma

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Varón de 56 años sin antecedentes personales de interés que acude por una lesión cutánea asintomática en la cara posterior del brazo izquierdo que se acaba de detectar. En la exploración física se observa una lesión asimétrica, de bordes nítidos e irregulares, de coloración heterogénea, de 1.5 cm de diámetro, no descamativa ni molesta a la palpación, lo que sugiere datos de malignidad por lo que se deriva al siguiente nivel asistencial con la sospecha diagnóstica de melanoma, donde realizan exéresis de la lesión y confirmación anatómo-patológica.

RELEVANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: El melanoma es la neoplasia cutánea más agresiva y responsable de más del 80% de las muertes por cáncer de piel. El principal factor de riesgo para su aparición es la exposición inadecuada de la piel a las radiaciones ultravioletas. A pesar de no ser una de las neoplasias más frecuentes, es relevante en atención primaria dado su impacto en la supervivencia relacionada directamente con la prevención y el diagnóstico precoz llevado a cabo en el primer nivel asistencial.

SOMATIZACIONES EN AP

Fernández Souto, F; Armas González, M; García-Ciudad Young, V.

Paciente de 58 años, mujer, que acude a la consulta refiriendo epigastralgia y disfagia de 15 días de evolución. No presenta antecedentes personales de interés. En la exploración física la palpación abdominal es anodina, no presenta lesiones faríngeas y refiere epigastralgia en punta de dedo en palpación a dicho nivel.

ANALÍTICA: Estrictamente normal salvo LDL 238, TG 310.

Ante la sospecha clínica de ERGE se pauta tratamiento con IBP a dosis altas cada 24 horas y procinéticos cada 8 horas.

A los 15 días de iniciar el tratamiento la paciente acude a revisión refiriendo persistencia de la clínica, por lo que se deriva al servicio de digestivo para estudio.

En las pruebas complementarias realizadas (EDA y pmetría) no se objetiva patología digestiva alta.

Tras una anamnesis más completa de la paciente en la que nos refiere ser

cuidadora habitual de familiar dependiente la hipótesis diagnóstica pasa a ser somatización digestiva. Se inicia tratamiento con paroxetina y benzodicepinas, obteniendo mejoría leve de la clínica a los 15 días.

CONCLUSIÓN: Las somatizaciones son patologías muy prevalentes en atención primaria, que están infradiagnosticadas. Ante una mala respuesta al tratamiento requerido en una enfermedad es necesario valorar la somatización como hipótesis diagnóstica.

SOY MÉDICO Y TENGO TOSFERINA

Carreira Pereiro, J; Pérez Amor, R; Novo Rodríguez, JM.

C.S. A Milagrosa

Presentamos el caso de un médico adjunto y su residente, ambos con toserina.

La MIR inicia cuadro de tos paroxística y emetizante, tras una semana de clínica catarral. Al cabo de 2 semanas, su médico adjunto comienza con clínica similar.

Ante la persistencia y características de la tos, deciden solicitar PCR del exudado faríngeo del 2º de ellos para Bordetella Pertussis que, según los criterios diagnósticos existentes (OMS), confirma el diagnóstico.

Realizaron tratamiento con el antibiótico de elección: un macrólido.

Así mismo, se les prescribió a los casos "probables" dentro del cupo, dado que no se han podido confirmar microbiológicamente.

RELEVANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: La cobertura vacunal y la inmunidad postinfecciosa no es duradera y la eficacia es parcial, por lo que aparecen casos en adolescentes y adultos; los menores de 7 meses no han desarrollado una respuesta inmune completa y están escasamente protegidos por la inmunidad pasiva materna.

El bajo índice de sospecha conlleva un diagnóstico tardío y puede favorecer que un profesional afectado transmita a estos pacientes susceptibles la enfermedad.

Nos planteamos la actitud ante la sospecha de toserina en un trabajador sanitario:

Aislamiento del trabajador y los pacientes afectados:

Profilaxis en contactos cercanos: exposición cercana y duradera con macrólidos.

Alto índice de sospecha en contactos y tratamiento precoz.

Posible revacunación de contactos cercanos (profesionales o personales).

TENDINOPATÍA POR QUINOLONA

Cabra Bellido, MJ.; Gómez-Ulla Astray, MD.; Fernández Rodríguez, V.; Portes Cruz, JM.; Flores Fuciños, L.; Monteagudo Varela, L.

C.S. Os Rosales

Varón de 90 años con antecedentes de Adenocarcinoma de sigma (T3N0M0), fibrilación auricular, insuficiencia aórtica moderada y aneurisma de aorta ascendente. Anticoagulado con Sintrom. Vida basal, excelente para su edad.

Tras tratamiento hospitalario con Levofloxacino por neumonía adquirida en la comunidad consultó por dolor y edema en cara posterior del tobillo. Se confirmó ecográficamente tendinopatía Aquilea derecha por quinolona. Con

reposo y AINE mejoró progresivamente de la clínica.

Veinte días después sufrió torcedura de tobillo apareciendo dolor, edema e impotencia funcional de miembro inferior derecho.

A la exploración presentaba signos inflamatorios, dolor selectivo a la palpación de tendón Aquileo derecho y maniobra de Thompson positiva.

Mediante Ecografía realizada en el Centro de Salud se demostró la rotura completa del tendón de Aquiles derecho y se derivó al Servicio de Urgencias Hospitalario para valorar reparación quirúrgica por Traumatología. Se optó por tratamiento conservador con inmovilización.

Las fluoroquinolonas son de uso cada vez más extendido por su amplio espectro de acción, su biodisponibilidad y su buen perfil de tolerancia. La tendinopatías se mencionan como un posible efecto adverso siendo más frecuentes en tendones que sufren gran estrés, como el Aquiles.

El empleo cada vez más común de estos antimicrobianos en la práctica clínica diaria conlleva el que veamos con mayor frecuencia sus efectos adversos y que éstos deban ser tenidos en cuenta.

TENGO 30 AÑOS, ¿PUEDO TENER VARICELA?

García-Ciudad Young, V; Fernández Souto, F; Barral Segade, P;

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela

Varón de 30 años que acude por fiebre y lesiones cutáneas.

ANTECEDENTES PERSONALES: No AMC. No datos de interés. No tratamientos.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que acude por fiebre de 3-4 días de evolución, asociada a astenia y mialgias sin presentar disnea. Además desde el inicio presenta lesiones papulosas de base eritematosa a nivel de tronco y cuero cabelludo. Presenta odinofagia sin otra clínica asociada.

EF: TA: 107/68mmHg FC:86 lpm Tª:38,4°C satO2:98%

ORL: hiperemia, ligera hipertrofia, no exudado. Adenopatías latero-cervicales no dolorosas.

PIEL: presenta vesículas de base eritematosas, algunas en diferentes estadios con contenido acuoso, otras con presencia de costras a nivel de tronco y cuero cabelludo.

Resto de exploración física sin alteraciones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: leucos 4.200; N65,4%; L20,7%.Plaquetas 116.000 Resto de parámetros dentro de la normalidad.

RX TÓRAX: Refuerzo de la trama peribroncovascular. Refuerzo de la trama parahiliar dcha presentando dudosa radiopacidad parahiliar dcha.

JC: Varicela

PLAN: tratamiento con aciclovir y paracetamol durante 7 días.

Conclusiones: La varicela es una enfermedad clásica de la infancia, aunque en edades adultas tienen un mayor riesgo de complicaciones. Por lo general, es una enfermedad benigna y el tratamiento se basa en medidas generales

(paliando la fiebre y el prurito); también debemos evitar complicaciones como infecciones cutáneas, neumonía, encefalitis, ataxia y la fascitis necrotizante. Es importante recordar que no debemos utilizar AAS ni ibuprofeno por el Sd. de Reye e infecciones secundarias más graves.

TIÑA CAPITIS

Buceta Eiras, M.G; Barreiro Cambeiro, A.

C.S. Elviña-Mesoira

CASO CLÍNICO : Paciente de 41 años, sin antecedentes, que acude por pérdida de cabello localizada en zona occipital izquierda. A la inspección se observa una placa de alopecia de 3 cm de diámetro. Se solicita analítica de control con hormonas tiroideas.

Pasadas dos semanas la placa aumentó de tamaño, siendo ahora una lesión anular con pelo central. Resultado de analítica normal.

Tras una semana acude por dolor. Refiere contacto frecuente con animales. A la exploración presenta una placa única, eritematosa, sobreelevada, con aumento de la temperatura local, hinchazón y pústulas foliculares diseminadas alrededor. Dolor a la palpación. No se palpan adenopatías. No fiebre. Los pelos están rotos, se pueden quitar fácilmente por tracción. Nuestra sospecha diagnóstica ahora es una tiña capitis por lo que se pauta tratamiento con Terbinafina, Sulfato de Zinc tópico e Ibuprofeno si dolor.

Una semana después acude para revisión de la lesión. Refiere mejoría. A la inspección se observan costras en la zona periférica y disminución de la inflamación, lo que refuerza nuestra sospecha diagnóstica. Se aconseja seguir con el tratamiento y se recomienda champú de selenio.

CONCLUSIÓN: Ante la sospecha de una patología banal que no cura, e incluso empeora, debemos investigar otras causas del cuadro clínico, antecedentes epidemiológicos, y no descartar posibles enfermedades "olvidadas" por las condiciones higiénico-dietéticas actuales.

TIROIDITIS SILENTE INDOLORA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Morado González, C; Méndez Fabero, MI; Carrasco Cendón, L.

C.S. Concepción Arenal (Santiago de Compostela)

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

MOTIVO DE CONSULTA: Varón (35 años) que consulta para realización de analítica.

ANTECEDENTES PERSONALES: No AMC, resto sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que acude por resultados. En analítica se objetiva leve leucocitosis e hipertransaminasemia, insuficiencia renal (FG 58 ml/min) e hipercolesterolemia. Se aconseja nueva analítica de comprobación, en la que se confirman los datos con empeoramiento de función renal y aumento del enzima creatinín-kinasa (CK). Se solicitan otras pruebas complementarias: electrocardiograma, ecografía abdomino-pélvica y radiografía de tórax, todas sin hallazgos patológicos. Se repite analítica incluyendo hormonas tiroideas objetivándose TSH 240 mUI/L, T4 0.16 ng/dl, anticuerpos antitiroglobulina 10200 UI/mL y anticuerpos anti-TPO de 3700 UI/mL.

DIAGNÓSTICO: Tiroiditis silente indolora.

EVOLUCIÓN: Ante dichos hallazgos se realiza ecografía cervical (normal) y se instaura tratamiento con levotiroxina. En controles posteriores se comprueba

mejoría analítica (función renal, transaminasas y CK normales). Actualmente continúa asintomático, pendiente de ajustar tratamiento hormonal.

RELEVANCIA EN AP: La patología tiroidea es una entidad prevalente en nuestro medio, puede presentarse con sintomatología atípica e incluso de forma asintomática, y debemos tenerla presente tras una primera aproximación diagnóstica no concluyente. La tiroiditis silente indolora suele pasar desapercibida y su retraso diagnóstico puede provocar graves disfunciones orgánicas. En AP son clave una buena anamnesis y exploración física, y pruebas complementarias dirigidas.

TOS E SANGUE

Pérez Cachafeiro, S; López González, L.

PAC Cambados

Unha muller de 78 anos acude ó PAC por dor na fosa ilíaca dereita (FID), de comezo recente ("onte pola noite"). A paciente é diabética, hipertensa e cardiópata ("dixéronlle que ten arritmia"), estando en tratamento con metformina, delapril, furosemida, lansoprazol, tiamazol, escitalopram, acenocumarol e nitroglicerina. Tamén recorda que lle estirparon fai uns anos un cáncer da FID (tumor apendicular sen recidiva na última revisión un ano antes).

Presenta un pequeno hematoma periumbilical na inspección abdominal; na exploración pálpase una masa de consistencia pétreo duns 8 cm de diámetro na musculatura transversal dereita que impide a exploración profunda por dor. Reinterrogada, di que leva cun catarro fai uns días, polo que non para de tusir, coincidindo a inicio da dor cun momento no que "estaba moi atacada".

Derívase o hospital coma probable hematoma secundario a manobra de valsava en paciente anticoagulada sen poder descartar recidiva tumoral.

No hospital realizan analítica (INR 7 Hemoglobina 11), ecografía e tomografía (suxestivas de proceso inflamatorio ou absceso - masa de 7 cm en contacto con cicatriz cirúrxica-, sen poder descartar unha recidiva). A paciente ingresa no Servizo de Cirurxía, onde se realiza drenaxe que confirma a sospeita de hematoma.

RELEVANCIA: a sospeita de hematoma en paciente anticoagulado é unha sospeita baseada na anamnese e antecedentes dos pacientes, neste caso a historia clínica foi máis determinante que as probas de imaxe para a resolución do mesmo.

TRAUMA TORÁCICO POR AGRESIÓN

Armas Gonzalez, M; García-Ciudad Young, V; Fernández Souto, F.

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela

MC: Paciente de 44 años que acude por traumatismo en costado izq.

AP: No AMC, Carcinoma bronquial intervenido con lobectomía lII. No tratamentos actuales.

EA: Paciente que acude por traumatismo costal izqdo tras agresión con barra metálica. A su llegada presenta esputos hemoptoicos y dolor a la inspiración profunda. No disnea ni otra clínica asociada.

EF: TA: 120/79 mmHg FC: 78 lpm satO2: 97%.

Eupneico. COC. BEG.

ACP: rítmico, no soplos. MVC.

LOCOMOTOR: presenta excoriaciones y petequias a nivel de costado izq con dolor a la palpación de cara anterior y línea axilar de parrilla costal izq. No enfisema cutáneo.

Resto de la exploración sin alteraciones.

PC: GSA: pH 7,41; pO₂ 74,8; pCO₂ 37,3; satO₂: 95,2%.

ANALÍTICA: Leucos 16.500; N 86,1%; L 8,4%; Hb 15,4; Hto 43,7. Resto sin alteraciones.

RX TÓRAX Y PARRILLA COSTAL IZQ: fracturas de 5º,6º,7º y 8º arcos costales izq. Radiopacidad a nivel de lóbulo superior izq compatible con contusión pulmonar.

JC: Traumatismo torácico cerrado: fracturas costales izq, contusión pulmonar.

TRATAMIENTO: analgesia, reposo relativo y control en Cirugía Torácica.

CONCLUSIONES: En el caso de los traumatismos torácicos lo más importante es la estabilidad hemodinámica del paciente. En este caso aunque el paciente presentaba criterios de ingreso clínico, la estabilidad y la buena respuesta al tratamiento analgésico fueron claves para adoptar una actitud conservadora.

TUMORACIÓN CERVICAL EN MUJER DE MEDIANA EDAD

Blanco Romero, S; Morado Gonzalez, C; Ferreiro Serrano, T.

Centro de Salud de Vite

Descripción del caso: Mujer de 46 años, sin antecedentes de interés salvo adopción reciente de niña colombiana diagnosticada de tuberculosis a su llegada a España.

Consulta por tumoración cervical indolora de seis días de evolución sin otros síntomas acompañantes.

A la exploración se palpa tumoración cervical derecha, única, en región submandibular, de aproximadamente 3-4 centímetros, consistencia dura. No adenopatías en otros territorios. Cavidad oral normal. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. No lesiones cutáneas.

Se solicita inicialmente (dado el diagnóstico reciente de tuberculosis en la hija), placa de tórax, que resulta normal y mantoux, que es negativo (2 mm de induración). En la analítica general de sangre no se demuestran alteraciones significativas y las serologías son negativas.

A las dos semanas acude a revisión, evidenciándose aumento del tamaño y dolor a la palpación. Se decide remitir a urgencias de ORL. Solicitan TC cervical y PAAF preferentes, el resultado orienta a quiste branquial. Tras la PAAF, la lesión disminuye significativamente de tamaño. Se indica tratamiento quirúrgico que la paciente rechaza. En el seguimiento posterior no ha presentado complicaciones.

Relevancia para Atención Primaria: Las tumoraciones cervicales son un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. Un adecuado manejo inicial es imprescindible para determinar cuales se asocian a procesos autolimitados, banales y cuales pueden estar asociados a patologías más graves.

UN PROBLEMA ESCONDIDO

Cortés Ayaso, M.; Villanueva García, Y.; López Seijas, C.S; Teijo Figueiras, P.

Urgencias H. Clínico

MOTIVO CONSULTA: Dolor abdominal.

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA. Depresión. Cirugías: Herniorrafia. Obstrucción intestinal.

ANAMNESIS: Mujer 90 años que consulta por dolor abdominal de meses de evolución y náuseas, de localización cambiante y sin. Desde hace días tiene el abdomen muy distendido y bultos en la cicatriz de laparotomía, uno con inflamación. Estreñimiento hace 2 días.

EXPLORACIÓN:

TA 122/77 FC: 109 Tº 36.9

ACP: normal.

Abdomen: distendido, dolor generalizado a la palpación, de mayor intensidad en zona de cicatriz, con varios puntos en pared, uno de ellos eritematoso, con fondo de fibrina.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica: anodina
- RX abdomen: luminograma inespecífico.
- Ecografía abdomen: abundante ascitis, metástasis hepáticas, lesión quística unilocular de pared gruesa parauterina derecha, lesión nodular de contorno irregular periumbilical, en relación con implante tumoral.

JUICIO CLÍNICO: Neoplasia de ovario extendida.

DISCUSIÓN: El cáncer de ovario es el 5º en mortalidad en mujeres.

Se conoce como "asesino silencioso", ya que cuando se manifiesta suele estar avanzado, lo que empeora el pronóstico. Si el diagnóstico es precoz la supervivencia es >50% a los 5 años.

Los síntomas más frecuentes son: dolor y distensión abdominal, plenitud precoz, estreñimiento, meteorismo.

El nódulo de María José es una masa umbilical metastásica (97% origen intraabdominal, en mujeres la mayoría ginecológico). Puede ser la única manifestación de un cáncer. Su aparición es un signo de mal pronóstico.

VARÓN CON CEFALEA REFRACTARIA

Hernández Cedeño, M; Enríquez Gómez, H; Zabaleta Moreno, J.

Hospital Povisa

CASO CLINICO: Varón de 20 años de edad, sin antecedentes patológicos, con cefalea bifrontal opresiva de una semana de evolución, de intensidad progresiva, con fotofobia y sonofobia, agravada con valsalva y acompañada de náuseas, vómitos y febrícula, sin mejoría con analgésicos. Niega catarro en días previos. Refiere contacto con paciente tuberculoso semanas antes en su centro de estudios. En la exploración: signo de Kernig positivo. En el TAC craneal, RMN cerebral y Rx tórax no se detectaron alteraciones. En el líquido cefalorraquídeo obtenido mediante punción lumbar se detecta pleocitosis con predominio linfóide, ADA, lactato y proteínas aumentados, hipoglucorraquia. Baciloscopia positiva: 3 a 10 BAAR/ 3 líneas. Se diagnostica como meningitis tuberculosa, iniciándose tratamiento tuberculostático con 4 fármacos y corticoides en pauta descendente, presentando buena evolución clínica.

CONCLUSIONES: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad cuya prevalencia en nuestro medio representa 18 casos por cada 100.000 habitantes. La meningitis tuberculosa supone el 1% de todos los casos de TBC y el 6% de los casos de TBC extrapulmonar, representando la forma más grave de TBC

extrapulmonar. Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas: astenia, cefalea, febrícula, lo cual nos puede llevar a un retraso diagnóstico que puede producir secuelas neurológicas importantes o incluso la muerte. En el diagnóstico diferencial de las cefaleas debemos tener en cuenta la meningitis tuberculosa ya que requiere tratamiento específico y de larga duración.

VARON DE 70 AÑOS CON TUMORACIÓN EN TOBILLO

Lavia, G; Teijeiro Blanco, P; Varela Arias, M.

Centro de Salud de Acea da Ma

DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO: Varón de 70 años que acude a la consulta de primaria por dolor en pie izquierdo posterior a una caída accidental, ante la sospecha de un esguince de tobillo se inicia tratamiento antiinflamatorio con leve mejoría. Un mes después el paciente vuelve a la consulta por persistencia del dolor por lo que se solicita radiografía de tobillo sin objetivarse datos de fractura ni lesiones óseas evidentes. Al mes siguiente se constata tumoración de crecimiento progresivo a nivel del tobillo izquierdo por lo que se realiza RMN que revela la presencia de una tumoración neoplásica ósea, que mediante estudio anatomopatológico confirma que se trata de un Linfoma de Hodgkin B de célula grande primario óseo. El paciente es derivado al servicio de hematología donde recibió tratamiento quimioterápico con buena tolerancia y mejoría clínica.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: EL linfoma óseo primario se presenta en varones de mediana edad, siendo el síntoma mas frecuente el dolor óseo seguido de tumoración y/o fractura ósea. A pesar de ser una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico en el ámbito de atención primaria, debemos siempre tenerla en cuenta para un diagnóstico precoz.

Y...DE REPENTE, NO VEO DOCTOR

Arias Amorin, I; Garcia Sieiro, R.

C. Saúde Cambre

Varón de 78 años con hiperlipidemia, cardiopatía isquémica y obesidad. Consulta porque el día previo presentó 3 episodios de pérdida de visión total en el ojo derecho de 4-5 minutos de duración, de inicio y desaparición de forma brusca sin otra sintomatología acompañante.

Con exploración y pruebas complementarias (fondo de ojo, eco doppler carótidas y TAC) se diagnostica: amaurosis fugax secundaria a oclusión de carótida interna derecha. La amaurosis fugax, puede estar presente en un amplio abanico de patologías: retinopatía hipertensiva aguda, jaqueca retiniana, lupus, embarazo, drogas vía intravenosa etc. Es un caso relevante para atención primaria porque depende de nosotros realizar un buen diagnóstico diferencial para filiarla y evitar complicaciones.

COMUNICACIÓN PÓSTER: COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

CORRELACIÓN CLÍNICO- PATOLÓGICA DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA REALIZADA POR MÉDICOS DE FAMILIA

González Lema, I; Díaz Fernández, P; Noya Vázquez, L; Sueiro Justel, J; Ubeira Bao, B.

Ambulatorio Concepción Arenal

MATERIAL Y MÉTODO:

Diseño: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo.

EMPLAZAMIENTO: Área de Santiago de Compostela (2 cupos del CAP Concepción Arenal).

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

PRIMARIO: Analizar la concordancia entre diagnóstico clínico y anatómo-patológico de lesiones cutáneas intervenidas en los últimos 6 años.

SECUNDARIO: Impulsar la práctica de cirugía menor.

RECOGIDA Y ANÁLISIS: Registro de intervenciones realizadas entre 2006y2012 y resultados anatómo-patológicos. Se utilizaron las variables sexo y edad.

RESULTADOS: 810 lesiones, 479 en mujeres y 331 en hombres. Los diagnósticos anatomopatológicos mas frecuentes fueron: Nevus sin atipia (26%), queratoacantoma (19%)y quiste epidérmico (14%).

El diagnóstico más frecuente tanto en < 45 años como entre 45-65 años fue nevus sin atipia (50% y 27% respectivamente) En > 65 años, queratoacantoma (25%).

El diagnóstico más frecuente en mujeres fue nevus sin atipias (32%)y en varones el queratoacantoma (21%).

CONCLUSIONES: La concordancia entre diagnóstico clínico y anatomopatológico se cifró en 60%.

La incidencia de lesiones premalignas y malignas aumenta con la edad. En mujeres se triplica el diagnóstico de nevus sin atipia.

El aumento de esta actividad ha permitido aliviar la presión de los hospitales pudiéndose centrar éstos en actividades más complejas y específicas.

Concluimos finalmente, que la realización de cirugía menor en Atención Primaria es factible utilizando el instrumental y estructura habitual del centro de salud y asumiendo la correcta formación del médico de Atención Primaria obteniéndose resultados satisfactorios.

DURACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

López-González, L.; Rey Tasende, J.M.; Regueiro Martínez, A.A; Gomara Villabona, S.M; Lois López, V.M; Rico Padín, C.

Vilanova de Arousa (Pontevedra)

OBJETIVO: Calcular la media de PA obtenida por MAPA durante el día y la noche, calcular la profundidad y comparar resultados de primeras 24 horas con los de 48 horas de monitorización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio epidemiológico descriptivo transversal.

Pacientes del Centro de Salud de Vilanova de Arousa (Pontevedra) que han realizado una MAPA de 48 horas en 2010 y 2011 (base de datos PROYECTO HYGIA).

Monitorización ambulatoria de la PA durante 48 horas consecutivas, manteniendo la rutina habitual, con un dispositivo oscilométrico validado (SpaceLabs 90207).

RESULTADOS: Se realizaron 368 MAPAS válidas a lo largo del estudio, siendo en total 314 pacientes.

- MAPA de primeras 24 horas clasificaba a los pacientes en: Riser 8,9, No dipper 41,5, Dipper 41,8 y Dipper extremo 7,6%. Los valores medios de PASistólica fueron de: 135,9 mmHg diurna, 122,4 nocturna y 129,1 en la serie.

- MAPA de 48 horas: Riser 5,7, No dipper 42,3, Dipper 47 y Dipper extremo 4,8%. Valores medios de PAS diurna, 121,6 nocturna y 128,4 en la serie.

En pacientes con síndrome metabólico (62,7%), se produce un cambio de Dipper a No dipper de las primeras 24 a las 48h con una OR de 0,51. ($p=0,02$).

CONCLUSIONES:

- La duración de la prueba es aceptada.
- El número de pacientes con patrón alterado fue mayor en las primeras 24 horas.
- Los valores medios de PA tanto en actividad como en descanso fueron más altos en 24h frente a 48h.
- Pacientes con Síndrome metabólico tiene más posibilidad de cambiar de patrón de Dipper a No dipper en 48h.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN E TRATAMENTO DA CONDUTA SUICIDA: RECOMENDACIÓN PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE SAÚDE

Combarro Mato, J; Tovar Bobo, M; Álvarez Ariza, M; Atienza Merino, G; Ferrer Gómez del Valle, E; Maceira Rozas, MC; Triñanes Pego, Y.

Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia

OBJECTIVOS: O suicidio representa un importante problema de saúde pública onde os profesionais de Atención Primaria xogan un importante papel. O obxectivo deste traballo é presentar o apartado relativo a Atención Primaria da Guía de Práctica Clínica de Prevención e Tratamento da Conduta Suicida, levada a cabo pola Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t).

MATERIAL E MÉTODOS: A metodoloxía empregada foi a recomendada para a elaboración de guías no SNS. O grupo elaborador estivo formado por profesionais sanitarios de diferentes ámbitos. Unha vez definidas as preguntas clínicas, realizáronse revisións sistemáticas específicas para cada unha delas. As recomendacións de manexo graduáronse según o nivel de evidencia científica, aínda que tamén se realizaron recomendacións de consenso.

RESULTADOS: Realizáronse 5 preguntas clínicas acerca do cribado de risco de suicidio, avaliación, derivación a outro nivel asistencial e sobre a efectividade clínica dos programas formativos para profesionais. Finalmente elaboráronse 20 recomendacións e unha proposta de algoritmo de manexo da ideación e a conduta suicidas neste ámbito asistencial.

CONCLUSIÓN: O suicidio é un problema complexo que afecta a diferentes niveis da asistencia sanitaria, sendo fundamental o papel da Atención Primaria. Esta guía pretende ser un instrumento útil que, sumado á experiencia do clínico, axudará na toma de decisións da atención a pacientes con risco de suicidio.

HIPERTENSIÓN CLÍNICA AISLADA: ANÁLISIS EN UN CENTRO DE SALUD

Iglesias Yáñez, MA; Gayoso Diz, P; Lebrero Álvarez, M; Rodríguez Blanco, AF; Da Costa Otero, F; González Frieiro, N.

CS A Estrada

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de HTA clínica aislada en pacientes a los que se realiza MAPA para confirmar la sospecha clínica de HTA.

MÉTODO:

- Población de estudio: 405 pacientes a los que en los últimos 2 años, se les realizó MAPA para confirmar el diagnóstico de HTA, utilizando criterios

de ESH 2007 para diagnóstico de HTA por MAPA.

- Variables de estudio: sexo, edad, IMC, perímetro abdominal, tabaco, actividad física, dislipemia, DM, S. metabólico, enfermedad cardiovascular.
- Metodología estadística: Estadística descriptiva.

RESULTADOS:

- De los 405 el 51,4% eran varones y el 48% mujeres. Mediana de edad de 53.9 años, sin diferencias por sexo.
- Se diagnosticó HTA clínica aislada en el 29,6%.
- Entre los varones con sospecha clínica de HTA, en el 76,9% se confirmó con MAPA, en las mujeres en el 63,5%, considerándose esta diferencia significativa (chi-cuadrado 8,806, $p<0,003$)
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con HTA e HTA clínica aislada y el resto de las variables (exceptuando la edad)
- Ser mujer supone un riesgo 2.15 veces mayor respecto a ser hombre, de presentar HTA clínica aislada al realizar el MAPA, con independencia de las otras variables

CONCLUSIONES:

La hipertensión clínica aislada es muy prevalente, 30%, en nuestro medio, siendo más frecuente en mujeres. La MAPA es el método para detectarla. Su uso debería generalizarse en los centros de salud.

INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE PACIENTES CON GRIPE A (H1N1) EN PERIODO PANDÉMICO (2009-2010)

Pardo Landrove, MJ; López Calviño, B; Suárez Lorenzo, JM; Fernández Albalat, M; Otero Santiago, M; Einöder Moreno, M; Pita Fernández, S.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVO: Determinar las características clínicas y terapéuticas.

Determinar las variables asociadas a ingreso en Unidad de Cuidados intensivos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Ámbito: CHUAC

Periodo: Julio2009-Enero2010

Tipo de estudio: Observacional retrospectivo.

Criterios de inclusión: Diagnosticados de gripe A(H1N1) por virus pandémico con criterios de ingreso: caso clínico, factores de riesgo para gripe complicada y confirmación diagnóstica de laboratorio(PCR tiempo real)

Muestra: $n=169$ (precisión= $\pm 7,6\%$,seguridad= 95%)

Mediciones: Demográficas, clínicas y terapéuticas.

Análisis estadístico: Regresión logística.

RESULTADOS:

Edad media $35,0\pm 20,1$ años, 52,10% mujeres. Tienen factores de riesgo para gripe complicada(82,8%), siendo los más frecuentes: asma(24,9%), Hemoglobinopatía y/o anemia(24,9%).

El 98,2% fue de adquisición comunitaria cuya estancia hospitalaria fue $8,3\pm 14,5$ días.

Los síntomas más frecuentes: fiebre(96,4%), tos(72,8%), mialgias(43,2%).

Al 89,9% se le realizó radiografía de tórax:presentó signos de neumonía(33,7%),

con infiltrados bilaterales(33,3%) y en un sólo lóbulo(66,7%). Recibieron tratamiento antiviral(87,6%) y antibiótico(72,8%).La demora terapéutica(inicio síntomas-inicio tratamiento) fue $4,0\pm 3,4$ días.

11,8 % de los pacientes ingresó en UCI con estancia media de $12,5\pm 12,0$ días. Fallecieron el 3,6% de pacientes: 66,7% mujeres, edad media $51,0\pm 16,1$ años. Las variables asociadas al ingreso en UCI fueron:Serfumador($p=0,021$;OR= 6,912), tener unainmunodeficienciaactiva($p=0,036$;OR= 15,712), tener infiltrados neumónicos bilaterales en radiografiadetórax($p=0,011$;OR=7,508).

CONCLUSIONES: Las variables asociadas a ingresar en UCI son: ser fumador, tener inmunodeficiencia activa e infiltrados neumónicos bilaterales.

INSATISFACCIÓN CORPORAL Y OBSESIÓN POR LA DELGADEZ EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Pita Fernández, S; Isasi Fernández, C; López Calviño, B; Pértiga Díaz, S; Seoane Pillado, T.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVO: Determinar variables asociadas al grado de Insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: Enfermería-Podología-Fisioterapia(UDC)

Periodo: 2007-2008

Estudio: Observacional-prevalencia

Criterios inclusión/exclusión:alumnos,consentimiento informado.

Mediciones: Índice de masa corporal(IMC), ingesta:calórica,proteínas,carbohidratos y grasa total.Insatisfacción Corporal(subescalaEDI-IC).Obsesión por la Delgadez(subescalaEDI-O).Tamaño muestral:n=288(precisión= $\pm 6\%$,seguridad ad=95%).

Análisis: Regresión logística.

Aspectos ético-legales: CEIC-Galicia(2010/328)

RESULTADOS: Edad media $21,6\pm 4,1$ años, siendo mujeres(79,2%). Presentan $IMC=23,5\pm 3,5$ kg/m². Tuvieron una ingesta diaria calórica de($2116,5\pm 768,3$), protéica($102,5\pm 27,3$), carbohidratos($252,8\pm 101,2$) y grasa total($77,5\pm 35,0$) La puntuación media de insatisfacción corporal(EDI-IC) fue $6,7\pm 6,4$ (Mediana=5) y obsesión por la delgadez(EDI-O) fue $4,4\pm 4,7$ (Mediana=2).

Las mujeres presentan significativamente mayor insatisfacción corporal($7,5$ vs. $3,9$;p<0,001) y obsesión por la delgadez($4,9$ vs. $2,3$;p<0,001). Ambas escalas disminuyen con la edad($r= -0,224$;p<0,001 yr= $-0,164$;p=0,005;respectivamente).

Se realizan modelos de regresión logística para determinar variables asociadas a insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez. Tras ajustar por edad, sexo, IMC, ingesta calórica, proteínas, carbohidratos y grasa total, se objetiva que ser mujer y mayor IMC aumentan la insatisfacción corporal y menor edad, ser mujer y mayor IMC incrementan la obsesión por la delgadez.

CONCLUSIÓN: La insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez aumentan con el IMC y en las mujeres. Disminuyendo la obsesión por la delgadez al aumentar la edad.

PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DURANTE EL 2006-2010

Lavia, G.V.; Díaz García, B.; Carrodegas Santos, L.; Gómez Castro, A.; Arias Amorín, I.; Calvo López, R.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

INTRODUCCIÓN: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología frecuente con una alta morbimortalidad. Existen varios factores clínicos que predisponen como la edad avanzada, la inmovilización, la obesidad, el cáncer o la terapia hormonal sustitutiva entre otros. Los síntomas más frecuentes son disnea y dolor torácico. Actualmente el angioTAC es la prueba de elección para el diagnóstico aunque existen otras pruebas de imagen de gran ayuda. El tratamiento salvo contraindicaciones y en pacientes con sospecha de TEP estables es la anticoagulación oral.

OBJETIVO: Determinar características clínicas-diagnósticas y terapéuticas del TEP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Ámbito:Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
- Período: 2006-2010
- Tipo de estudio:Observacional
- Criterios de inclusión:TEP diagnosticados
- Criterios de exclusión:TEP diagnosticados en otro hospital
- Variables:demográficas, comorbilidad(score Charlson), clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento, complicaciones y éxitus
- Tamaño muestral:n=281($\pm 5,9\%$ Precisión;95%Seguridad)
- Análisis estadístico:Descriptivo.

RESULTADOS:

La edad fue $70,6\pm 15,4$ años, siendo mujeres(56,4%) con un Índice de masa corporal (IMC)= $29,8\pm 5$ kg/m² (81,3% IMC ≥ 25 kg/m²) y comorbilidad de $4,7\pm 2,8$, según el score de charlson ajustado por edad. No fumadores(64,0%). Las patologías más frecuentes son ser hipertenso(45,4%), tener antecedentes de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica(17,4%), de cáncer sin metástasis(14,6%) y con metástasis(14,3%), de Infarto agudo de miocardio y Accidente cerebrovascular(10,0%), respectivamente. Se encontraban inmovilizados en días previos al diagnóstico de TEP (29,5%), presentaban antecedentes de enfermedad tromboembólica previa(14,0%), cirugía previa(9,6%), recibían quimioterapia(9,3%) y fractura previa(8,9%). Presentando tratamiento anticoagulante previo (7,8%). Los síntomas fueron disnea brusca (71,1%) y dolor torácico (44,1%). El TEP fue diagnosticado por angioTAC(96,5%) y por gammagrafía de alta probabilidad(55,6%). El Doppler de miembros inferiores fue patológico (54,9%). Realizándose estudio de coagulación en 13,8%, siendo normal en 74,3%. El 60,8% inició tratamiento anticoagulante posteriormente al diagnóstico. Las profilaxis más habituales fueron enoxaparina y bempiparina (mediana (Me)=3.500UI/24h). Los tratamientos anticoagulantes utilizados fueron enoxaparina (60,5%) y bempiparina(24,7%) con dosis de Me=12.000UI/24h. Como segundo tratamiento fue acenocumarol(73,5%), manteniéndolo permanentemente el 36,8% y el resto con una Me=6meses. Presentaron complicaciones (4,2%), siendo en el 90,0% hemorragias. La estancia hospitalaria fue de Me=10días, ingresando en servicios médicos (95,6%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 13,0%.

CONCLUSIONES: La mayoría presentaban disnea brusca e iniciaron tratamiento anticoagulante después del diagnóstico.

SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO 2004

Pardo Landrove, MJ; Pita Fernández, S; López Calviño, B; Pérttega Díaz, S; Suárez Lorenzo, JM; Domínguez Hernández, V; Seoane Pillado, T.

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVO:

1. Determinar las características demográficas, clínicas y del manejo terapéutico
2. Estudiar la supervivencia

MATERIAL Y MÉTODO:

Ámbito: Complexo Hospitalario Universitario A Coruña(CHUAC)

Periodo: Diagnosticados 2004, seguimiento hasta 2009

Tipo de estudio: Observacional, componente retrospectivo y prospectivo

Criterios de inclusión: Casos incidentes de cáncer de pulmón

Criterios de exclusión: Prevalentes o recurrentes, cáncer múltiple

Muestra: n=251 (precisión=±6,6%;seguridad=95%;pérdidas=10%)

Mediciones: demográficas, hábito tabáquico, demora diagnóstica, extensión tumoral, estadio, tratamiento, tiempo seguimiento, exitus.

Análisis estadístico: Descriptivo y supervivencia(Kaplan-Meier)

RESULTADOS: La edad media fue 64,2±11,7 años (Mediana=67 años), 83,7% hombres. Al diagnóstico fumaba el 49,5% y era exfumador el 14,4%. El 21,9% de los cánceres eran localizados, 11,3% presentaron extensión regional y un 66,8% se encontraban diseminados. El estadio tumoral más frecuente fue el IV(45,9%), seguido del III(29,3%).

La demora diagnóstica (periodo: 1ª consulta-obtención 1ª muestra Anatomía Patológica) fue de 15,0±27,1 días.

Recibieron cirugía el 39,4%, radioterapia el 23,1% y quimioterapia 45,4%.

La tasa global de letalidad fue 81,3%, con un tiempo de seguimiento de 22,32±26,97 meses. La mediana de supervivencia fue de 11 meses, objetivándose una supervivencia al año de 46,0%, a los dos de 31,7% y a los cinco de 15,9%.

Se observaron diferencias significativas en las curvas de supervivencia según edad, <67años 15 meses vs. 10 meses =67 años;(Logrank=6,741;p=0,009) y según estadio, I (88meses), II (28meses), III (13meses) y IV (5meses);(Log rank=96,097;p<0,001).

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes son o han sido fumadores. El 75% se diagnosticaron en estadios avanzados (III y IV).

El 75% tienen una supervivencia menor de dos años.

SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

Rodríguez Camacho, E; López Calviño, B; Pita Fernández, S; Pérttega Díaz, S; Seoane Pillado, T.

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS:

Determinar características clínicas, anátomo-patológicas y terapéuticas

Determinar supervivencia

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: CHUAC

Periodo: Diagnosticados2003-2006, seguimiento hasta 2011

Tipo de estudio: Observacional (retrospectivo-prospectivo)

Criterios de inclusión: Incidentes de cáncer de esófago (CIE-9ª:150)

Criterios de exclusión: Prevalentes-recurrentes, múltiple y metastáticos

Tamaño muestral: n=125(precisión=±10%;95% seguridad)

Mediciones: Demográficas, comorbilidad (Score Charlson), antecedentes personales, fecha diagnóstico, síntomas diagnósticos, características tumorales, terapéutica, eventos seguimiento, fecha exitus o último contacto.

Análisis estadístico: Kaplan-Meier

Aspectos ético-legales: CEIC Galicia (2011/372)

RESULTADOS: La edad fue 64,2±11,6años, siendo 88,0% hombres. El índice de masa corporal (IMC) fue 24,6±3,9kg/m2, el 41,3% tenían un IMC=25 y un índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad de 3,3±1,8.

Fumaba (77,6%), era bebedor habitual(55,2%), presentaba ambos factores(48,8%) y tenían reflujo gastroesofágico(20,0%).

Presentaban al diagnóstico:disfagia (81,6%), pérdida de peso(49,6%) y dolor retroesternal (13,6%).

Fueron carcinoma epidermoide (85,6%) y adenocarcinoma (14,4%). La localización más frecuente fue torácica media (31,2%) y el estadiaje T2 (39,3%), N0(62,9%), M0(69,6%), siendo el estadio más frecuente el IV(44,0% y 35,7%;respectivamente).

Terapéutica: Cirugía(37,6%), prótesis esofágica(13,6%), quimioterapia(40,0%) y radioterapia(47,2%).

La mediana de seguimiento fue 9,1 meses, acudiendo el 48,0% a alguna consulta(número de consultas 2,9±5,7). Realizándose 0,9±2,2 endoscopias, 3,4±4,8 radiografías y 1,1±2,2 TACs.

Presentaron en el seguimiento:nuevas metástasis(15,4%), recidivas tumorales(15,4%) y nuevas neoplasias(4,1%).

La tasa global de letalidad fue 91,1%, con supervivencia de 61,8%(6 meses) y 37,4%(1año). Existiendo diferencias estadísticamente significativas en la mediana de supervivencia según estadios, 15,6 en 0-II vs. 7,6 en III-IV(Log Rank=12,870;p<0,001).

CONCLUSIÓN: El cáncer de esófago aparece en hombres, consumidores excesivos de alcohol y tabaco. El tipo histológico más frecuente es carcinoma epidermoide.

Supervivencia <1año.

COMUNICACIÓN PÓSTER: PROXECTOS DE INVESTIGACIÓN

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL Y ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Guede Fernández, C; Pérez Vidal, E; Vecoña Valiñas, M; Barreiro Prieto, A; Pazo Ferreiro, M D; Ucha Fernández, U.

Área de Atención Primaria de Vigo

OBJETIVOS: El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es la dilatación patológica

de un segmento de la aorta, más frecuente en varones, cuya incidencia aumenta con la edad.

Se pretende cuantificar la prevalencia del AAA en el área de Vigo, describir su asociación con factores de riesgo cardiovascular, y cuantificar la disminución de la ruptura incidental del AAA y los costes del cribado poblacional de AAA por ecografía en Atención Primaria (AP).

MATERIAL: Varones de 65 a 74 años, adscritos al cupo de los investigadores del Área de AP de Vigo, con formación específica en ecografía abdominal y posibilidad de realizar la técnica en su servicio.

MÉTODOS: Estudio multicéntrico transversal y de seguimiento de una cohorte compuesta por varones de 65 a 74 años.

Los criterios de exclusión: edad y sexo diferentes a objeto del estudio, enfermedad terminal y grave. Los participantes firmarán el consentimiento informado, aquellos que no acepten se considerarán pérdidas. Se iniciará un estricto control de calidad en las diferentes fases del estudio que respetará en todo momento los principios éticos básicos.

1.389 pacientes cumplían los criterios de inclusión (el 10% cupo). Se estimó una captación del 75%, siendo la prevalencia esperada de 4,9% por grupo de edad y sexo, con un nivel de significación del 95% y con un error máximo del 1-2%, la muestra necesaria es 444.

El investigador registrará los datos en una página web creada con este fin. Las variables serán demográficas, antropométricas, hábitos tóxicos, riesgo cardiovascular, comorbilidades y datos de laboratorio.

La principal variable de resultado será la mortalidad por todas las causas. Las variables secundarias serán la mortalidad por causa cardiovascular, mortalidad por AAA, utilización y coste de servicios sanitarios. El análisis estadístico se realizará por intención-de-tratar.

El seguimiento se hará a 3, 6 y 9 años. En los AAA de 3-3,9cm de diámetro se realizará un seguimiento anual. Aquellos entre 4 y 5,4, se remitirán a Cirugía Vascular, que optará entre la reparación inmediata o tardía con seguimiento cada 3-6 meses. Se recomendará la reparación quirúrgica cuando el tamaño del AAA sea superior a 5,5cm. En casos de no visualización de arteria aorta abdominal por mala ventana ecográfica (estimada en 1.2%), se realizará tomografía computarizada abdominal.

ESTADO NUTRICIONAL Y AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN UNA MUESTRA ALEATORIA POBLACIONAL

Arceo Vilas, A; Pita Fernández, S; López Calviño, B; Pértega Díaz, S; Seoane Pillado, T; Neira Vázquez, MJ; García Alonso, P.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS: Determinar el estado nutricional y la autopercepción de la imagen corporal en población de 40 y más años.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: Centro de Salud de Cambre (A Coruña)

Periodo: Enero del 2012 a Julio del 2013.

Tipo de estudio: observacional de prevalencia.

Criterios de inclusión: Población de 40 y más años que, seleccionados

aleatoriamente, den su consentimiento a participar.

Criterios de exclusión: Población que presente un deterioro cognitivo que les imposibilite realizarlo.

Tamaño muestral: $n=473(\pm 4,5\% \text{ precisión}; 95\% \text{ seguridad}(\alpha=0,05))$, seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad y sexo.

Recogida-información: realizada por la enfermera de atención primaria entrenada. Se contacta por correo postal y/o teléfono con los pacientes seleccionados para concretar cita en el Centro de Salud. Tras aceptación a participar, se procede a la exploración y recogida de información. Se realiza una bioimpedancia eléctrica y se evalúa la comorbilidad, el estado nutricional y la autopercepción corporal con cuestionarios validados.

Variables:

Identificación: fecha de nacimiento, sexo, nivel de estudios.

Comorbilidad: Score de Charlson.

Antropométricas: Peso, talla, índice masa corporal(IMC), perímetro de cintura y cadera, índice cintura/cadera, pliegues cutáneos tricipital, bicipital, subescapular y supraíliaco, perímetro del brazo, perímetro muscular del brazo, área muscular del brazo, área grasa del brazo, índice adiposo, porcentaje de grasa corporal.

Bioimpedancia eléctrica: masa adiposa, masa líquida, masa muscular, metabolismo basal calórico, masa ósea y metabolismo de actividad

Estado nutricional: Cuestionario Mini Nutritional Assessment(MNA).

Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea

Percepción subjetiva del peso: cuestionario autoadministrado ("Considero que mi peso es:A)superior a lo normal;B)normal;C)Inferior a lo normal",Marco et al,(2004).) Insatisfacción corporal: subescala EDI-IC

Obsesión por la delgadez: subescala EDI-O

Análisis estadístico: Descriptivo. Comparación de medias (T de Student o test de Mann-Whitney según proceda). Asociación de variables cualitativas (Test Chi-cuadrado). Regresión lineal múltiple y logística.

Limitaciones del estudio:

Sesgos de selección: Determinados por los criterios de inclusión/exclusión y el ámbito. La magnitud de los posibles sesgos de selección se valorará comparando los resultados obtenidos con estudios poblacionales de otros ámbitos.

Sesgos de información: Para minimizar los sesgos de información se procederá a un adiestramiento de los encuestadores y/o investigadores. Además se utilizarán cuestionarios validados e instrumentos calibrados para minimizar dichos sesgos.

Sesgos de confusión: Para controlar el efecto confusor de las diferentes variables se realizarán análisis de regresión lineal múltiple y logística.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES:CEIC Galicia(2008/264).

ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS DE CANCER COLORECTAL SIN METASTASIS: META-ANÁLISIS

Alhayek, A M; Pita Fernández, S; Pertega Díaz, S; López Calviño, B; Seoane Pillado, M T.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

OBJETIVOS: Evaluar la evidencia de los beneficios del seguimiento intensivo de los pacientes que han completado tratamiento curativo de cáncer

colorectal (sin metástasis), respecto a la supervivencia y riesgo de recurrencia.

MÉTODOS: Meta-análisis de los estudios realizados sobre este tema.

Criterios de inclusión de los estudios:

Ensayos clínicos aleatorizados que comparan, en pacientes tratados con cáncer colorectal, la supervivencia y riesgo de recurrencia según se realice seguimiento intensivo versus seguimiento minimalista.

Se revisará la calidad metodológica de los estudios evaluando los siguientes aspectos:

- Adecuada aleatorización.
- Cumplimiento de criterios diagnósticos.
- Cumplimiento del seguimiento de los pacientes.
- Ausencia de factores de confusión.
- Adecuada definición de variables resultado.
- Cumplimiento de criterios de inclusión/exclusión.

Búsqueda bibliográfica: Se realizará una búsqueda de ensayos clínicos, mediante palabras clave, en MEDLINE, EMBASE, Cochrane database y SCOPUS.

Características de los participantes:

Pacientes de cualquier edad con diagnóstico anatómico-patólogo de adeno-carcinoma de colon o recto, Grado II o III sin metástasis, tratados quirúrgicamente con intención curativa.

Estrategias/intervenciones:

Se evaluarán todos los procedimientos (colonoscopias), consultas médicas, exámenes clínicos, análisis sanguíneos, análisis de heces y exámenes radiológicos. Se mantendrá la definición que de seguimiento intensivo se haga en cada uno de los estudios incluidos, según la frecuencia de las pruebas de seguimiento.

Variables resultado:

Las variables principales de resultado serán la supervivencia global (a los 3 - 5 años) y el riesgo de recurrencia en los distintos grupos de pacientes.

Otras posibles variables secundarias serán el tiempo de diagnóstico de recurrencia, intervalo de tiempo entre recurrencias o calidad de vida.

Análisis estadístico: Se realizará un meta-análisis, basado en valores de riesgo relativo (RR), con el programa *Epidat 3.1*. Se utilizará un modelo de efectos fijos o aleatorios en función de los análisis de heterogeneidad.

LIMITACIONES:

Las limitaciones del estudio podrán analizarse en función del número de estudios identificados, que cumplan los criterios de inclusión y tengan la calidad metodológica exigida. Otra limitación sería la posible existencia de heterogeneidad entre los estudios, que dificultaría la interpretación de resultados.

IMPACTO Y FACTORES CONDICIONANTES DE LA ACTUACIÓN DE PEDIATRÍA EN LA ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL EN LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA

Fernández López, E; Justicia Grande, R; Del Villar Guerra, Y; Rodríguez-Ozores, R; Teijo, M; Valls, T.

Centro Salud Bolivia, Colmeira, Val Miñor

OBJETIVOS:

General: Analizar condicionantes de captación de las Unidades de Salud Bucodental(USBD)de la provincia de Pontevedra.

Específicos: 1. Valorar conocimiento, actitudes e información facilitada por los pediatras que refieren a la USBD. 2. Valorar lo anterior en enfermeras de pediatría que refieren a la USBD. 3. Analizar edad y sexo de población infantil captada. 4. Analizar factores demográficos y del centro de salud que refiere a la USBD.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño. Estudio descriptivo observacional por encuesta para cuantificar factores condicionantes de la utilización de USBD.

Tamaño Muestra: Pediatras y enfermeras de pediatría de la provincia de Pontevedra.

Lugar y marco de Atención Sanitaria: Participan 95 UAP de Vigo y Pontevedra, 114 pediatras y nº similar de enfermeras que refieren a 23 USBD. **Sujetos:** Pediatras y enfermeras que refieren pacientes a USBD.

Criterios inclusión: Pediatras y enfermeras del SERGAS titulares o interinos.

Criterios exclusión: Negación a participar, profesional con contrato de sustitución.

Análisis: 1. Estadística descriptiva de variables de la encuesta. 2. Análisis de variabilidad geográfica. 3. Regresión multivariante de las variables independientes y dependiente.

Aspectos ético-legales: consentimiento informado acompañando a las encuestas.

RESULTADOS: Pretendemos analizar variables asociadas al uso de servicios de salud bucodental en el último año por la población infantil en la provincia de Pontevedra, y el papel de los pediatras al remitir pacientes a revisiones preventivas en USBD; además, identificar a través de la encuesta el cumplimiento de recomendaciones e influencia de distintas variables en el uso de este servicio.

CONCLUSIONES: Proyecto de investigación en curso que fue evaluado por Comisión de Evaluación de Proyectos de la Xerencia de Atención Primaria de Vigo. Se obtendrán resultados definitivos al final del presente año. Sin financiación externa.

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN AP

Cantero Quiros, MM; Rojas Rodríguez, DM; Domínguez Moreno, A.

Zona Básica de Salud de Camas

Prevalencia de enfermedad arterial periférica y reducir la progresión de enfermedad.

OBJETIVOS: Diagnosticar EAP en pacientes diabéticos del C.Salud Camas a través del índice tobillo brazo.

Comprobar relación entre EAP y FRCV: Edad. Sexo, diabetes, Hta, Dislipemia Tabaquismo HVI. Determinar correlación entre EAP y utilización de fármacos. Comprobar correlación de pacientes con ITB significativo y pulsos periféricos. Reevaluar a 3 ó 6 meses según ITB significativo. Intervenir sobre FRCV para reducir progresión.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Descriptivo transversal. Analítico observacional. No multicéntrico ni financiado actualmente.

ÁMBITO Y MUESTREO: Se llevará a cabo en ámbito de AP. Población diana: entre 50 a 69 años, diabéticas. Población estudio: diabéticos entre 50 a 69 años del C.Salud. Muestra: para una muestra de estudio de 792 pacientes,

diabéticos, m aleatoria de 259(al azar, 1 de cada 3) para intervalo de confianza del 95%.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Varones y mujeres entre 50 a 69 años. Diabéticos tipo 1 y 2. Pacientes con consentimiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Diabetes secundaria. Enfermedad invalidante. Embarazo.

MATERIAL MÉTODOS: VARIABLES

DEMOGRÁFICOS: Edad, sexo. CLINICOS: Cormobilidad: CI, HVI, Sedentarismo.

FRCV: Diabetes, Tabaco, HTA, Dislipemia, Obesidad.

EXPLORACIÓN: Palpar pulsos distales. Toma TAS de arteria humeral de brazos, de arteria pedia y tibial posterior de piernas. Cálculo de ITB derecho e izquierdo, escogiendo el menor resultado.

LABORATORIO: Hb glicada de hace 6 meses, Colesterol

FÁRMACOS: Antihipertensivos, Estatinas, Antiagregantes, Anticoagulación, Aines Antidiabéticos insulina

Recoger datos mediante observación: anamnesis, ITB, utilizando: doppler, esfingomanómetro. Extrapolados a hoja de recogida que incluye variables a analizar.

ESTADÍSTICA: Los datos serán registrados. Variables cualitativas se presentan con distribución de frecuencias e IC al 95%. La prevalencia de variables dependientes se hará en base a edad, sexo, diabetes, ITB, FRCV, cormobilidad. Variables cuantitativas se describirán como valor de la media, DE, rango e IC al 95%. Evaluar asociación entre variables cualitativas con la prueba de Fisher. Analizar comportamiento de variables cuantitativas por cada una de variables independientes mediante test de Student. Análisis entre pares de variables cuantitativas el coeficiente de correlación de Pearson.

ASPECTOS ÉTICOS: Cumplir legislación sobre protección de datos. Identidad de pacientes y acceso a datos por personal autorizado. El investigador explicará al paciente naturaleza del estudio, propósitos, procedimientos, riesgos y beneficios. Advertir que su es voluntario. Debe firmar consentimiento informado, recibir copia.

PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PODOLÓGICA, ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

Pita Fernández, S; Couceiro Sánchez, E; Otero Rivas, C.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de arteriopatía periférica, riesgo cardiovascular, patología podológica, calidad de vida y satisfacción con la atención recibida.

METODOLOGÍA:

- **Ámbito:** Complejo Hospitalario Universitario A Coruña(CHUAC)
- **Periodo:** Julio2012-Diciembre2015
- **Tipo-estudio:** Observacional de prevalencia
- **Criterios inclusión/exclusión:** Pacientes trasplantados renales con injerto funcionante, con consentimiento a participar.
- **Tamaño muestral:** n=706 (±4%precisión;95%seguridad(a=0,05),

asumiendo 15% de pérdidas

- **Mecanismo de selección:** Se contacta vía telefónica con todos los pacientes sometidos a un trasplante renal en el CHUAC entre 1981-2011 y se captarán tras la consulta rutinaria de revisión en el Servicio de Nefrología. Tras aceptación a participar, se procede a la exploración y recogida de información mediante cuestionarios y técnicas de exploración validadas internacionalmente.
- **Mediciones:** Identificación, índice masa corporal(IMC), comorbilidad(score charlson).

Prevalencia de arteriopatía periférica: Índice tobillo-brazo (ecografía doppler arterial), claudicación intermitente(cuestionario de Edimburgh).

Riesgo cardiovascular (índices de Framingham, Score, Regicor y Dorica).

Nivel de actividad física (cuestionario-IPAQ, test 6 minutos marcha).

Exploración podológica: Física, limitación movilidad articular(goniómetro), huella plantar(pedigráfica), deformidades, postura del pie en carga(Foot Posture Index), alteraciones dermatológicas, ungueales y exploración de la sensibilidad(táctil-superficial, profunda-consciente, reflejos), longitud pie y ancho antepie. Cuestionario sobre actitudes, higiene, figura del podólogo y calzado.

Calidad de vida: (cuestionario-SF36, End-satage Renal Disease Symptom check-list Transplantation Module, Foot Function Index y Foot Health Status Questionnaire). Dolor(escala visual analógica,EVA).

Satisfacción con la atención percibida: (cuestionario-SERVQCON).

- **Análisis estadístico:** Descriptivo. Regresión lineal múltiple y logística. Se determinará la validez de la sintomatología clínica para predecir la arteriopatía calculando la sensibilidad, especificidad y valores predictivos.
- **Limitaciones:**
 - Sesgo Selección: para minimizarlo se compararán los resultados con estudios similares en otros centros por otros investigadores.
 - Sesgo Información: para evitarlo se utilizan cuestionarios validados, instrumentos calibrados, adiestramiento de los observadores y repetición de las mediciones.
 - Sesgos de confusión: se recogerá información sobre variables relacionadas con la respuesta y se realizarán técnicas de regresión múltiple.
- **Aspectos ético-legales:** Ley de protección de datos(15/1999)

VALORACIÓN PRONÓSTICA DE PACIENTES CON EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA) MEDIANTE ESCALAS MULTICOMPONENTES (ESTUDIO PROEPOC)

Espantoso Romero, M¹; Duarte Pérez, A²; Robles Sánchez, C.V³; Callejas Cabanillas, P.A⁴; Delgado Martin, J.L⁵; González Rey, J⁶.

^{1,2,4} CS Teis (Vigo) | ^{3,5}CS Sardoma (Vigo) | ⁶CS Matama (Vigo)

La EPOC supone un problema de salud pública dado el importante infra-diagnóstico y la elevada morbimortalidad.

OBJETIVOS: El objetivo principal: mejorar la evaluación global de pacientes

diagnosticados de EPOC mediante el empleo de la nueva valoración combinada propuesta por la GOLD 2011, lo que proporcionará una categorización con implicaciones clínicas y terapéuticas no utilizada hasta ahora. Los objetivos específicos:

1. Calcular índices ADO y BODEx (clasificarán a los pacientes con EPOC por categorías de riesgo).
2. Valoración pronóstica.
3. Verificar mediante seguimiento variables de resultados (número de exacerbaciones, hospitalizaciones y supervivencia a 3 y 5 años) en nuestra área geográfica y en ámbito de atención primaria, comprobando si se cumplen las predicciones originales de estos índices en poblaciones distintas.
4. Comparar resultados predictivos de las diferentes escalas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de validación de escalas abierto, prospectivo, multicéntrico, no financiado que agnoscados de EPOC en Servicios de Atención Primaria de Teis, Matamá y Sárdoma del Área Sanitaria de Vigo (Pontevedra) y Servicios Novoa Santos y Valle Inclán en el Área Sanitaria de Ourense (Ourense).

Criterios de inclusión:

- a) personas con obstrucción moderada-grave
- b) pacientes en fase estable.
- c) firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- a) personas que nunca hayan fumado.
- b) personas diagnosticadas de asma bronquial, fibrosis quística, bronquiectasias clínicamente significativas o de origen diferente de la EPOC.
- c) personas con una enfermedad crónica grave.

En relación al *tamaño muestral*, Freeman sugiere que el número de sujetos para utilizar la regresión logística debería ser superior a $10 \cdot (k+1)$, donde k expresa el número de covariables y que la introducción de variables dummy supone incrementar el número de elementos muestrales de acuerdo con esta regla. Se calcularon 360 casos a distribuir entre los centros proporcionalmente a su población.

Aspectos éticos: Se informará al paciente sobre su participación en un estudio clínico, debiendo aclarar que es voluntaria y no supone ningún cambio ni en su tratamiento ni en su atención médica respecto a los que recibiría de no participar.

Limitaciones del estudio: el espacio geográfico limitado; la disponibilidad de recursos financieros básicos; el acceso a la información durante el seguimiento de los pacientes o a la población disponible.

COMUNICACIÓN PÓSTER: COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

EXPERIENCIA VÍA RÁPIDA CÁNCER DE MAMA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

Muñiz Mariño, M.V; Izquierdo Fernández, R.

CS Coruxo (XAP Vigo)

OBJETIVO: Analizar los resultados de la aplicación del protocolo de derivación de la vía rápida de cáncer de mama (VRCM) en nuestro centro.

DESCRIPCIÓN: En Noviembre de 2010 se consensuó un protocolo entre los Servicios de Atención Primaria, Ginecología, Radiología y Recepción de nuestro hospital (Povisa). A través de la VRCM se tiene acceso a la realización de pruebas diagnósticas en un plazo máximo de 15 días.

Tras remitir la "Hoja VRCM" al Servicio de Recepción, éste gestiona para un mismo día mamografía, ecografía y PAAF/Biopsia. Según los hallazgos, la paciente es remitida a consulta de Ginecología-vía rápida (sospecha de cáncer), consulta de patología mama (patología benigna) o atención primaria (no patología). Tras 22 meses, 16 pacientes de nuestro centro fueron remitidas por la VRCM, 2 casos con diagnóstico de Ca. Ductal infiltrante de alto grado, 1 caso de Ca. Intraductal de bajo grado, 5 casos de fibroadenoma, 3 casos de quistes simples y en 5 casos ausencia de patología.

El tiempo de espera medio para las pruebas diagnósticas fue de 11 días.

El establecimiento de vías rápidas de diagnóstico consensuadas entre Atención Primaria y los especialistas hospitalarios mejoran la calidad asistencial y la eficiencia de la asistencia sanitaria, facilitando el diagnóstico rápido ante lesiones sospechosas de cáncer, lo que contribuye a la salud global de nuestros pacientes.