Comunicacións Póster

Cad Aten Primaria
Ano 2014
Volume 20
Páx. 145

XIX XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

PUEDE VISUALIZAR LA COMUNICACIÓN DESDE SU SMARTPHONE O TABLET ESCANEANDO EL CÓDIGO QR QUE ENCONTRARÁ CERCA DEL TÍTULO DE LA MISMA

Casos clínicos

¡DOCTOR ME GOTEA LA NARIZ! (REF 1580)

Cantero Quirós, María del Mar ; Rojas Rodríguez, Diego; Romero Montalvo, Pilar
Unidad de gestión clínica de camas

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Rinorrea

HISTORIA CLINICA: Paciente mujer de 65 años de edad con antecedentes de meningioma frontal hace 10 años. Intervenida, y sin recidivas. Acude a consulta de Atención Primaria por rinorrea unilateral nasal izquierda de un año de evolución, después de haber consultado en varias ocasiones en el servicio de urgencias y diagnosticándole de catarro de vías altas.

Presenta rinorrea unilateral acuosa y transparente que se acentúa al inlinar la cabeza hacia abajo, no refiere cefalea ni fiebre asociada.

En nuestra consulta y ante la sospecha de una posible fístula de líquido cefalorraquídeo, se recoge muestra y se le practica, in situ, tira reactiva (de orina) con tinción positiva para glucosa, confirmándose pues nuestra sospecha clínica. Ante la posible fístula de líquido cefalorraquídeo que nuestra paciente presenta se activa protocolo de actuación de vacunación preventiva contra los microorganismos de meningococo, neumococo y haemophilus influenzae, para evitar el riesgo de padecer una meningitis, entre otras.

Actualmente, a la paciente se le ha solicitado TAC craneal. Ha sido intervenida con sellado de fístula y realiza una vida normal.

CONCLUSIONES: Es importante desde el punto de vista de Atención Primaria, realizar un diagnóstico precoz con tira reactiva de orina, de manejo fácil y accesible en todas nuestras consultas, ante la sospecha de fístula de líquido cefalorraquídeo con el fin, de además de confirmar un diagnóstico, de prevenir y evitar la aparición de meningitis al que el paciente está expuesto antes de ser intervenido quirúrgicamente.

¡DOCTOR, ME CUESTA RESPIRAR! (REF 1502)

Rodríguez Blanco, Ana Fátima; Costas Fernández, Tania
C.S A Estrada y C.S Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

CASO CLÍNICO: Varón de 60 años: no AMC, HTA, Temblor esencial. A tratamiento con Betabloqueante y Antihipertensivo.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude al PAC, tras sufrir picadura de himenóptero en cara, hace media hora. Refiere dificultad para deglutir y respirar, náuseas y vómitos.

EXPLORACIÓN FÍSICA: COC. Cianosis labial. Disneico. ORL: Úvula edematosa, angioedema facial. AC: Taquicardico, arritmico. AP: Sibilancias aisladas. Abdomen: blando, depresible, dolor difuso a la palpación, ruidos presentes. NRL: Sin focalidad aguda neurológica ni signos meningeos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El diagnóstico de Anafilaxia es eminentemente clínico.

JUICIO CLÍNICO: ANAFILAXIA.

TRATAMIENTO:

- Suspender el contacto con el agente que ha provocado la reacción anafiláctica.
- Apertura o mantenimiento de la via aérea (intubación/cricotiroidotomía o punción cricotiroidea) y administración de oxigenoterapia..
- Monitorización (ritmo y Fc, Fc. Respiratoria, T.A, Sat02).
- Reposición de volumen (si las cargas de volumen no son suficientes se administran fármaco inotrópico como la Dopamina).
- Antihistaminicos H1(Polaramine).
- Para el broncoespasmo: betaadrenérgicos asociados a anticolinérgicos nebulizados. Si no mejoria Teofilina.
- Corticoides: para prevenir las reacciones tardías y para el manejo del broncoespasmo.
- Si pH inferior a 7,20: corrección de la acidosis metabólica con bicarbonato sódico 1 M.
- Adrenalina: Vía subcutánea o intramuscular: 0,4 mg (0,4 ml) al 1/1.000, y puede repetirse cada 20 min hasta un máximo de tres dosis. (Se utiliza la vía intravenosa en los pacientes con obstrucción de la vía aérea por edema laríngeo, broncoespasmo grave o signos de shock).

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: En el caso de nuestro paciente, la Adrenalina no fue eficaz, ya que el GLUCAGÓN (viales de 1 ml con 1 mg) ESTÁ INDICADO EN LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BLOQUEADORES BETA o en aquellos en los que la adrenalina está contraindicada. (Un bolo intravenoso inicial de 5–10 mg (5–10 viales) y, dado que su efecto dura 15–20 min, se prosigue con perfusión intravenosa continua en dosis de 4 mg/h, para lo cual se diluyen 20 viales (20 mg) en 250 ml de suero glucosado al 5%, y se perfunde a un ritmo inicial de 16 gotas/min (48 ml /h), disminuyendo la dosis progresivamente).

¡DOCTOR, ME DUELE TODO! (REF 1605)

Paula Díaz Fernández (Centro de Salud Concepción Arenal); Leticia Noya Vázquez (Centro de Salud de Conxo); Sueiro Justel, Jesús (Centro de Salud Concepción Arenal)

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria.

MOTIVOS DE CONSULTA: Cansancio generalizado, odinofagia.

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual :
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipotiroidismo subclínico. No tratamientos.

Anamnesis: Paciente de 49 años que acude por astenia intensa, odinofagia, disfagia y tos de semanas de evolución. Fue tratada con antibioterapia y antiinflamatorios sin mejoría.

Exploración:
Orofaringe normal. Dolor a la palpación cervical sin claro aumento de tiroides. Adenopatías laterocervicales.
Auscultación cardiopulmonar normal.
Fuerza disminuida en extremidades con sensibilidad conservada. Discreto edema con fóvea en miembros inferiores.

Pruebas complementarias:
Ecografía tiroidea en primaria: Posible alteración de parénquima tiroideo y adenopatías múltiples de aspecto normal.
Primer control analítico: Destaca VSG: 71mm/h, PCR: 4.1mg/L, TSH <0.01, T4: 4.13ng/Dl, Ac TPO: 120U/mL
Segundo control: Ligera elevación de transaminasas, CK: 2677U/L, colesterol total: 434mg/dL , LDL : 269mg/dL, HDL: 146mg/dL, TSH: 211mUI/L, T4:0.33ng/dL, VSG: 15mm/h.
Serologías: Negativas

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Estudio de la familia y comunidad: Mujer de 49 años soltera, sin hijos. Vegetariana.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNOSTICO DIFERENCIA, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: El diagnóstico diferencial debe incluir, entre otras:

1. Distrofias musculares
2. Miastenia gravis
3. Trastornos endocrinos: hipotiroidismo
4. Proceso inflamatorio / infeccioso.
5. Proceso hematológico: Anemia.
6. Trastorno metabólico: Hipofostatemia, hipopotasemia…

Tras pruebas realizadas orientamos el caso a una tiroiditis aguda que dio paso a un hipotiroidismo y polimiositis conjuntamente.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN: Dado los antecedentes de hipotiroidismo sublclínico y la presencia de astenia intensa acompañada de odinofagia con molestias cervicales decidimos realizar ecografía de tiroides y analítica completa. En primer control analítico encontramos resultados compatibles con tiroiditis aguda que tratamos con antiinflamatorios . Citamos a la paciente en un mes para control evolutivo y nueva analítica encontrándonos ahora con datos compatibles a una polimiositis e hipotiroismo. Iniciamos tratamiento con levotiroxina y corticoterapia presentando mejoría tanto analítica como clínicamente .

CONCLUSIONES: La patogénesis y la naturaleza de la relación entre la autoinmunidad tiroidea y las enfermedades autoinmunes no está completamente establecida, se han planteado hipótesis como efectos inmunomoduladores de anticuerpos antitiroideos; mimetismo molecular entre tiroides y epitopos específicos de la enfermedad; o relación genética entre autoinmunidad antitiroidea y la susceptibilidad a enfermedades autoinmunes.
Este caso enfatiza en que es importante ser conscientes de que la polimiositis y alteraciones tiroideas pueden coexistir y una evaluación exhaustiva de las dos afecciones puede ser necesario en pacientes que presentan mialgias o debilidad muscular.

¡DOCTORA, NO PUEDO CAMINAR! (REF 1482)

Abalde Castro, Mª Luz; Crillo Calderón, A. Isabel; Balado Dacosta, MªPaz
MIR II MFyC, Centro de Salud Teis, Vigo; MIR II MFyC, Centro de Salud Redondela; MIR II MFyC, Centro de Salud Bembrive, Vigo

DESCARGAR PDF

MOTIVO DE CONSULTA: varón de 65 años que acude al S. de Urgencias por debilidad muscular.

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA. DM tipo 2. Dislipemia. Insuficiencia renal crónica (Cr basal en torno a 1,8-2 mg/dL y FGE 30). Anemia crónica hipocrómica microcítica. Miocardiopatía dilatada isquémica con disfunción sistólica severa. Portador de DAI-TRC. FA permanente. Colectomía derecha por isquemia mesentérica aguda, portador de ileostomía terminal.

ENFERMEDAD ACTUAL: paciente que consulta por debilidad en MM.II. de instauración súbita y pocas horas de evolución, con incapacidad para deambular. Refiere disminución de la diuresis los días previos, escasa ingesta hídrica y débito de ileostomía 1L. No otra clínica.
Los últimos controles tensionales en A.P. estaban en torno a 90/50 la semana previa, pese a lo cual mantuvo su tratamiento habitual (valsartan 80 mg/día, eplerenona 25 mg/día y furosemida 40mg/día).

EXPLORACIÓN FÍSICA: Consciente. Orientado. Sequedad de piel y mucosas. TA 110/70, FC 59 lpm, Sat O2 99%, Tª 35.9ºC
AC: rítmica, sin soplos.
AP: ruidos respiratorios conservados.
Abdomen: bolsa de ileostomía con escaso débito, blando, no doloroso.
MM.II.: sin edemas, no signos TVP.
NRL: fuerza en MM.SS. 3/5 y en MM.II. 1/5. ROT abolidos en MM.II., conservados en MM.SS. RCP flexor bilateral. Sensibilidad conservada.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Hemograma: Hb 12.4, Plaquetas 392000, leucocitos 15230 (PMN 85%).
Bioquímica: Cr 7.07, Na 125, K 8.54.
Gasometría venosa: pH 7.02, HCO3 7, Ac. Láctico 1.1
Orina: Na 10, K 31. Sedimento: normal.
ECG: ritmo de marcapasos a 60 lpm. T picudas.

JUICIO CLÍNICO:
Tetraparesia aguda secundaria a hiperpotasemia severa en paciente con insuficiencia renal crónica agudizada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: las principales causas de parálisis flácida aguda comprenden:

- Polineuropatías: inflamatorias (Sd. Guillain-Barré), metabólicas (DM, urémica, hiperpotasemia), infecciosas (VIH), por tóxicos exógenos (Alcohólica).
- Enfermedades de motoneurona.
- Trastornos de la transmisión neuromuscular.
- Miopatías.

EVOLUCIÓN: tras tratamiento el paciente presentó recuperación completa de la fuerza.

CONCLUSIONES: dada la potencial mortalidad de la hiperpotasemia severa, consideramos interesante para el médico de A.P. saber reconocerla, incluso en sus formas de manifestación clínica menos frecuentes, tratarla y prevenirla, prestando especial atención a aquellos pacientes con insuficiencia renal.

¡TENGO UN "BULTO" EN EL CUELLO! (REF 1530)

Alvar Pariente, Sara; Barreiro Cambeiro, Alicia; Félez Carballada, María
Centro de Salud Elviña-Mesoiro

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Tumoración en el cuello

HISTORIA CLÍNICA: Mujer de 41 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestra consulta por notarse desde hace un mes aproximadamente una tumoración a nivel cervical, no dolorosa y sin otra clínica añadida. En la exploración se palpa un nódulo tiroideo izquierdo.
Se realiza una ecografía en la consulta confirmando el diagnóstico de nódulo tiroideo izquierdo de 3,3 cm, heteroecoico con halo periférico y no vascularizado.
Ante dichos hallazgos se diagnostica a la paciente de nódulo tiroideo único de probable origen benigno y se solicita una analítica con pruebas tiroideas, que no muestra alteraciones, y se envía a Endocrinología para valoración dado el tamaño del nódulo.
En la consulta de Endocrinología se le solicita PAAF que resulta compatible con nódulo folicular benigno (coloide) sin evidencia de malignidad.
Actualmente la paciente se encuentra con controles analíticos y ecográficos anuales por nuestra parte.

CONCLUSIONES: El caso que se describe se trata de un buen ejemplo del manejo del paciente con un nódulo tiroideo, un motivo de consulta relativamente frecuente en la consulta de atención primaria y con el que debemos estar familiarizados para poder detectar los casos que sean sospechosos de malignidad y poder asegurar una actuación precoz frente a los mismos. Para ello es de gran ayuda disponer de medios como la ecografía dentro de la consulta ya que suponen una prueba de imagen rápida e inocua que nos orienta en el diagnóstico así como de las características benignas o malignas del nódulo.

¿DÓNDE ESTOY? (REF 1542)

Alvar Pariente, Sara; Rilo Castelao, Ana; Rodríguez Mena, Miguel
Centro de Salud Elviña-Mesoiro; Centro de Salud de Cambre; Centro de Salud Elviña-Mesoiro

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Servicio de Urgencias

MOTIVO DE CONSULTA: Amnesia

HISTORIA CLÍNICA: Nuestra paciente es una mujer de 67 años que es traída por la familia al servicio de Urgencias por amnesia y lenguaje repetitivo. Entre sus antecedentes personales constan que es exfumadora desde hace 20 años y está a seguimiento en Psiquiatría por un trastorno depresivo y TOC con buen control. La paciente, encontrándose previamente bien, es traída por presentar un episodio en la playa, a donde había acudido con sus nietas y su hija, de un déficit de memoria anterógrada con preguntas reiterativas acerca de dónde vivía, qué estaba haciendo en ese momento… sin pérdida de la identidad personal en ningún momento. El episodio ocurrió cuando la paciente salía del agua del mar, y cuando acude al servicio de Urgencias (12 horas después) ya se encuentra asintomática, con amnesia del episodio y sin ningún dato patológico en la exploración física.

En el Servicio de Urgencias se le realizó un TAC craneal y una analítica que no evidencian alteraciones. Tras una estancia en Observación durante 12 horas, se confirma la resolución completa del cuadro.
Reinterrogando a la paciente acerca de episodios previos, refiere otras dos ocasiones similares hace cuatro años, de menor duración y por las que no consultó a ningún servicio sanitario, y que coincidieron ambas tras el baño en el agua del mar.

La paciente es remitida a consultas de Neurología donde corroboran nuestro diagnóstico de episodios de amnesia global transitoria de repetición, siendo los baños en agua fría el probable desencadenante.

CONCLUSIONES: La amnesia global transitoria es una entidad que entra dentro del diagnóstico diferencial del síndrome confusional agudo, motivo de consulta muy frecuente en los servicios de urgencias; por lo que debemos de tener claro sus principales características, así como sus posibles desencadenantes (sobrecarga emocional, cambios bruscos de temperatura, sobreesfuerzo físico…), así como la historia natural benigna del cuadro.

¿EL HABLAR BIEN POCO CUESTA? (REF 1524)

Noya Vázquez, Leticia; Díaz Fernández, Paula; Chavez-Uribe M. Elisabet
C. S. Conxo; C. S. Concepción Arenal; PAC Órdenes

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Especializada (neurología)

MOTIVOS DE CONSULTA: Cefalea e "hinchazón de lengua".

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual: Antecedentes personales, Anamnesis, Exploración, Pruebas complementarias.
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Diabetes mellitus. Metformina.

Anamnesis: mujer de 40 años que consulta por cefalea occipital irradiada a toda la calota craneal, progresiva, de intensidad moderada, sin foto-fonofobia ni cortejo vegetativo. No empeora con esfuerzo físico, maniobras de Valsalva ni interfiere con el sueño. Refiere sensación de "lengua hinchada" que le dificulta la emisión del lenguaje pero no la deglución. No refiere alteraciones sensitivas, motoras ni visuales. Niega infecciones previas o fiebre. No síndrome general. En la exploración destaca obesidad, contractura muscular paracervical y desviación lingual izquierda. Resto de exploración por aparatos y sistemas normal. Nuestro diagnóstico inicial es: cefalea tensional con Parálisis del Hipogloso. Así, se remite al Servicio de Urgencias, donde ingresa a cargo de Neurología.

Exploración: se confirma la parálisis del Hipogloso con resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias:
- Análisis de sangre con proteinograma, estudio de autoinmunidad, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico: normales.
- Punción lumbar y estudio de LCR: normal.
- Radiografía de tórax: sin patología pleuropulmonar aguda.
- TAC craneal: sin evidencia de enfermedad intracraneal aguda.
- TAC de base de cráneo: sin evidencia de lesión ósea.

- RMN de base de craneo: sin alteraciones patológicas.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Estudio de la familia y la comunidad: Sin interés.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: El diagnóstico diferencial se hizo en función de la etiología:
49%: tumores,
12%: traumatismos,
6%: accidentes cerebrovasculares,
6%: histeria.
Juicio clínico: Parálisis del Hipogloso.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: El tratamiento que se hizo fue conservador. Ante la presencia de un importante factor de riesgo cardiovascular, como la diabetes mellitus en una paciente con sobrepeso y deficiente control metabólico, se consideró como primera posibilidad una etiología isquémica y se inició tratamiento antiagregante.

EVOLUCIÓN: Con la remisión del cuadro y la estabilidad clínica, se decide alta a domicilio con seguimiento en consultas externas de Neurología y Atención Primaria.

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina familiar y comunitaria): La parálisis aislada del hipogloso es inusual, lo habitual es que se asocie a lesiones de otras estructuras nerviosas. Nuestro caso, es importante por su excepcionalidad y para hacer especial hincapié en los factores de riesgo cardiovascular que requieren control estricto desde nuestras consultas para evitar complicaciones mayores.

¿POR QUÉ NO VEO SI ME GOLPEÉ EL COSTADO? (REF 1577)

Alvar Pariente, Sara; Calvo López, Ricardo; Cabo Gómez, Beatriz Pilar

Centro de Salud Elviña-Mesoiro; Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Servicio de Urgencias.

MOTIVO DE CONSULTA: Accidente de tráfico.

HISTORIA CLÍNICA: Nuestro paciente es un varón de 63 años que acude al servicio de Urgencias por dolor en el costado derecho y cervical tras haber sufrido un accidente de coche. El impacto fue frontal, llevaba puesto el cinturón de seguridad y salió del coche por sus propios medios, sin perder el conocimiento en ningún momento. Además el paciente refiere que un tiempo después del golpe comenzó a notar "una nube en la vista".
En la exploración física destaca dolor a la palpación de los arcos costales derechos y una importante contractura cervical, así como una disminución de la agudeza visual grosera; siendo el resto de la exploración normal. Se realizan radiografías que evidencian fractura del octavo arco costal derecho sin otra alteración.
Se comenta el caso con el Oftalmólogo de guardia, que objetiva una agudeza visual disminuida (OD: 0,4; OI: 0,6) y en el fondo de ojo derecho se observan exudados algodonosos y hemorragias en el haz papilo-macular. Dados los hallazgos en la exploración física se concluye el diagnóstico de Retinopatía de Purtscher secundaria al traumatismo torácico.
El paciente estuvo en seguimiento por Oftalmología durante cuatro meses hasta la resolución de las lesiones y recuperando la agudeza visual completamente.

CONCLUSIONES: Se trata de un caso poco frecuente de alteración ocular secundaria a un traumatismo a distancia pero que en ocasiones podemos objetivar en pacientes que han sufrido accidentes de tráfico, especialmente en casos de compresión toracoabdominal brusca, que pueden estar producidos por el cinturón de seguridad. Debemos conocer esta entidad ya que es un cuadro que puede pasar desapercibido sobre todo en casos de politraumatizados.

¿SÓLO GASES? (REF 1558)

Rodríguez Jiménez, Covadonga; Alvar Pariente, Sara; Fariña Rey, Laura

Centro de Salud Os Mallos; Centro de Salud Elviña-Mesoiro; Centro de Salud Os Mallos

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria, Servicio de Urgencias.

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal

HISTORIA CLÍNICA: Varón de 67 años que acude a Urgencias extrahospitalarias por un cuadro de dolor abdominal, "hinchazón" y febrícula de 37,5º. Presenta dolor en región periumbilical irradiado a flancos que empeora con la ingesta, sin otra clínica acompañante. Había presentado un cuadro similar hace un mes, inicialmente tratado como dispepsia por su médico que ante la escasa mejoría le realizó una ecografía abdominal que no evidenció alteraciones significativas. Entre los antecedentes del paciente consta un ingreso por TEP bilateral hace un año, con un estudio de coagulación normal, y por el que estuvo a tratamiento anticoagulante durante 6 meses.
En la exploración destaca un abdomen doloroso a la palpación profunda de flanco e hipocondrio derechos y sin datos de peritonismo.
Se le administra buscapina y paracetamol con mejoría parcial del dolor, por lo que dada la historia clínica se decide enviar al paciente a Urgencias Hospitalarias para realizar pruebas complementarias.

En el Servicio de Urgencias se le realiza una analítica que no evidencia alteraciones relevantes y un TAC abdominal en el que se objetiva un defecto de repleción que afecta a la totalidad de la luz de las venas mesentéricas superior e inferior y sus ramas y parcialmente a la luz de la vena portal hiliar, compatible con trombosis, así como la presencia de múltiples estructuras vasculares en el hilio hepático en relación con cavernomatosis portal.

Ante los datos del TAC el paciente ingresa en Medicina Interna con el diagnóstico de trombosis esplenoportal, permaneciendo estable, cediendo el dolor y descartándose hepatopatía crónica, patología infecciosa o neoplasia que justificase el cuadro.

Se inicia tratamiento con anticoagulantes y actualmente el paciente está a seguimiento por el Servicio de Digestivo sin complicaciones hasta el momento.

CONCLUSIONES: Este caso muestra la importancia de la anamnesis, ya que fue la historia clínica de varias asistencias a su médico con la misma clínica, así como su antecedente de trombosis pulmonar lo que nos pusieron alerta para enviar al paciente al servicio de Urgencias y llegar así a su diagnóstico definitivo.

A GRAN SALTO, GRAN QUEBRANTO (REF 1533)

Paula Díaz Fernández; Leticia Noya Vázquez; Jesús Sueiro Justel

Centro de Salud Concepción Arenal; Centro de Salud de Conxo; Centro de Salud Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

AMBITO DEL CASO: Atención primaria y PAC.

MOTIVOS DE CONSULTA: Caída con posteriores visitas por dolor en muslo derecho.

HISTORIA CLINICA:
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial. Cirugía gastroduodenal hace 30 años. Tratamiento: enalapril, pantoprazol.
Anamnesis: Paciente de 82 años que sufre caída accidental tras realizar un salto. Dicho día es atendido en un punto de urgencias extrahospitalarias donde se le realiza Radiografía femoral descartando fracturas. Acude en varias ocasiones a consulta por persistencia de dolor e impotencia funcional y no presentar mejoría a pesar de acudir a fisioterapeuta de modo particular.

Exploración: En la primera consulta presenta hematoma extenso en muslo e imposibilidad de e extensión completa de la rodilla. En citas posteriores a la palpación se aprecia tumoración a nivel distal de muslo con dolor a la flexión del mismo sobre cadera.

Pruebas complementarias:
Radiografía pelvis y fémur (en el momento de la caída) : Se descarta patología ósea aguda.
Ecografía de muslo (Realizada por nosotros en AP): En la espesura de cuádriceps a pocos centímetros del tendón rotuliano se aprecia una zona hipoecoica bien delimitada con ecos en su interior que dejan sombra acústica posterior de 1 x 5 cm. Todo ello sugestivo de hematoma muscular organizado con calcificaciones en su interior.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Sin relevancia.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: Se plantearon como diagnóstico diferencia previo a ecografía:
1. Contractura muscular
2. Hematoma residual.

Finalmente tras realizar ecografía muscular concluimos el diagnóstico como hematoma muscular organizado.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Dado la edad del paciente y que la sintomatología no le impide realizar sus ABVD ni otras actividades decidimos mantener actitud expectante durante un tiempo prudencial con su correspondiente seguimiento. Si el paciente no presentase mejoría o sufre empeoramiento de la clínica se valorará su envío al servicio de Cirugía.

EVOLUCIÓN: Actualmente presenta una evolución favorable en cuanto a sintomatología.

CONCLUSIONES: Con este caso pretendemos resaltar la utilidad de la ecografía en atención primaria sobre todo a la hora de valorar pacientes de avanzada edad, como en nuestro caso, que les supone un trasiego andar de hospital en hospital para la realización de pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico tan simple como este caso un hematoma muscular organizado.

A IMPORTANCIA DE SER EXHAUSTIVOS (REF 1517)

Barreiro Cambeiro, Alicia; Alvar Pariente, Sara; Félez Carballada, María

Centro de saúde de Elviña - A Coruña

DESCARGAR PDF

Varón de 79 anos cos antecedentes de hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom, cardiopatía isquémica tipo anxina intestable en 2001, accidentes isquémicos transitorios en 2005, enfermidade renal crónica estadío III.

Acude a consulta de urxencias extrahospitalarias por deterioro do estado xeral nos últimos catro días, con síndrome confusional e dous episodios de rectorraxia nese día, de escasa cuantía.

Á exploración, paciente con mal estado xeral, hipotenso, pálido, sudoroso, hipoperfundido, taquipneico. Na auscultación cardiorrespiratoria, taquicárdico e arrítmico, sen outros achados significativos. Abdome normal. Neuroloxicamente sen focalidade aguda motora ou sensitiva. En tacto rectal, restos hemáticos escasos.
Derívase a urxencias hospitalarias, onde se realiza analítica sanguínea, con leve anemización, un INR elevado, deterioro da función renal e leucocitosis con neutrofilia e un TC abdominal con contraste que non mostra alteracións.

Ante a discordancia entre a cuantía da rectorraxia e o estado clínico do paciente para achácalo como causa da inestabilidade hemodinámica, lévase a cabo unha exploración física posterior máis exhaustiva. Porta vendaxes en ambos MMII, que se descobren, obxectivándose úlceras en ambos MMII con mal aspecto, importante edema e signos de insuficiencia venosa e arterial. Reinterrogando a familiar, refire úlceras en ambos MMII de longa evolución, con empeoramento do seu estado nas últimas semanas, con importante dor e datos de infección, polo que Atención Primaria estaba facendo seguimento estreito das mesmas, con curas diarias e prescripción de antibioterapia.

Tras cultivo das lesións e evolución clínica, diagnostícase ao paciente de shock séptico secundario a infección de úlceras en membros inferiores.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: A exploración física dun paciente ten que ser exhaustiva, explorando un a un cada aparato, sen olvidarse das lesións cutáneas.

Por outra banda, insistir enerxicamente nas medidas necesarias para un bo control evolutivo das úlceras diabéticas: manter unhas correctas cifras de glucemia, evitar microtraumatismos (con calzado adecuado, por exemplo) evitar a infección e tratala cando esta exista con curas locais exhaustivas (desbridamento, apósitos, vendaxes) e antibioterapia se fose necesario.

A PROPOSITO DE UN CASO : ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ (REF 1543)

Paula Díaz Fernández; Leticia Noya Vázquez; María Fátima Da Costa Otero

Centro de Salud Concepción Arenal; Centro de Salud de Conxo; Centro de Salud da Estrada

DESCARGAR PDF

AMBITO DEL CASO: Atención primaria.

MOTIVOS DE CONSULTA: Ulcera genital dolorosa

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual: Antecedentes personales: Sin interés .No alergias medicamentosas.

ANAMNESIS: Paciente de 45 años que presenta una ulcera vaginal dolorosa de aparición brusca y corta evolución acompañado por febrícula y mialgias. Niega contacto de riesgo de hecho refiere un período largo de abstinencia sexual. No episodios previos

EXPLORACIÓN: Presenta ligera tumefacción de labios mayores. Al separar los labios se aprecia en región interna de labio menor izquierdo una lesión ulcerosa de aproximadamente 2 cm con base indurada, eritematosa y cubierta por

fibrina y bordes lisos .No adenopatías inguinales.
Resto de la exploración normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Analítica de sangre y orina : Normal.
Serologias: Negativas
Cultivo de exudado ulceroso: Positivo para Estafilococo aureus

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO:
Mujer casada y con 2 hijos.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNOSTICO DIFERENCIA, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: Debemos hacer diagnostico diferencial entre úlceras:
Infecciosas:

1. Herpes genital.
2. Sífilis
3. Chancro blando
4. Linfogranuloma venéreo.
5. VIH: En el curso de primoinfección.

No infecciosas:

1 Trastornos autoinmunes: Behcet , Enfermedad inflamatoria intestinal...
2 Ulcera de Lipschütz
3 Neoplasias: Carcinoma escamoso, carcinoma basocelular…

El diagnóstico de úlcera de Lipschütz se establece por exclusión de otras causas de ulceraciones genitales agudas y confirmando la resolución espontánea del cuadro. Tras la realización de una completa historia clínica y una exhaustiva exploración y la obtención de los resultados orientamos el diagnóstico hacia la Ulcera de Lipschütz.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Pautamos tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-ácido clavulánico, así como antisépticos tópicos, hasta obtención de los resultados.

EVOLUCIÓN: La paciente presentó una mejoría importante de la úlcera, con reepitelización de la misma resolviéndose totalmente a las 3 semanas del diagnóstico.

CONCLUSIONES: El diagnóstico diferencial de las úlceras genitales agudas debe englobar agentes locales y sistémicos, considerando las distintas etiologías ya que puede ser guía de un gran abanico de entidades patológicas.

Es fundamental realizar una historia completa y una exploración física exhaustiva con un examen minucioso de las características de la úlcera que nos permitirá un correcto diagnostico y de ahí elegir el tratamiento adecuado.
Aclarar al paciente que no es una enfermedad de transmisión sexual y resaltar que la resolución es veloz y definitiva, como se refiere en nuestro caso.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ÁSCARIS PULMONAR (REF 1503)

Rodríguez Blanco, Ana Fátima; Costas Fernández, Tania
C.S A Estrada; C.S Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

CASO CLÍNICO: Mujer de 50 años, sin AP de interés.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude a nuestra consulta por tos y fiebre desde hace 4 días porque no mejora con expectorante.

EXPLORACIÓN FÍSICA: BEG. Tº: 38ºC. Consciente, orientada y colaboradora. ACP: Ritmica, no ausculto soplos. Hipoventilación en base derecha. Resto de la exploración sin alteraciones agudas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Rx de Tórax: Aumento de la densidad en LID compatible con Neumonía. Analitica de sangre: leucocitosis con desviación izquierda y eosinofilia.

TRATAMIENTO: La paciente es tratada con Augmentine y Azitromicina con escasa mejoría.

DIAGNÓSTICO: Reinterrogando a la paciente nos relata que previo a dicho episodio tuvo un cuadro de malestar abdominal con diarrea que no consultó y trató en su domicilio como si de una Gastroenteritis aguda vírica se tratase. Solicitamos un estudio de parásitos en heces y en esputo dada la anamnesis, clínica de la paciente, la escasa eficacia antibioterápica previa y la existencia de eosinofilia marcada en la analítica.

JUICIO CLÍNICO: Áscaris Pulmonar.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: El Áscaris lumbricoides es la infección helmíntica más común a nivel mundial.
Los huevos se incuban en el intestino delgado y su migración a los pulmones ocasiona el típico Síndrome de Löffler (fiebre, tos no productiva, disnea de leve a severa, eosinofilia y hemoptisis ocasional). El cuadro intestinal puede producir: malestar general con cuadro diarreiro y pérdida de peso (muy frecuente en niños, dadas las condiciones de contagio). Se acantonan con frecuencia en diversos órganos, provocando: apendicitis,cólicos biliares, peritonitis o incluso oclusión intestinal severa.
En la Rx de Tórax de nuestro paciente observaríamos infiltrados migratorios.
El diagnóstico se realiza por el estudio de parásitos en heces, en esputo o aspirado gástrico.
El tratamiento de elección, son los Benzimidazólicos: Albendazol y Mebendazol. Otros empleados son : Pamoato de Pirantel, Ivermectina, Tiabendazol...
Los métodos profilácticos juegan un importante papel que se basan en evitar la diseminación de los huevos.
La relevancia en Atención Primaria radica, entre otras cosas, en la importancia de una buena anamnesis y en la capacidad de reemplantearse un nuevo diagnóstico cuando vemos que el previo es erróneo.

A PROPÓSITO DUN CASO: ESCLEROSE MÚLTIPLE (REF 1600)

Corral Zas, Mónica; Ferranz Falcao, Joel; Rodríguez Iglesia, Rosa María
C. S. Matamá – Vigo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Muller de 41 que consulta por cadros de parestesias e pérdida de forza en membro superior e rexión cervical dereitas de repetición.

HISTORIA CLÍNICA:
Antecedentes persoais: Non alerxias medicamentosas. Escoliose e pelve asimétrica, fémur e tibia hipoplásicos e pe equino- varo severo, coxa vara severa esquerdos . Gonartrose en membro inferior esquerdo. Intervida na súa infancia de varias cirurxías ortopédicas. Traumatismo craneoencefálico ós 17 anos por accidente con secuelas. Hipotiroidismo subclínico. Migraña con aura en seguimento por neuroloxía. Parálise facial periférica seguida por otorrinolaringoloxía. Trastorno ansioso-depresivo.

Antecedentes familiares: Sen interés.

Anamnese: Doente cos antecedentes descritos que no último ano acude en varias ocasións á consulta por parestesias e pérdida de forza en extremidade superior e rexión cervical dereitas.
En dúas ocasións anteriores parestesias en hemicara esquerda, a primeira con desviación da comisura bucal con diagnóstico de parálise facial periférica por otorrinolaringoloxía.

Exploración física: Na exploración neurolóxica, asimetría facial secundaria a parálise facial periférica e arreflexia en extremidade inferior esquerda (secuela de accidente). Resto da exploración anodina.

Probas complementarias: Radiografía e resonancia magnética de columna cervical sen signos de patoloxía herniaria discal ou medular. TC cerebral sen contraste no que se observa hipodensidade córtico-subcortical e da substancia branca profunda na rexión central secundaria a patoloxía remota (postraumática). Electromiografía sen alteracións.
Descartada patoloxía compresiva medular, realízase resonancia magnética cerebral con aparición de alteracións da sinal na sustancia branca periventricular, pedúnculos cerebrais, bulbo e médula espinal compatibles con enfermidade desmielinizante, probable esclerose múltiple.

XUIZO CLÍNICO: Esclerose múltiple recurrente-remitente.

PLAN DE ACTUACIÓN: Ante este diagnóstico, solicítase punción lumbar, seroloxías, análise de sangue e potenciais evocados. Iniciarase tratamento con interferon-beta-1a.

EVOLUCIÓN: Sen novo brote dende o inicio do tratamento con interferon.

CONCLUSIÓN: Non solo debemos considerar a patoloxía máis frecuente. É importante que tamén teñamos na nosa mente outros posibles diagnósticos menos comúns. De esta maneira, o diagnóstico diferencial pódenos alentar a ampliar o estudio, a pesar de que as primeiras probas sexan negativas.

A PROPÓSITO DUN CASO: HEMOCROMATOSE (REF 1601)

Corral Zas, Mónica; Ferranz Falcao, Joel; Rodríguez Iglesia, Rosa María
C. S. Matamá – Vigo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Muller de 42 anos con alteracións analíticas.

HISTORIA CLÍNICA:

- Antecedentes persoais: Non alerxias medicamentosas. Sen outros antecedentes de interese. Actualmente sintomatoloxía peri-menopáusica.
- Antecedentes familiares: Seu pai faleceu a raíz dun problema hepático (descoñece cal).
- Anamnese: Doente na que atopamos en sucesivas análises de control valores do índice de saturación da tranferrina que aumentaban lenta pero progresivamente. Nas duas últimas análises atopamos tamén aumento de ferro. Previamente, ten estudios de metabolismo do ferro que son normais.
- Exploración física: Exploración completa anodina.
- Plan: Ante estes datos analíticos e posto que a doente dende fai un ano ten menstruacións menos abundantes e irregulares, coincidindo co inicio das alteracións, pensamos na posibilidade de padecer una hemocromatose.
- Probas complementarias: Elevación lenta e progresiva dos niveis do índice de saturación de transferrina no último ano, xunto con lixeira elevación tamén do ferro plasmático nos dous últimos controles. Realízase test xenético podéndose interpretar un xenotipo heterocigoto composto C282Y/H63D.

XUIZO CLÍNICO: Hemocromatose hereditaria.

TRATAMENTO: No precisa neste momento.

EVOLUCIÓN E SEGUIMENTO: Hasta o momento actual a paciente mantívose asintomática. O seguimento realizarase con controles analíticos. Aínda que pouco probable neste intre, solicítase resonancia magnética hepática para comprobar se existe sobrecarga de ferro.
Posto que a doente ten unha única filla e non contempla a posibilidade de ter máis descendencia, solicítase test xenético directamente a súa filla. Se lle explica que todos os seus familiares adultos de primeiro grao deben facerse simultaneamente probas analíticas que inclúan ferro, índice de saturación de transferrina e ferro.

CONCLUSIÓN: Compre ver a importancia dun bo seguimento en atención primaria, clínico e analítico (como neste caso), que nos permita levar a cabo un adecuado diagnóstico diferencial. E importante sobre todo no diagnóstico precoz daquelas patoloxías que á larga poden dar lugar a danos irreversibles.

Neste caso, a pesar de que estaba asintomática, o seguimento analítico da doente unido á súa situación situación clínica permitiunos plantexarnos as dúbidas que nos levaron ó diagnóstico diferencial, entre as cales estaba unha enfermidade primaria por depósitos de ferro

A PROPÓSITO DUN NOVO DOENTE NA CONSULTA (REF 1554)

Ferranz Falcao, Joel; Rodríguez Iglesia, Rosa María; Corral Zas, Mónica
C. S. Matamá – Vigo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DO PROCESO: Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Varón 58 anos recentemente incorporado á nosa listaxe que consulta por dor lumbar de seis meses de evolución.

HISTORIA CLINICA:
Antecedentes Persoais: Non alerxias. Fumador. Diagnosticado de hernia lumbar.

Anamnese: Dende fai seis meses ten dor lumbar con irradiación á extremidade inferior esquerda (pola cara anterior coxa esquerda ata xeonllo) que relaciona coa hernia de disco lumbar, pero que con analxesia non mellora (AINEs).

Exame físico: Locomotor: rixidez leve coa mobilidade da columna lumbar, a dor é observada coa mobilidade da cadeira esquerda, onde existe limitación significativa da mobilidade, especialmente en termos de rotacións é apreciado.Eixe Axial: limitado flexión lumbar. Goldwait / Lewin e Lasegue: negativo.

Probas complementarias: Como un novo doente na miña listaxe, pido História Clinica e reviso análise e probas realizadas previamente. Se constata elevación de fosfatasa alcalina en anteriores análises de fai 5 e 4 anos (outubro de 2008: 936 UI / L, agosto de 2009: 936 UI / L). En ausencia de probas de imaxe solicito Rx pelve e novo análise. Pelve Rx: trabeculación groseira, engrosamento cortical e esclerose que afecta o ilíaco esquerdo e fémur dereito lixeiramente encurvado. Análise: destaca - V.S.G. 37 mm / h [5,0-10,0]; P.C.R. 15,55 mg / L [0,0-8,0]; Fosfatasa Alcalina: 1121U / L [90,0-360,0] Resto Normal.

XUÍZO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, A IDENTIFICACIÓN DO PROBLEMA. Dada a clínica e análises clínicas e radiografía, hai sospeita de enfermidade de Paget. Diagnóstico diferencial: establecerase para lesións metastáticas líticas o esclerosadas, como para espondilose lumbar. Ademais, consideramos ante os datos clínicos iniciais a outros diagnósticos, tales como lumbalxia, coxalxia.

TRATAMENTO, PLANS DE ACCIÓN: Por sospeita de E. Paget remítese a Reumatoloxía, que realiza Gammagrafia ósea (informa de lesións de elevada actividad blásticas e osteoxénica a nivel hemipelve osea esquerda e metáfise distal del femur esquerdo - compatible con Paget), comezando tratamento con bifosfonatos.

CONCLUSIÓNS (e aplicabilidade á medicina de familia): Dende Atención Primaria cabe destacar a importancia da revisión da historia clínica e probas realizadas previamente e a posibilidade de facer diagnósticos correctos e centrado cos medios dispoñibles.

ABDOMEN AGUDO EN VARÓN DE 56 AÑOS (REF 1608)

Garrote Gómez, Berta María; Rodríguez Crespo, Pablo; Gómez Fernández, Paula María

C. S. San José B – A Coruña; C. S. Acea de Ma – Culleredo; Médico 061 – Santiago de Compostela)

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal.

HISTORIA CLÍNICA: Varón de 56 años, sin antecedentes de interés, que presenta dolor abdominal continuo, localizado en hipocondrio derecho, irradiado a hombro derecho, de 4 días de evolución, que ha ido aumentando progresivamente hasta que acude a consulta. Refiere que el dolor comenzó tras una comida copiosa, ha conservado el apetito y no ha precisado analgesia en domicilio. El paciente niega náuseas, vómitos, cambios en el hábito intestinal, fiebre u otra clínica por aparatos. En la exploración física el paciente está afectado por el dolor, afebril y hemodinámicamente estable. Presenta distensión abdominal, dolor a la palpación en hemiabdomen derecho, con defensa generalizada y ruídos hidroaéreos disminuídos. Bajo la sospecha de abdomen agudo se le remite a urgencias. A su llegada, se solicita analítica completa que muestra marcada leucocitosis, radiografía de tórax y abdomen, en las que se evidencia neumoperitoneo. Es valorado por el servicio de cirugía general, que decide intervención quirúrgica urgente, confirmándose perforación pilórica en la laparotomía.

DIAGNÓSTICO: Abdomen agudo. Neumoperitoneo. Perforación pilórica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Síndrome de Chilaiditi.

TRATAMIENTO: Quirúrgico (epiplonplastia) y antibioterapia.

CONCLUSIONES: el neumoperitoneo es la presencia de aire en la cavidad peritoneal, siendo su causa más frecuente la perforación de una úlcera gastroduodenal. Afecta con mayor frecuencia a hombres entre la cuarta y sexta década de la vida. En un 80% se diagnostican mediante radiografía de tórax en bipedestación. Se trata de un dolor brusco, súbito, definido como "en puñalada" y continuo, que aumenta con la respiración y los movimientos. Inicialmente puede localizarse en epigastrio o en la mitad superior del abdomen, presentando una irradiación característica al hombro en casos de perforaciones altas por irritación subdiafragmática del nervio frénico. El dolor abdominal es un síntoma frecuente de consulta en atención primaria, es importante detectar con rapidez aquellos signos de alarma que nos permitan identificar que se trata de un abdomen agudo y evitar de esta manera la demora en el diagnóstico.

ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO METASTÁSICO: EL PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA DESDE EL DIAGNÓSTICO HASTA EL DESENLACE. (REF 1540)

Da Costa Otero, Mª Fátima; Noya Vázquez, Leticia; Díaz Fernández, Paula

C. S. A Estrada; C. S. Conxo; C. S. Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria y Especializada (Medicina Interna).

MOTIVOS DE CONSULTA: Epigastralgia.

HISTORIA CLÍNICA:
Antecedentes personales: HTA. Insuficiencia venosa. Irbesartán 300+ Hidroclorotiazida.

Anamnesis: varón de 69 años que acude a consulta para control rutinario y comenta que presenta molestias en epigastrio, postpandriales con distensión abdominal, dispepsia y sensación de tenesmo rectal desde hace quince días. Niega astenia o anorexia pero presenta pérdida de peso de aproximadamente 9 kg en 2 meses que atribuye a carga laboral excesiva.

Ausencia otra sintomatología acompañante. En la exploración se confirma la pérdida de peso sin otras alteraciones, por lo que se solicita analítica de sangre donde se observa hiperglucemia, hipertransaminasemia y aumento de fosfatasa alcalina por lo que se decide realizar interconsulta a Medicina Interna para iniciar estudio.

Pruebas complementarias: En Medicina Interna solicitan: analítica encontrándose hiperglucemia,aumento de fosfatasas alcalinas y de marcadorse tumorales Ecografía abdominal, múltiples lesiones hepáticas, se intuye masa heterogénea de predominio hipoecoico anterior a la aorta.

Ecoendoscopia: parte de cabeza de páncreas hacia cuello y cuerpo se aprecia efecto masa irregular muy heterogéneo, mixto con claro aspecto infiltrativo. En hígado lesiones ocupantes de espacio de diferente tamaño que podían estar en relación con enfermedad metastásica. Árbol biliar en área papilar engrosamiento significativo en pared de la misma. Adenopatías en múltiples localizaciones.

TAC tóraco-abdominopélvico: masa pancreática en cuerpo pancreático, con lesiones metástasicas oseas y adenopatías abdominales.

Biopsia de LOE hepática: metástasis hepáticas de adenocarcinoma pancreático.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: otras enfermades neoplásicas.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma pancreático estadío IV.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: quimioterapia paliativa.

EVOLUCIÓN: dada la evolución del cuadro se informa a la familia del pronóstico infausto y se mantiene en domicilio con cuidados paliativos a cargo del médico de atención primaria.

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina de familia): La importancia del caso reside en la labor desempeñada por el médico de atención primaria tanto en el diagnóstico como en el seguimiento y atención paliativa hasta el exitus y el apoyo familiar realizado durante la convalecencia del paciente y duelo.

ALGO MÁS QUE PICADURAS (REF 1557)

Alejandro Martínez Varela; Inés Docampo Carro
Centro de Salud Elviña; Centro de Salud de Culleredo

DESCARGAR PDF

Varón de 55 años. Dislipemia. Trabaja en un matadero de cerdos. Sin otros antecedentes de interés.

CONSULTA: El paciente consulta por cuadro de lesiones cutáneas tipo picadura evanescentes, acompañadas de prurito, que aparacen en brotes desde hace diez meses y que prácticamente cden con antihistamínicos . En las últimas dos semanas aparecen adenopatías generalizadas, no refiere fiebre ni sensación distérmica, no cansancio, aunque si refiere haber perdido cinco kilos en los últimos meses y sudoración con la aparición de las lesiones. Valorado en Dermatología en consulta pedida previamente a las adenopatías, recomiendan biopsia ganglionar que se realizaría en una semana. Pero previamente el paciente acude al PAC por presentar edema a nivel de párpado derecho, crecimiento notable de adenopatías retroauricular derecha e inframandibular y febrícula, siendo derivado a Urgencias.

URGENCIAS:
EF: Adenopatías bilaterales generalizadas (Submandibulares, retroauriculares, cervicales, supraclaviculares, axilares, inguinales…) de consistencia dura y no dolorosas a la palpación.
En el abdomen no se palpa ni hepatomegalia ni esplenomegalia.
Se observan lesiones repartidas por toda la superficie corporal, tipo picadura, placa con ligera ulceración.
PC:

- Analítica: Leucocitos 13140, resto sin interés.
- Rx. Tórax: normal

PLAN: Se ingresa para completar estudios: Sindrome linfoploriferativo o menos probable etiología infecciosa (Micobacterias/Brucella).

EVOLUCIÓN: El paciente ingresa y se realizan analíticas completas (solo mostraron leucocitosis) con serologías negativas. Se realió TAC de cuello-tórax-abdomen-pelvis en el que solamente se objetivaron adenopatías. Valorado durante el ingreso por Dermatología que realiza biopsia de lesión cutánea, lo etiquetan como reacción atípica a picadura en el contexto de un probable síndrome proliferativo crónico. Se realiza biopsia de adenopatía inguinal que da el diagnostico de Linfoma no Hodgkin B de zona marginal de ganglio.

CONCLUSIÓN: El seguimiento de los pacientes es esencial en medicina. La mala respuesta a un tratamiento, o la aparición de nueva clínica puede variar de manera muy significativa nuestro enfoque. Así mismo el buen entendimiento entre los diferentes Servicios permitirá aprovechar mejor los recursos y llegar de una manera más rápida al diagnóstico.

AMPUTACIÓN PARCIAL DE ANTEBRAZO CON UNA RADIAL: EL PAPEL FUNDAMENTAL DE LAS URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS (REF 1481)

Gabriel Romero de Ávila Cabezón; Eduardo Fabián Romero
EOXI Vigo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO: Punto de Atención Continuada (PAC).

MOTIVO DE CONSULTA: Avisan al PAC desde la Central Coordinadora del 061 por emergencia debida a amputación parcial de antebrazo derecho con una radial.

HISTORIA CLÍNICA:

- Anamnesis: Paciente mujer de 50 años que sufre de manera casual amputación parcial de antebrazo derecho con una radial que manejaba su hijo.
- Exploración física: Herida profunda en flexura del codo derecho, con abundante sangrado pulsátil, hipoestesia distal, palidez acra y movilidad de los dedos reducida. Importante pérdida de sangre. Resto normal.

JUICIO CLÍNICO: Herida profunda en flexura del codo derecho, con sospecha clínica de lesión arterial y de afectación nerviosa a nivel del codo.

ACTUACIÓN EN EL PUNTO: Se canalizó vía venosa de gran calibre en el miembro contralateral, administrando sueroterapia a chorro y, dado el intenso dolor que aquejaba, una ampolla de morfina intravenosa. Se colocó taponamiento en la herida, que resultó infructuoso para que cediera el sangrado, por lo que se realizó torniquete por encima de la herida, controlando la hora de instauración, e indicando de manera inmediata traslado a centro hospitalario bajo cuidados del personal del PAC, lo que requirió en total 20 minutos, entrando directamente en quirófano.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Sección transversal de arteria radial y cubital en antebrazo. Sección del nervio radial.

EVOLUCIÓN: Se realizaron anastomosis arteriales término–terminales, lo que garantizó la viabilidad del miembro, y posteriormente reparación nerviosa, lo que pretende recuperar la función. Actualmente la paciente realiza seguimiento en su Centro de Salud, con buena evolución y funcionalidad prácticamente normal (mano dominante).

CONCLUSIONES: En emergencias como la que citamos, el personal del PAC suele ser el primero en atender el caso, y de quien depende el resultado. Taponar el sangrado, tratar el dolor y recuperar la volemia son los tres pilares del abordaje de las grandes hemorragias y lo que, como en este caso, determina la supervivencia del paciente y posteriormente la viabilidad del miembro. La reparación nerviosa es lo que en un segundo tiempo recupera la función. El diagnóstico clínico en el punto con frecuencia coincide con el diagnóstico final en quirófano.

ATANDO CABOS SIN DEMORA… LA ENFERMEDAD DE WEGENER (1477)

Frade Fernández, Ana María; Puga Bello, Ana Belén; Puga Barrau, Laura
EOXI A Coruña. C.S. Sobrado; EOXI A Coruña. Atención Primaria. C.S. Vilasantar; (EOXI A Coruña. Atención Primaria. C.S. Cabana

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Urgencias hospitalaria.
Motivo de consulta: Esputos hemoptoicos y tos.

HISTORIA CLÍNICA
Antecedentes personales:

- Exfumador desde hace 25 años (1 paquete/día).
- HTA.
- Polimialgia reumática (buena respuesta a corticoterapia).

Anamnesis: Acude a consulta por esputos hemoptoicos muy ocasionales y tos crónica de tiempo de evolución. No disnea ni fiebre ni dolor torácico. Se trata de un exfumador, por lo que iniciamos estudio vía rápida.

Exploración física: hipoforesis generalizada y sibilancias bibasales.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Hto 35%, creat 1.9 (previas en el último año 1.1 1.6), ANAS negativos. Anti-DNA negativos. ANCA positivo 1/160 patrón citoplasmático, proteínuria 25 mg/dl y microhematuria (en sedimentos seriados, asintomático al respecto).
- Rx tórax: patrón intersticial bilateral, sin evidencia de fallo cardiaco.
- TC Tóraco-Abdominal (se va solicitando dada la demora de la interconsulta a especialista): no evidencia de patología pleuropulmonar o mediastínica.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y ENFOQUE: Al patrón clínico-radiológico respiratorio, se añade una microhematuria, proteinuria leve y ligero pero progresivo deterioro de función renal, que ante unos ANCA + aumentan la sospecha de sospecha de vasculitis. Cuando acude a ver los resultados, refiere aumento de esputos hemoptoicos en la última semana, relatando leve hemoptisis franca en los últimos 3 dias, por lo que lo derivamos a Urgencias. Ingresa en Nefrología:
- Ecografía abdominal: sin alteraciones.
- Biopsia Renal percutánea: compatible con GN necrotizante focal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Tuberculosis. Carcinoma broncogénico. Síndrome de Churg-Strauss. Sarcoidosis. Infecciones granulomatosas. EPOC.

JUICIO CLÍNICO: Hemoptisis y glomerulonefritis necrotizante en relación con vasculitis ANCA +. Se diagnostica de Enfermedad de Wegener.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN: cumple ciclos de esteroides y ciclofosfamida, disminuyendo la frecuencia de esputos hemoptoicos y recuperación de la función renal.

CONCLUSIONES: El compromiso pulmonar ocurre aproximadamente en el 85% de los casos. Los síntomas respiratorios son inespecíficos e incluyen tos, disnea y hemoptisis. El compromiso renal está caracterizado por glomerulonefritis necrotizante focal y segmentaria, y en raros casos presencia de granulomas. Generalmente evoluciona en forma rápida a fallo renal. Es importante su diágnostico para el tratamiento precoz inmunosupresor.

BLANCO Y EN BOTIJA… (REF 1599)

Noya Vázquez, Leticia; Díaz Fernández, Paula; Pérez Val, Ana Mª
C. S. Conxo; C. S. Concepción Arenal; C. S. Pintor Colmeiro

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Reumatología.

MOTIVOS DE CONSULTA: Xeroftalmia y xerostomía.

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual: Antecedentes personales, Anamnesis, Exploración, Pruebas complementarias.
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Parotiditis derecha hace un año.

Anamnesis: Mujer de 53 años que consulta por picor, escozor y sensación de arenilla en ambos ojos desde hace medio año. Niega pérdida de agudeza visual. Refiere también importante sed ocasional con ardor lingual y dificultades para masticar y deglutir. En la anamnesis dirigida relata también dispareunia. Niega otra clínica por aparatos y sistemas.

Exploración: Pupilas isocóricas y reactivas, movimientos oculares normales, ausencia de cuerpos extraños corneales o tarsales, tinción con Fluoresceína normal. Mucosa orofaríngea deshidratada y numerosas caries. Resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias:
- Analítica de sangre: GOT 30 UI/L, GPT 35 UI/L, GGT 70 UI/L.
- VSG: 20 mm.
- FR, Anticuerpos antinucleares, Anti-Ro, Anti-La: positivos.
- Serologías: negativas.
- Analítica de orina: normal.
- Radiografía de tórax: normal.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Estudio de la familia y la comunidad: Sin interés.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS
Diagnóstico diferencial: incluye otras patologías que pueden ocasionar clínica similar a la descrita: enfermedades granulomatosas (sarcoidosis, tuberculosis...), infecciones (VIH, VHC...), trastornos metabólicos (diabetes mellitus,...), fármacos, ambiente...
Juicio clínico: Síndrome de Sjögren.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Dada la sintomatolgía y los resultados obtenidos en las pruebas complementarias, se solicita interconsulta con Reumatología sospechando un Síndrome de Sjögren.

EVOLUCIÓN: En el Servicio de Reumatología se completó el estudio lcon ayuda de otros especialistas:
- Test de Schirmer: positivo (5 mm OI y 8 mm OD)
- Prueba de fluorescína: positiva.
- Gammagrafía de glándula salival: retraso en la excreción del marcador, hallazgo compatible con estadío II de Síndrome de Sjögren.
- Biopsia de glándula salival menor: foco linfoide (mayor de 50 linfocitos) en un área de 4 mm2. Focos pequeños similares acompañados de células plasmáticas.

Tras confirmación de la sospecha diagnóstica se inició tratamiento con Pilocarpina mejorando las manifestaciones de sequedad.

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina de familia): El Síndrome de Sjögren es un trastorno autoinmune caracterizado por destrucción de glándulas exocrinas generando principalmente xeroftalmia y xerostomía, aunque puede cursar con manifestaciones extraglandulares (p.ej. hipertransaminasemia en nuestra paciente.) Su tratamiento va dirigido a alivar los síntomas. Fármacos como corticoesteroides o inmunosupresores están indicados en manifestaciones extraglandulares severas.

BLOQUEO AV COMPLETO EN ATENCIÓN PRIMARIA (REF 1559)

Coelho Lopes, Iva Patrícia; Guedes Faria, Filipa Sofia
UCSP Macedo de Cavaleiros; UCSP Mirandela II

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DE CASO: Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Fatiga intensa y mareo

HISTORIA CLÍNICA: Paciente del sexo femenino, 82 años, viuda, parcialmente dependiente para las ABVD, residente en un lar de tercera edad.
Antecedentes personales: Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Síndrome Depresivo.
Medicación habitual: Valsartan+Hidroclorotiazida 80/12.5mg; Fluvastatina 80mg; Omeprazol 20mg 1id; Sertralina 50mg; Alprazolam 0.5mg 1id

Acude a consulta no programada de Atención Primaria por fatiga intensa, ma-

reo y dificultad en movilizarse con aproximadamente siete horas de evolución. Negaba dolor torácico, náuseas o vómitos.

EXPLORACIÓN:
Consciente y colaborante. Lentificada.
Buen aspecto general.
TA: 138/87 mmHg FC 46 lpm Saturación O2 (aire ambiente): 96%
Discreta palidez. Mucosas hidratadas.
Auscultación Cardíaca: Bradicardia, sin soplos
Auscultación Pulmonar: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos
Miembros inferiores: sin edemas

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
ECG: Bloqueo auriculoventricular completo
Estúdio analítico: Discreta anemia microcitica Hb: 11,7g/dL; bioquímica normal, Troponinas, CPK, CPKMB negativas

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Vive en lar de tercera edad. Tiene tres hijos que viven lejos.

JUICIO CLÍNICO: Bloqueo auriculoventricular completo

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Bloqueo auriculoventricular de según grado tipo Mobitz I o II; Bradicardia sinusal; Paro sinusal con ritmo de escape; Infarto agudo de miocardio

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:
Bloqueo AV completo
Bradicardia
Anemia microcitica

TRATAMIENTO Y PLAN DE ACTUACIÓN: Envío a un centro de referencia quirúrgico donde se procedió a la implantación de un marcapasos definitivo.

EVOLUCIÓN: Después da la implantación del marcapasos, se mantuvo, asintomática y hemodinamicamente estable.

CONCLUSIONES: El bloqueo auriculoventricular completo es una patología de instalación súbita que exige una rápida intervención y tratamiento. Este caso clínico específico, nos sirve para llamar a atención que síntomas, como fatiga y mareo, aparentemente inocentes, pueden también estar asociados a una patología cardíaca grave. Además, hay que tener en cuenta que esta paciente acudió a su médico de familia y no al Servicio de Urgencias. Este nos hace pensar en: 1º) la importancia de la confianza en la relación médico paciente 2º) la importancia de la disponibilidad del médico de atención primaria 3º) la necesidad de cada médico de familia estar familiarizado con patologías urgentes, que le pueden surgir en su rutina diaria.

CASO CLINICO SIADH (REF 1548)

Clara Estévez Garrido, Lourdes Alfaya García
C.S Culleredo; C.S Os Mallos a Coruña; Urxencias CHUAC

DESCARGAR PDF

Paciente de 77 años que acude a urgencias por mareo e inestabilidad con la marcha.

Como antecedentes personales destacamos: Alergia a betalactámicos . Epiléptica conocida desde la infancia .Temblor esencial benigno. Hipotiroidismo primario post-quirúrgico tras tiroidectomía por nódulo tiroideo. VHC.

Tratamientos actuales: Carbamazepina 200 mg /8h. Lamotrigina 250/24h Propanolol 20 mg / 8 h. Levotiroxina 125 mg/24h.

Se trata de una paciente que consulta en el servicio de urgencias por mareo y sensación de pérdida de equilibrio, refiere episodios repetidos desde al menos 10 años, pero últimamente son más intensos, sin cortejo vegetativo, sin dolor torácico ni palpitaciones.

A la exploración la paciente presenta buen estado general, normohidratada y coloreada, eupneica. TA 140/73 FC 62 lpm Glucemia capilar de 109. Afebril. La auscultación cardiopulmonar es normal. Abdomen: sin megalias, sin masas palpables, no hay datos de peritonismo, no semiología ascítica. Extremidades sin edemas, pulsos simétricos . Neurológicamente sin focalidad.

Entre las pruebas complementarias, se realizan: un electrocardiograma sin alteraciones. TAC craneal sin alteraciones. Radiografía de tórax normal. En el análisis de sangre: parámetros dentro de la normalidad a excepción del Sodio (123 mEq/l).

Posteriormente se piden más pruebas analíticas, destacando la osmolaridad en suero (de 271 mOsm/kg), osmolaridad en orina (normal), con potasio en orina normal y sodio de 41 mEq/l.

Niveles de carbamazepina normales. Perfil hormonal normal.

Comentario: Revisando el historial de la paciente, se objetivan hiponatremias leves sucesivas en los últimos años en revisiones analíticas rutinarias en su centro de salud. La paciente ha estado recibiendo tratamiento antiepiléptico desde la infancia, pero en concreto toma Carbamazepina y Lamotrigina desde hace 10 años. Detectado esto se diagnostica a la paciente de posible SIADH secundario a tratamiento con carbamazepina.

Desde su llegada se inicia tratamiento con suero hipertónico y se procede a la sustitución de la Carbamazepina por Levetirazepam como tratamiento para su epilepsia. Se mantiene ingresada con sellados de sal y restricción hídrica hasta normalización de la natremia y cambio de tratamiento. Suspendida la carbamazepina, no ha presentado nuevos episodios hiponatrémicos desde entonces.

CONCLUSIONES: La importancia del seguimiento continuado en atención primaria, pudiendo haberse detectado el problema previamente.

CATARRO PERSISTENTE (REF 1456)

Buceta Eiras, María Goretti; Barreiro Cambeiro, Alicia
Centro de Salud Elviña - A Coruña

DESCARGAR PDF

Paciente de 28 años, no fumadora, con antecedentes personales de Tetralogía de Fallot y válvula aórtica reemplazada por una válvula biológica, que acude a la consulta por tos persistente, sin expectoración, de dos meses de evolución.

Acudió hace 10 días al servicio de urgencias donde realizaron una Rx de tórax y le dieron tratamiento con antibiótico, con el que ha empeorado. Hace dos días que comenzó con fiebre de hasta 38ºC y sudoración profusa nocturna, además de continuar con la tos seca. Comenta también adelgazamiento en los últimos dos meses.
A la exploración física presenta roncus en LSD, temperatura de 38ºC y saturación de oxígeno del 98%.

Revisamos la Rx de tórax realizada en urgencias y observamos una caverna en el LSD.

Con la sospecha de TBC pulmonar derivamos al hospital para valorar ingreso.

La paciente estuvo ingresada tres días en el servicio de medicina interna, donde realizaron Mantoux que resultó ser positivo y cultivo de secrecciones, que fue también positivo para Mycobacterium tuberculosis.

Iniciaron tratamiento con Rifampicina, Etambutol, Isoniacina y Pirazinamida, que continuará durante 6 meses. También se inicia estudio de contactos.

Como conclusión, podemos indicar que muchas veces en el servicio de urgencias se pasan por alto pruebas o resultados, por diversas cuestiones, entre ellas el hecho de estar masificado y tener poco tiempo por cada paciente. Ahí juega un papel importante el médico de atención primaria. Es importante revisar las pruebas realizadas para no obviar enfermedades tan importantes como puede ser una tuberculosis.

CEFALEA POR ABUSO DE ANALSÉXICOS (1518)

DESCARGAR PDF

Barreiro Cambeiro, Alicia; Buceta Eiras, María Goretti
Centro de Saúde de Elviña - A Coruña

Muller de 45 anos. Síndrome ansioso-depresivo a tratamento con Paroxetina 20 mg un comprimido/día e Alprazolam 1 mg 1 comprimido/día e con sintomatoloxía controlada. Varias consultas na xuventude por cefalea compatible con episodios migrañosos que se controlaron con medicación parenteral e con posterior prescripción de pauta puntual de analsexia oral en domicilio; asintomática posterioremente. A nai padece migraña.

Acude por cefalea holocraneal de predominio bifrontal, con fotofobia e sonofobia, con algún episodio de maior intensidade con sensación nauseosa, de 15-20 días de duración ao mes, presente nos últimos 6 meses, que ao comezo controlaba con Ibuprofeno e Zaldiar pero que nos últimos días, a pesar de doses máximas diarias, non cede.

A exploración física, incluída a neurolóxica, foi normal.

Intensificouse a medicación analséxica, citando á paciente nunha semana para ver evolución. Na seguinte consulta, persistía cefalea, aínda que de menor intensidade, e seguían sen existir datos de focalidade neurolóxica.

Derivouse a urxencias hospitalarias, realizándose TAC cerebral que resultou normal.

Vista posteriormente en consultas externas de Neuroloxía con carácter preferente, sendo diagnosticada de cefalea por abuso de analséxicos sobre unha migraña de base.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: A cefalea crónica diaria é unha cefalea que aparece máis da mitade dos días do mes durante máis de 3 meses.

O diagnóstico diferencial da cefalea crónica diaria inclúe, entre as cefaleas primarias, a cefalea de tensión crónica, a migraña crónica e a cefalea hemicránea continua. Entre as cefaleas secundarias, a máis frecuente é a cefalea por abuso de medicación, que pode complicar calquera das anteriores. As características, evolución e exploración física e complementarias fixeron pensar nesta última.

A nosa paciente cumpre os criterios diagnósticos: a cefalea preséntase 15 días ou máis ao mes, existe un abuso durante máis de 3 meses de analséxicos como tratamento agudo/sintomático e a cefalea empeorou marcadamente tras o abuso de medicación.

No seu manexo, hai que suprimir o(s) fármaco(s) de abuso, tratar a cefalea por "deprivación" (con, p.ex., Naproxeno 500 mg cada 12 h, pauta corta de corticoides con Prednisona 60-100 mg durante 5-10 días). Na nosa paciente, tamén se pautou tratamento profiláctico antimigrañoso.

CEFALEA COMO PRIMER SÍNTOMA DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (REF 1505)

DESCARGAR PDF

Rodríguez Blanco, Ana Fátima
C.S A Estrada

CASO CLÍNICO: Mujer 32 años : no AMC. Sin historia de cefaleas primarias.

ENFERMEDAD ACTUAL: Cuadro de cefalea en ambas sienes, pulsátil, con náuseas y vómitos desde hace más de una semana.La intensidad del dolor no era igual todos los días: cuando más le dolió fue el fin de semana pasado y el día que consulta por nuevo empeoramiento que es domingo. No otros síntomas de interés. Viene acompañada por su pareja.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Consciente,orientada,colaboradora.Buen estado general. Normohidratada,normocoloreada,normoperfundida.Eupneica a aire ambiente. Percusión sinusal negativa. Auscultación cardiopulmonar normal. Neurológico: No rigidez de nuca. Pares craneales dentro de la normalidad. Fuerza y ROT normales. Plantares flexores. Exploración cerebelosa normal.

SOSPECHA CLÍNICA: Esto nos sugiere que la causa de la cefalea puede estar en el domicilio y, si así fuera, habría que pensar en una causa ambiental, por lo que el resto de convivientes también se verían afectados. Por eso se le pregunta a la pareja si también le duele la cabeza. La respuesta afirmativa en una persona sin historial de cefaleas primarias reafirma la hipótesis ambiental y, en el domicilio, la causa más probable es intoxicación por monóxido de carbono.
La siguiente pregunta es si hay algún tipo de combustión dentro de la casa, hoy en día en nuestro medio la fuente de combustión son los calentadores de gas, estufas de combustión,... si la respuesta es afirmativa, se reafirma nuestra sospecha clínica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se derivan al hospital para realizar una GSA: Acidosis metabólica.Carboxihemoglobina 30% en la mujer y 24% en el hombre.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación por Monóxido de Carbono.

TRATAMIENTO: En nuestro caso: Oxigenoterapia a altas concentraciones (100%): mascarilla con reservorio. Mantener hasta desaparición de la clínica y cifras de COHB< 5% (repetir gasometría c/4h hasta normalización).
Debido a la afinidad del monóxido de carbono por la hemoglobina que es cerca de 240 veces mayor que por el oxígeno, explicado por el efecto Bohr.

RELEVANCIA ATENCIÓN PRIMARIA (AP): La importancia de diagnosticar este tipo de intoxicación no es sólo para tratar la intoxicación de hoy, que no fue mortal, sino para evitar la del mañana que sí puede llegar a serlo.

CERVICALGIA: ¿ CONTRACTURA O MENINGITIS? (REF 1593)

DESCARGAR PDF

Noemí García Varela; Noa Valiño Ferraces; Paula Cabanelas Pousa
MIR CHUS (C.S.Vite); MIR CHUS (C.S.Concepción Arenal); MIR CHUS (C.S.Conxo)

ÁMBITO: Servicio Urgencias.

MC: deterioro del estado general.
AP: Alergias a aminoglucósidos, DM no ID, Hipotiroidismo,Tumor de páncreas.
AF: no.

TRATAMIENTO HABITUAL:Eutirox 75,Metformina,Betahistina.
Paciente de 69 años que hacía 10 días que presentaba cervicalgia y cefalea sin sensación distérmica ni fiebre y con leve dificultad para deglución. Tras exploración se evidenció contractura cervical pautándose antiinflamatorios y fluconazol para muguet oral.Los 15 días siguientes el paciente presenta empeoramiento de cervicalgia acompañándose de desorientación temporoespacial,bradipsiquia,dificultad para deambulación,pérdida control de esfínteres y disartria acompañado de otalgia bilateral y molestias bucales por presencia de ulceras aftosas,motivos por lo que decide consultar.

EF:
- TA 140/90mmHg,FC70 lpm, Tª36.2 ºC.
- AC: taquicárdica,sin soplos.
- Neurológica: GCS15,consciente,desorientado,escasamente colaborador; lenguaje disártrico;isocoria y normorreactividad pupilar;campimetría por amenaza aparentemente normal;Movimientos oculares conservados;PPCC sin alteraciones; moviliza 4 extremidades con aparente normalidad;sensibilidad conservada;ROT presentes, hipoactivos en EEII;RCP flexor bilateral;Rigidez de nuca.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Analítica de sangreLeucocitos 10.810, Hemoglobina 12.8 g/dL,Neutrófilos 86.4 %,INR 1.35,Urea 80mg/dl,Sodio 135mmol/L,GOT 117UI/L,GPT 221UI/L,GGT 614UI/L,FA 415UI/L.
- Orina:cilindros granulosos escasos.
- TAC:No patología intracraneal aguda.Ocupación de oido medio, compatible con proceso infeccioso a dicho nivel.Hiperostosis mastoidea bilateral, sin neumatización suficiente para valorar afectactación.
- LCR:presión de apertura de 43 cmH20.Aspecto Claro,no xantocrómico,Leucocitos 55 células/µL(Neutrófilos 91%,Linfocitos 9%,Glucosa 93mg/dL(simultánea 185mg/dL), Proteínas totales 0.62 g/L. Se guardan 2 muestras de LCR.

JUICIO CLÍNICO:
Meningitis aguda grave de probable origen bacteriano.
Otomastoiditis bilateral.
Lesiones hepáticas a estudio.

EVOLUCIÓN: Ingresa en UCI por meningitis grave en probable relación con foco ectógeno.Se inicia ATB empírico con Ceftriaxona,vancomicina,ampicilina y fluconazol y corticoides. Ante el resultado del cultivo de LCR negativo se plantea la posibilidad de etiología por S.Aureus.

CONCLUSIÓN: La diferencia para el diagnóstico diferencial ante la rigidez cervical seria la presencia de otros síntomas/signos como fiebre, cefalea, vómitos... Nuestro paciente no presentaba en su primera visita clínica acompañante.El diagnóstico de contractura no lo consideraría una negligencia médica,ya que no había clínica que hiciese pensar en meningitis.

Debemos inculcar a los pacientes que ante aparición de otros signos y persistencia de la cervicalgia debe acudir cuanto antes,para ser valorado y no dejar evolucionar la clínica durante 15 días hasta que el deterioro fuese tan grave.

CÓLICO RENAL CON DATOS ATÍPICOS (REF 1496)

Formigo Couceiro, Francisco Javier
Medicina Familiar y Comunitaria, área de Santiago de Compostela

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: servicio de urgencias

MOTIVO DE CONSULTA: dolor cólico en fosa renal derecha

HISTORIA CLÍNICA: Paciente varón de 28 años de edad sin antecedentes de interés. Hace tres días consulta de madrugada en PAC por dolor de tipo cólico en fosa renal derecha. Es tratado con analgesia con mejoría parcial. Acude al servicio de urgencias por persistencia de la clínica. Refiere estreñimiento, náuseas y disminución de la ingesta. No ha tenido fiebre. En la exploración física, la puño percusión renal derecha es dudosa, siendo lo demás anodino.
En la analítica de sangre se evidencia leucocitosis con neutrofilia e insuficiencia renal (límite) no conocida acompañada de leve hiperpotasemia. Llama la atención que en la analítica de orina no hay nada patológico (no existe presencia de hematíes).
Si bien la clínica pudiera ser sugestiva de cólico renal, tanto la evolución del dolor como los datos de las pruebas de laboratorio recomiendan completar el estudio. Se solicita ecografía renal donde se visualiza una masa sólida de 6,4x7,4 cm en polo inferior renal derecho.
Con el juicio clínico de hipernefroma se contacta con la guardia de urología que valora al paciente. Posteriormente se realiza tratamiento quirúrgico con buena evolución.

CONCLUSIONES: El cólico renal es una patología muy común en las consultas de atención primaria y del servicio de urgencias. Ante la presencia de datos de alarma o discordancia en la evolución del caso o en las pruebas complementarias solicitadas, puede resultar conveniente recurrir a una prueba de imagen diagnóstica, barata y no invasiva, como es la ecografía.

CON EL AGUA AL CUELLO (REF 1529)

Paula Díaz Fernández; Leticia Noya Vázquez; Montserrat Aguado Díaz
Centro de Salud Concepción arenal; Centro de Salud de Conxo; Centro de Salud de Outes

DESCARGAR PDF

AMBITO DEL CASO: Atención primaria, Urgencias y especializada.

MOTIVOS DE CONSULTA: Edemas progresivos.

HISTORIA CLINICA:
Antecedentes personales: No alergias. Hipertensión arterial. Cardiopatía hipertensiva. FA paroxísica. Marcapasos en enero 2009 por bradicardia sintomática. Tratamiento : torasemida, rosuvastatina, acenocumarol, omeprazol.
Anamnesis: Paciente de 65 años que presenta cuadro de edema progresivo en extremidades inferiores, posterioremente en abdomen y cara (al despertarse) con disminución de la diuresis en los ultimos dias, síndrome miccional y dolor lumbar izquierdo.
Exploración: Ausculatación cardiopulmonar normal. Abdomen: Globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni organomegalias. Miembros inferiores con edema hasta raíz de muslo, pulsos periféricos no palpables por edemas.

Pruebas complementarias:
Analitica de sangre: Destaca: colesterol total: 355 mg/dL, HDL:87mg/Dl, LDL:239mg/dL, proteínas totales: 4.4 g/dL, albumina: 2.4 g/dL. VSG: 65.
Orina: proteínas >3g/L. Sangre indicios. Sedimento: Cociente alb/creat >500mgALB/gCREAT, hematíes/campo:1-5.
Enfoque familiar y comunitario:
Sin relevancia.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:

1. Crisis renouretral izquierda.
2. Insuficiencia cardíaca congestiva.
3. Síndrome nefrótico.
4. Angiodema.
5. Enfermedad hepática.
6. Otros…

Tras resultados analíticos orientamos el caso a síndrome nefrótico.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: A la espera de los resultados analíticos iniciamos tratamiento con metamizol por sospecha de crisis renouretral izquierda. A los dos días la paciente regresa por empeoramiento de los edemas. Revisamos control analítico y tras los hallazgos decidimos remitirla al servicio de Urgencias donde es ingresada en el servicio de Nefrología.

EVOLUCIÓN: Durante su ingreso se incia tratamiento con diteta hiposodica y diuréticos a dosis decrecientes con disminución progresiva del edema. Se realiza biopsia renal obteniéndose como diagnóstico una anatomía patológica de amiloidosis AL por lo que es derivada al servicio de Hematología.

CONCLUSIONES: La aplicabilidad de este caso en nuestro ámbito se basa en incluir el síndrome nefrótico en el diagnóstico diferencial de las patologías causantes de edemas generalizados ya que se ve en raras ocasiones en atención primaria. Esto puede deberse al retraso o al error diagnóstico, especialmente por enfermedades con síntomas similares. Es primordial descubrir cualquier signo sugerente de consumo de fármacos, enfermedad sistémica e infección crónica o aguda. En algunos casos la biopsia renal puede confirmar una enfermedad idiopática o identificar una enfermedad subyacente como resultó ser en nuestra paciente.

CUANDO EL PACIENTE ESTE HIPOTÉRMICO, PIENSA EN ARRITMIA (REF 1504)

Rodríguez Blanco, Ana Fátima; Costas Fernández, Tania
C.S A Estrada; C.S Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

CASO CLÍNICO: Mujer 60 años con AP: Ca de Pulmón Estadio IV.

ENFERMEDAD ACTUAL: Nos avisan por encontrar una mujer con una cuerda atada al cuello, desnuda con signos de hipotermia, bajo nivel de conciencia y dificultad respiratoria. En cuanto llegamos cortamos la cuerda que rodea el cuello y ventilamos con ambú, mejorando la saturación de oxígeno. La trasladamos al Servicio de Urgencias más próximo.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Tª rectal: 29º C. Glasgow 12 (respuesta ocular espontánea: 4, respuesta verbal desorientado, confuso: 4, respuesta motora: retirada al dolor: 4). Taquipneica con 02 por VMK al 50%. TA: 90/40 mmHg. AC: Bradicardia,impresiona de arritmica. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: sin datos de alarma. EEII: pulsos distales presentes aunque débiles. NRL: pupilas fijas midriáticas, rigidez de las 4 extremidades con reflejos abolidos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ECG: se observa la onda J de Osborn (no es patognomónica, ya que se han descrito casos en la hemorragia subaracnoidea, la hipercalcemia y la isquemia cardíaca aguda). En fibrilación auricular. GSA: Acidosis y PO2 es baja. Analítica de sangre: elevación de la CK y datos de insuficiencia renal aguda.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Más que del diagnóstico diferencial de la hipotermia, es de las causas que puedan producirla: Sepsis, Hipotiroidismo, Hipoglicemia, Uremia.....entre otros.

JUICIO CLÍNICO: HIPOTERMIA

TRATAMIENTO: El recalentamiento debe ser de forma continuada y lenta ya que el recalentamiento externo activo rápido puede llevar a aumento de la mortalidad por aparición de arritmias cardiacas mortales y del "fenómeno Afterdrop" (shock hipovolémico por vasodilatación periférica). Monitorización de las constantes vitales y tratamiento de los trastornos básicos y complicaciones. No administrar bebidas alcohólicas (ya que éstas producen vasodilatación y en consecuencia hipotermia).

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: El frio ejerce un efecto protector sobre la hipoxia cerebral y medular, hasta hoy la temperatura más baja reversible fue de 15ºC. Las arritmias cardiacas es la complicación más grave, ya que pueden desarrollar una fibrilación ventricular de forma súbita. El desfibrilador y la lidocaina no son del todo eficaces en un corazón hipotérmico, solamente suele ser útil el antiarrítmico tosilato de bretilio a dosis de 5 mgr/kg peso.

CUANDO LO BANAL DEJA DE SERLO: ¡¡HIP!!, ¡¡HIP!! (REF 1584)

Abalde Castro, Mª Luz; Espantoso Romero, Maite; Callejas Cabanillas, Pedro A.
MIR II MFyC, Centro de Salud Teis, Vigo; Médico de Familia, EOXI, Vigo; Médico de Familia, Centro de Salud Teis, Vigo

DESCARGAR PDF

MOTIVO DE CONSULTA: varón de 75 años que consulta por hipo.

ANTECEDENTES PERSONALES: ex-fumador 30 a. Bebedor ocasional. ERGE. Hernia de hiato. Tratamiento habitual: omeprazol 40, metoclopramida.

ENFERMEDAD ACTUAL: paciente con hipo prácticamente diario de predominio vespertino, muy incapacitante. Presentó episodio previo hace 12 años, permaneciendo asintomático hasta hace aproximadamente un año. Refiere ocasional clínica de RGE. No disfagia. No síndrome Constitucional.

EXPLORACIÓN FÍSICA: normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Analíticas: normales.
Manometría: normal.
pH-metría 24h: patológica a expensas del periodo erguido.
Colono-TAC: hernia de hiato por deslizamiento. Diverticulosis colónica.
Tránsito: divertículo epifrénico. Pequeña hernia de hiato por deslizamiento, sin visualizar RGE durante el estudio.
EDA: hernia de hiato por deslizamiento grande y no complicada.
Colonoscopia: diverticulosis colónica.
TAC cerebral: dilatación del sistema ventricular. Hallazgos en probable relación con Hidrocefalia crónica del adulto.
RM cerebral: atrofia cerebral cortical frontal y silviana bilateral. Dilatación del sistema ventricular que sugiere la posibilidad de hidrocefalia a presión normal. Sin cambios respecto a TAC previo.
PL (decúbito lat.): presión de apertura 9cmH2O. Bioquímica normal.

JUICIO CLÍNICO: Hipo persistente intratable.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Irritación del N. Frénico o N. Vago
- Trastornos gastrointestinales, torácicos y cardíacos

- Lesiones del SNC
- Metabólicas
- Fármacos
- Quirúrgicas
- Psicógenas

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN: Probamos tratamiento inicialmente con omeprazol, baclofeno y cinitaprida, pero ante la persistencia de síntomas derivamos al paciente a Digestivo, que realizan PC y aumentan dosis IBP sin mejoría. Valorado por M. Interna que pautan haloperidol y sulpirida sin respuesta. Neurología suspenden metoclopramida por discinesias bucales e inician carbamazepina y domperidona, no efectivos. Lo derivan de nuevo a Digestivo, planteándole la posibilidad de cirugía.

CONCLUSIONES: Generalmente el hipo se presenta en forma de crisis autolimitadas por las que el paciente no consulta, pero puede ser muy molesto para aquellos pacientes que padecen hipo persistente (duración mayor a 48 h) o recurrente. En estos pacientes realizar una anamnesis detallada y una buena exploración física pueden llevarnos al diagnóstico etiológico desde AP y permitirnos instaurar tratamiento sintomático y etiológico. Aquellos casos resistentes al tratamiento o en los que se precisen pruebas diagnósticas fuera del alcance del MAP deben ser derivados.

DERMATITIS HERPETIFORME Y ENTEROPATÍA GLUTEN SENSIBLE (REF 1613)

DESCARGAR PDF

Frade Fernández, Ana María; Puga Bello, Ana Belén; Puga Barrau, Laura

EOXI A Coruña. C.S. Sobrado; EOXI A Coruña. Atención Primaria. C.S.Vilasantar; EOXI A Coruña. Atención Primaria. C.S. Cabana)

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: lesiones cutáneas pruriginosas

HISTORIA CLÍNICA
Antecedentes personales: Alergia a ácaros. Dermatitis atópica en infancia.

Anamnesis: Varón, 24 años. Acude por prurito intenso y urente en codos, rodillas, ingles y glúteos desde hace 2 semanas. Refiere episodios similares pero menos floridos y más localizados desde su infancia, que se autorresuelven. Negaba clínica de fiebre, artralgias u otra clínica sistémica asociada, incluída la gastrointestinal.

Exploración física: pequeñas lesiones de aspecto vesículo-ampolloso de contenido claro sobre base eritematosa con excoriaciones por rascado. No lesiones en mucosas ni anejos. Afebril. No afectación del estado general.

Pruebas complementarias:
Analítica: anodina (incluída serología y parámetros de malabsorción) a excepción de hallazgos en el estudio de autoinmunidad solicitado ante la sospecha de una dermatitis herpetiforme: AC Ig A antitransglutaminasa positivos. Se descartó déficit selectivo de Ig A asociado.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y ENFOQUE: Ante los hallazgos descritos, se deriva a Dermatología para completar estudio y confirmar sospecha:
- Inmunofluorescencia directa (piel sana perilesional): depósitos granulares de Ig A en unión dermoepidérmica (patognomónico, sensibilidad 90-95%)
- Biopsia cutánea (piel lesional): microabscesos papilares de neutrófilos, separación subepidérmica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Penfigiode ampolloso, dermatosis Ig A lineal, urticaria, escabiosis, ezcema atópico/contacto, eritema multiforme.

JUICIO CLÍNICO: Dermatitis herpetiforme (DH) ó Enfermedad de During-Brocq.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN: Ante los hallazgos histológicos y clínicos, así como la demostrada sensibilidad al gluten, fue preciso instaurar los 2 pilares básicos: una dieta exenta estrictamente de gluten como tratamiento de elección (recibió educación al respecto multidisciplinar en el centro de salud) y la dapsona (pautada por Dermatología). La repuesta se inició en días y fue muy satisfactoria en semanas (no presentó efectos hematológicos indeseables secundarios a dapsona en los controles hematológicos seriados).

CONCLUSIONES: La DH es una enfermedad ampollosa autoinmune que puede aparecer como expresión cutánea de la intolerancia al gluten. En un alto porcentaje de pacientes asintomáticos es preciso llegar a una biopsia intestinal para llegar al diagnóstico de enteropatía gluten sensible (un 70 % de pacientes con DH presentan alteraciones histopatológicas en biopsia intestinal).

DIAGNÓSTICO A TRAVÉS UNA POLINEUROPATÍA PARANEOPLÁSICA POR MIELOMA MÚLTIPLE (REF 1478)

DESCARGAR PDF

Frade Fernández, Ana María; Puga Bello, Ana Belén; Puga Barrau, Laura

EOXI A Coruña. C.S. Sobrado; EOXI A Coruña. Atención Primaria. C.S.Vilasantar; EOXI A Coruña. Atención Primaria. C.S. Cabana)

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Urgencias hospitalaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Pérdida de fuerza en MMII.

HISTORIA CLÍNICA:
Antecedentes personales:
- Exfumador 40 cigarrillos/día.

Anamnesis: Varón, 44 años, acude por molestias en ambos MMII con sensación de fatiga muscular desde hace 6 meses.

Exploración física: pérdida de 2 kg peso. Cierta hiporreflexia en MMII.

Pruebas complementarias vía rápida: solicitadas y recibidas por orden cronológico:
- Analítica: sin alteraciones.
- Consulta Neurología y Rx cadera/lumbar: pendientes.
- EMG vía rápida (afortunadamente fue citado en días): Polineuropatia mixta desmielinizante inflamatoria en estadío activo compatible con Síndrome de Guillain-Barre de evolución subaguda. Afectación desmielinizante y axonal severa en MMII. Denervación activa muy abundante Acude a resultados, rehistoriamos: en la última semana parestesias en dedos/plantas pies en reposo/caminando/nocturnos, entumecimiento progresivo y debuta dolor continuo en cadera derecha Reexploramos: cierta paraparesia flácida, marcha en estepage, cojera por coxalgia y pérdida de 4-5 kg.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y ENFOQUE: Ante los resultados y la reagudización clínica, se deriva a Urgencias, desde donde ingresa en Hematología:
- Rx pelvis: lesión lítica (6 cm) en cuello fémur derecho.
- TC lumbo-sacro/RMN columna: estenosis canal L4-L5, L3-L4.
- RMN extremidades: múltiples lesiones óseas (ilíaco derecho, ambos fémures).
- Biopsia lesión: infiltración por neoplasia de células plasmáticas con restric-

ción de cadenas ligeras Lambda.
- Rx tórax/TC craneal/Doppler MMII/biopsia-aspirado médula ósea/LCR/genética molecular/hemocultivos/estudios inmunidad neurológica: Sin alteraciones.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Enfermedad Metastásica. Linfoma. Sarcoma. Enfermedades neurodegeneralivas/desmielinizantes.

JUICIO CLÍNICO: Mieloma Múltiple. Polineuropatía desmielinizante sensitivo motora paraneoplásica con tetraparesia de prediminio crural secundaria.

TRATAMIENTO Y PLANES DE ACTUACIÓN: ciclos de Radioterapia/Quimioterapia/corticoides/Inmunoglobulinas. Osteotomía femoral (megaprótesis).

EVOLUCIÓN: Favorable, destacando mejoría en la recuperación motora. Actualmente en seguimiento rehabilitador continuado (estimulación neuromuscular y potenciación en fisioterapia). Terapia Ocupacional (para independiencia de ABVD). Órtesis dimámicas.

CONCLUSIONES: No debemos olvidar que la mayoría de las enfermedades hematooncológicas debutan en edades extremas de la vida, situación que tiene un gran impacto en los niveles de salud y en el nivel socio económico de la población. Un diagnóstico rápido se puede traducir en cantidad y calidad de vida.

DIAGNÓSTICO ACCIDENTAL EN UN ESTUDIO POR ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA (REF 1571)

Méndez Rial, Susana
Centro de Salud Monteporreiro - Pontevedra

DESCARGAR PDF

Varón de 45 años que acude a consulta por lesiones en boca, testes y pene desde hace unos meses. Refiere que ha tenido varios episodios de aftas genitales recidivantes desde hace 1-2 años. No episodios de meningitis / inflamación ocular aunque refiere que a veces se le ponen algo rojos.
Refiere tos con expectoración de predominio matutino, en número de más de 5 al día. No hemoptisis. Disnea de grandes esfuerzos. No astenia ni pérdida de peso. No antecedentes de TBC.

Antecedentes personales: no AMC, fumador 20 cigarrillos/día. Enolismo crónico. No tratamientos
Antecedentes familiares: Padre fallecido por Cáncer de pulmón.

En la exploración: Telangiectasias faciales. ORL: afta oral AP hipoventilación global. MMII: discreto livedo, úlceras en piernas y escroto, una lesión ulcerada de pequeño tamaño en cara externa del 2º dedo del pie izqdo., lesiones hipopigmentadas residuales en muslos sobre todo, post-rascado de lesiones foliculíticas

Analítica: PCR 2.19 VSG normal. Glucemia 123. FR y ANA negativos. GGT 61. FA 317. Resto normal.
Serologías VHB/C, VIH, lúes: negativas. CMV Ig G +
Análisis con HLA- B51: positivo.
Rx Tórax: Pequeña opacidad nodular/pseudonodular en LSI, compatible inicialmente con granuloma, sin poder descartar neoplasia.
Se realiza broncoscopia con BAS y ÇBAI selectivos a nivel de segmento apicoposterior de BLSI con aspirado bronquial y citologías negativa.

Se realiza estudio de extensión con TAC tóraco-abdominal con Nodulo en LSI, de 1.6 x 1.3 cm de diámetros máximos, de bordes polilobulados, con mínima espiculación de los mismos, a descartar neoplasia. No otros hallazgos.

PET: Nódulo pulmonar de LSI con actividad metabólica significativa para sospecha de patología tumoral maligna. No se evidencia otros focos de hipermetabolismo patológico.

Valorado por Oftalmología: En ojo izquierdo gran afectación arteriolar apreciándose en todo el territorio temporal inferior isquemia y vasos blancos. Alguna cicatriz de posible infiltrado retiniano en fase aguda. Sugestivo de vasculitis típica de enfermedad de Behçet

CONCLUSIÓN: Episodios de aftas bucales/genitales recidivantes, vasculitis retiniana con positividad para HLA 51 sugestivo de Enfermedad de Behçet. En estudio complementario se diagnostica de Carcinoma broncogénico a nivel de LSI, en paciente fumador (T1aN0M0)

DOCTOR ME DUELE LA ESPALDA (REF 1609)

Nuria Gonzalez Frieiro; Vanessa Garcia-Ciudad Young; Sara Castro Cageao
Centro de Salud La Estrada; Centro de Salud La Estrada; Centro de Salud Concepcion Arenal

DESCARGAR PDF

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor Lumbar

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, obesidad, tabaquismo

ENFERMEDAD ACTUAL: Dolor lumbar no irradiado de aproximadamente 2 meses de evolución.Sin mejoria con el reposo. Mejoria parcial con combinación de paracetamol -tramadol, diclofenaco y metamizol. En los últimos dias, empeoramiento del dolor asociado a náuseas y vómitos.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Tª 35,4ºC; TA 218/100mmHg; FC 68lpm.
Consciente, orientado y colaborador. Buen estado general, normohidratado y normocoloreado.
ACP: rítmica, sin soplos. MVC.
Abd: blando, depresible, ligeramente doloroso a la palpación epigástrica. PPR negativo bilateral. discreta masa pulsátil a nivel periumbilical.
Músculo esquelético:dolor a la palpación de apofisis espinosas lumbares y musculatura paravertebral lumbar. Lassegue y Bragard negativos.
EEII: no edemas. pulsos pedios ausentes.
NRL: No datos de meningismo ni focalidad. fuerza y sensibilidad conservadas en 4 extremidades. ROTs conservados y simétricos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
analítica: dentro de normalidad.
Rx tx: no evidencia de patología pleuro-pulmonar aguda.
ECG: ritmo sinusal a 72lpm.
Eco fast: aneurisma de aorta abdominal.
Tac Abdomino-pélvico: aneurisma fusiforme trombosado de aorta abdominal infrarrenal. Aneurisma de ambas arterias ilíacas. Aneurisma fusiforme parcialmente trombosado de la arteria femoral común izquierda.

DIAGNÓSTICO: Aneurisma de Aorta Abdominal.

PLAN: Ingreso en Cirugía Vascular para intervención Urgente.

CONCLUSIONES: Cuidado con la hiperfrecuentación en un corto período de tiempo pues aunque la patología más frecuente en un caso de dolor lumbar sea de origen muscular, debemos también pensar en otras patologías y descartar lo que es más urgente.
La exploración abdominal y los pulsos periféricos pueden dar mucha información.La ecografía abdominal es una prueba sencilla que puede aportar una

valiosa información y con la que los médicos de atención primaria debemos estar familiarizados.

DOCTOR, ¡ESA BARRIGA NO ES LA MÍA! (REF 1475)

Pazos del Olmo, Isabel
Centro de Salud Concepcion Arenal

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Servicio de urgencias

MOTIVO DE CONSULTA: dolor abdominal:

HISTORIA CLÍNICA:
Anamnesis: Paciente de 72 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de tipo "pinchazos", difusos en todo el abdomen. Refiere además aumento del perímetro abdominal desde hace 3 meses, aunque ha perdido en torno a 5kg en este tiempo. Estreñimiento y sensación de vaciado incompleto de heces y orina. La paciente había acudido a su médico de atención primaria en varias ocasiones, que pautó tratamiento con analgésicos y procinéticos sin alivio.

Antecedentes personales: No alergias conocidas. Hipertensa a tto con IECA. Histerectomizada. Cirugía de fístula digestiva.

En la exploración física destaca un abdomen globuloso, palpándose una formación de consistencia elástica, móvil, que ocupa todo el abdomen.

Pruebas complementarias: Adjunta analítica de su centro de salud normal, salvo LDL 157. Posteriormente se realizaron marcadores tumorales que resultaron negativos. Se realiza radiografía de abdomen que muestra efecto masa abdominal, por lo que se completa el estudio con Ecografía abdominal, que muestra una voluminosa masa de predominio quístico, multitabicada, probablemente a expensas del ovario derecho.
Se realiza interconsulta al ginecólogo de guarda, que incluye en lista de espera para intervención quirúrgica con el diagnóstico de tumoración anexial estudio.

EVOLUCIÓN: Se realizó anexectomía bilateral y lavado peritoneal con estudio anatomopatológico intraoperatorio de quiste mucinoso benigno, que se confirmó en estudio posterior de pieza quirúrica.

CONCLUSIONES: El cistoadenoma mucinoso comprende el 15-25% de los tumores de ovario, siendo en la gran mayoría de estirpe benigna (85%), aunque no hay que olvidar que un pequeño porcentaje tiene potencial maligno. En el caso de esta paciente, no se había realizado ninguna prueba de imagen ni se remitió a la paciente para valoración ginecológica, por lo que al momento del diagnóstico el tumor había alcanzado un tamaño superior a los 25 cm. Destacar la importancia del diagnóstico diferencial con otras neoplasias intrabdominales (de origen digestivo o ginecológico fundamentalmente), y en el caso de masas tan voluminosas, incluso con un estado de gestación.

DOCTOR, ME HAN APARECIDO UNAS MANCHITAS (REF 1486)

Martinez Pereira, Iciar; Bermejo Gestal, Iria; Rodríguez Villalón, Xiana
Hospital Meixoeiro; CS Sárdoma; CS Porriño

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Papulas eritematosas asintomáticas en zonas de fotoexposición

HISTORIA CLÍNICA: Se trata de un paciente varón de 53 años sin antecedentes de interés que acude por cuadro de 3 días de evolución de múltiples pápulas eritematosas, asintomáticas, no confluentes, de 1-2 mm de diámetro, que se iniciaron en cara extendiéndose posteriormente a tronco y extremidades. No presentaba fiebre ni afectación del estado general. Llamaba la atención la presencia de un halo blanquecino perilesional, así como el hecho de que las lesiones desaparecían a la vitropresión. Curiosamente, la madre del paciente presentaba la misma clínica dermatológica desde hacía aproximadamente una semana. Entre los diagnósticos diferenciales se plantearon varias opciones como acné, rosácea, exantema viral y pseudoangiomatosis eruptiva. Con la sospecha diagnóstica de pseudoangiomatosis eruptiva, se realiza teledermatología consiguiendo cita presencial en dicho servicio. Allí se realiza biopsia de una de las lesiones. Se evidencia, bajo una epidermis normal, un leve infiltrado inflamatorio linfohistiocitario perivascular, algunos de los cuales tienen endotelios prominentes hacia la luz y están ligeramente dilatados. Esos hallazgos son compatibles con el diagnóstico de presunción de pseudoangiomatosis eruptiva. A los dos meses, y sin necesidad de tratamiento, el cuadro remitió sin secuelas.

CONCLUSIONES: La Pseudoangiomatosis Eruptiva en una enfermedad dermatológica banal que no supone riesgo alguno para la salud humana. Las lesiones son asintomáticas y normalmente el cuadro remite espontáneamente sin dejar secuela alguna en un período de 2 a 15 días. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, si bien el estudio histopatológico es útil para descartar otras enfermedades. A día de hoy, su etiología es desconocida. Se han relacionado casos con picaduras de insectos, y en particular con la picadura de un mosquito, el denominado Culex pipiens pallens, originario de Japón, desarrollando lo que se hacía llamar Eritema Punctatum Higuchi.

DOCTOR, VEXO DOBRE! (REF 1506)

Costas Fernández, Tania; Rodríguez Blanco, Ana Fátima; Nieto Pol, Enrique
C. S. Concepción Arenal; C. S. A Estrada; C. S. Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria e especializada.

MOTIVO DE CONSULTA: visión dobre.

ANTECEDENTES PERSOAIS: Non alerxias medicamentosas coñecidas. Non hábitos tóxicos. Non antecedentes de interés.
Paciente de 67 anos que acode a consulta por presentar visión dobre ó mirar ó lonxe e cara a dereita. Sensación de mareo sen síntomas auditivos. Non cefalea. Non disminución da agudeza visual. Cervicalxia dende hai unha semana a tratamento con Paracetamol.

EXPLORACIÓN:
TA 168/80 FC 51 lpm Tª 36.2ºC
COC. Bo estado xeral. Eupneico.
ACP: rítmica, sen sopros. MVC. Non ruidos engadidos. Non sopros carotídeos.
Pupilas isocóricas e normorreactivas, motilidade ocular extrínseca normal con certa restricción na abducción do ollo dereito. Diplopia binocular horizontal na lateroversión dereita. Forza, sensibilidade e ROT conservados. Plantares flexores.
Fondo de ollo: nervio óptico e retina normais.
Derívase ó paciente ó Servizo de Urxencias para completar estudos. Alí realizan análise de sangue (que resulta normal) e TAC craneal non evidenciándose patoloxía intracraneal.

XUÍZO CLÍNICO: Parálise idiopática do VI par dereito.
O paciente inicia tratamento con Hidroxil , AAS 100 e Atorvastatina 20. Oclu-

sión ocular alternante.

CONCLUSIÓNS: A parálise do sexto par craneal ou nervio motor ocular externo xeralmente está asociada a unha neuropatía diabética, trauma, infeccións como a meninxite ou sinusite, infarto, aneurismas craneais, tumores ou aumento da presión intracraneal. En determinados casos, como o que estamos tratando, non se atopa unha causa da afección. Algúns dos síntomas son a visión dobre ao mirar a un lado (debido a una lesión unilateral) y, en ciertos casos, existe dolor de cabeza. O tratamento básase en corticosteroides para reducir a inflamación y aliviar a presión sobre el nervio. Tamén hay que destacar que nalgúns casos o trastorno pode desaparecer sen tratamiento. A visión dobre pódese aliviar coa colocación dun parche no ollo ata que o nervio se cure.

DOCTORA ¿QUÉ ME PASA EN EL ELECTRO? (REF 1466)

Souki K. Yohaina, Ollarves, Juan F, Cast

C. S. Fingoi - Lugo/España

DESCARGAR PDF

AMBITO DEL CASO: Atención Primaria (AP)

MOTIVO DE CONSULTA:
Paciente1: Cambios Electrocardiográficos (ECG), revisión de empresa.
Paciente2: Cambios ECG en familiar de primer grado.

HISTORIA CLINICA:
Paciente1: Varón 29 años. Sin antecedentes personales ni consumo de fármacos o estupefacientes.AF: Primo materno fallecido muerte súbita (MS) a los 23 años. Asintomático. Exploración Normal. ECG Basal: Revisión de empresa (2011) Bloqueo de Rama derecha. Elevación ST V1-V2 y elevación del punto J en V2. ECG en consulta: Normal. Estimulación Eléctrica Programada: Patrón 1 Síndrome de Brugada (SBr), sin arritmias ventriculares.
Paciente2: Varón de 53 años. HTA. Tratamiento: Enalapril. AF: Primos MS entre 50-60 años. Padre: 83 años con elevación del ST V1-V2. BCRD. Asintomático. Exploración:Normal. ECG basal (2014): Normal. Test de Flecainida: Patrón 1 de SBr sin arritmias ventriculares.

JUICIO CLÍNICO: SBr, Patrón Tipo1. Puede observarse en varias patologías: IAM especialmente VD, Pericarditis, Hemopericardio, TEP, Trastornos Metabólicos, Hipotermia y consumo de fármacos y drogas; y desaparecen al corregir la causa. Su diagnóstico en ocasiones, es difícil porque el ECG puede ser cambiante. Al tratarse de una patología hereditaria (40% de los casos) y ser la causa principal de MS en menores de 40 años, es muy importante desarrollar adecuadas habilidades de comunicación durante la entrevista clínica.

TRATAMIENTO: Actualmente solo la implantación de DAI es el tratamiento de elección. No está indicado en pacientes asintomáticos con patrón ECG tipo1 detectable tras las pruebas de provocación farmacológica o que solo tengan historia familiar de MS.
Evolución: Actualmente los pacientes están asintomáticos, no han desarrollado ningún episodio de arritmias ventriculares ni cuadros sincopales.

CONCLUSIONES: El SBr presenta dos patrones ECG característicos, pueden ser cambiantes en el tiempo, coexistir o desencadenarse por fiebre, intoxicaciones, cambios electrolíticos o estimulación vagal. Los pacientes suelen permanecer asintomáticos o manifestarse como MS recuperada, TV polimórfica documentada o Sincope Cardiogénico. El diagnóstico se realiza al objetivar cambios ECG o por estudios familiares. Desde AP es fundamental conocer los patrones característicos, aportar información y manejar adecuadamente los fármacos y sustancias que puedan desencadenar arritmias ventriculares, tratamiento de los síndromes febriles, estudio de familiares de primer grado y revisiones periódicas en segundo nível.

DOR ABDOMINAL E ICTERICIA (REF 1509)

Costas Fernández, Tania; Rodríguez Blanco, Ana Fátima; Nieto Pol, Enrique

C. S. Concepción Arenal; C. S. A Estrada; C. S. Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria e especializada.

Muller de 79 anos que acode a consulta por dor abdominal e perda de peso de aproximadamente 7 kg en dous meses. Refire dixestións pesadas, acolia e coluria. Hábito intestinal conservado. Prurito en extremidades superiores. Non alerxias medicamentosas coñecidas. Non hábitos tóxicos. Amigdalectomizada, úlcera duodenal. Microcolelitiase. Tratamento domiciliario: Omeprazol 20, Orfidal.

EXPLORACIÓN FÍSICA:
TA 150/32 FC 57 lpm
COC. Bo estado xeral. Eupneica. Ictericia conxuntival.
ACP: rítmica, sen soplos. MVC. Non ruidos engadidos.
Abdome: brando, depresible, dor á palpación en epigastrio e hipocondrio dereito, hepatomegalia de dous traveses. Murphy negativo. Blumberg negativo. RHA presentes. PPRB -.

PROBAS COMPLEMENTARIAS:
Na análise de sangue destacan bilirrubina total 1.9, bilirrubina directa 1.7, AST 63, ALT 59, GGT 525, fosfatasa alcalina 460.
Seroloxías de hepatite e retrovirus negativas.
Ecografía de abdome: dilatación de vía biliar intra e extrahepática, visualizándose no interior do colédoco unha imaxe redondeada de 1.5 cm de ecoxenicidade media e que deixa sombra acústica posterior. Fígado de morfoloxía e ecoestructura dentro da normalidade.

XUIZO CLÍNICO: Coledocolitiase. Ictericia obstructiva.
A paciente padecía unha ictericia obstructiva secundaria a coledocolitiase que foi resolta mediante colanxiografía retógrada endoscópica. Actualmente atópase en lista de espera para colecistectomía profiláctica por ser portadora coñecida de microcolelitiase.

CONCLUSIÓNS: A coledocolitiase é a causa máis frecuente de ictericia obstructiva. Pode ser asintomática, cursar como cólico biliar ou complicarse con colanxite ou pancreatite aguda biliar. O feito de ter obstruido o conducto biliar principal ocasiona ictericia obstructiva con frecuencia. Os niveis medios de bilirrubina total en pacientes con coledocolitiase oscilan entre 1,5 e 1,9 mg/dl, e en menos do 30% dos casos superan os 4 mg/dl. É habitual atopar de maneira concomitante unha elevación das enzimas de colestase(FA e gammaglutamiltransferasa [GGT]), ocasionalmente, sobre todo se a obstrución é brusca, as transaminasas ALT y AST poden elevarse de maneira transitoria.
A ecografía abdominal convencional é o método de imaxe de primeira elección no estudo das vías biliares.

EDEMA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO : DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (REF 1538)

Paula Díaz Fernández; Leticia Noya Vázquez; Sueiro Justel, Jesús

Centro de Salud Concepción Arenal; Centro de Salud de Conxo; Centro de Salud Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Primaria, Urgencias y Especializada.

MOTIVOS DE CONSULTA: Edema en miembro inferior izquierdo.

HISTORIA CLÍNICA:
Antecedentes personales:
cardiopatía isquémica, diabetes mellitus insulinodependiente, dislipemia, úlcera gástrica. Ingresos: 2011 por sospecha de espondilodiscitis infecciosa, resección transuretral vesical en 2013 con anatomía patológica de carcinoma urotelial de alto grado.

Anamnesis:
varón, 61 años. Presenta edema en miembro inferior izquierdo desde hace 20 días. Refiere dolor en costado derecho de características pleuríticas con sensación disneica en decúbito en los últimos días. Realizamos eco doppler venosa en Atención primaria donde descartamos TVP pero de igual forma se decide el envío del paciente al servicio de Urgencias dado los antecedentes del mismo.

Exploración: aumento del perímetro de extremidad inferior izquierda. Edema rizomiélico con empastamiento distal sin cambios de coloración. Hommans negativo. No dolor con la compresión gemelar. Pulsos distales bilaterales presentes.

Pruebas complementarias :
- Analítica de sangre: Dímero D 2062 ng/ml, Creatinina 2.49 mg/dl, resto normal.
- ECO doppler venosa de miembros en bipedestación: permeabilidad de los sectores venosos femoral común, superficial y profunda, poplítea y plexos soleogemelares, sin datos ecográficos directos o indirectos de TVP. No varicoflebitis ni tromboflebitis.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Estudio de la familia y la comunidad: No relevantes.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:
Diagnóstico diferencial: TVP, TEP, Patología compresiva proximal.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Se decide ingreso en Oncología para completar estudio.

EVOLUCIÓN: Inicialmente se pospone el TAC abdominal por insuficiencia renal. Se hace ecografía abdominal hallando hidronefrosis bilateral por lo que se realiza nefrostomía percutánea. Posteriormente presenta deterioro progresivo del estado general que se relacionó con sepsis urinaria. Finalmente fallece. A pesar de no poder completar el estudio, dados sus antecedentes se presupone que dicho edema fue de origen compresivo por patología tumoral.

CONCLUSIONES: Las complicaciones secundarias a patología neoplásica pueden deberse a la evolución de la enfermedad, al tratamiento o a causas ajenas a la misma como se creía de entrada en nuestro caso.
Con esto pretendemos mostrar la utilidad de la ecografía en atención primaria siempre y cuando se disponga de ecógrafo y unas nociones mínimas para la exploración e interpretación ecográfica ya que en nuestro caso pudimos descartar una TVP en un paciente con elevado riesgo dado su tendencia al sedentarismo por su enfermedad oncológica sumado a los factores cardiovasculares del mismo.

EL TABAQUISMO, UNO DE NUESTROS PRINCIPALES ENEMIGOS (REF 1610)

Díaz Fernández, Paula; Noya Vázquez, Leticia; Pérez Val, Ana Mª
C. S. Concepción Arenal; C. S. Conxo; C. S. Pintor Colmeiro

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO. Atención Primaria y Especializada.

MOTIVOS DE CONSULTA: Disfonía y disnea.

HISTORIA CLÍNICA:
Antecedentes personales:
No alergias medicamentosas conocidas. Fumador: 30 cigarrillos/día desde los 15 años. Bebedor: vino con las comidas. HTA. Valsartán.

Anamnesis:
Varón de 59 años que consulta por cuadro de disnea de hace 1 semana, tos y escasa expectoración blanquecina, sin ortopnea, disnea paroxística nocturna, edemas en miembros inferiores ni disminución de diuresis. Refiere disfonía desde hace tres meses, tratada con corticoesteroides sin mejoría. Niega exposición a irritantes externos, reflujo gastroesofágico, traumatismos cervicales, antecedentes de intubación, acontecimientos vitales estresante o alergias conocidas, Presenta un hábito tabáquico importante.

Refiere astenia acentuada en las últimas dos semanas con anorexia y adelgazamiento de 5 kgs. Niega fiebre.

Exploración:
- Disneico, voz entrecortada. Saturación de Oxígeno: 97%.
- Auscultación cardiopulmonar: normal.
- Extremidades inferiores; sin edemas.
- Orofaringe: ausencia de hiperemia, hipertrofia o exudados. Úvula centrada, no abombamiento de pilares periamigdalinos. Pequeña adenopatía paracervical derecha no dolorosa ni adherida a planos profundos,
- Laringoscopia indirecta: anodina por importante reflejo nauseoso.
- Otoscopia: normal.
- No dolor en senos paranasales.

Pruebas complementarias:
- Analítica de sangre (hemograma, bioquímica, coagulación): normal.
- VSG: 30 mg/l.
- Rx tórax: estrechamiento focal del diámetro coronal de la tráquea a nivel del opérculo torácico en probable relación con la glotis.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: ESTUDIO DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD: Profesión: Albañil.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:
Diagnóstico diferencial: nódulo vocal, pólipos vocales, edema de Reinke, papilomas, granulomas, tumores malignos, artritis cricoaritenoidea, luxación de aritenoides, patologías extralaríngeas...

Juicio clínico: Probable proceso neoformativo a nivel laríngeo.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Se realizó Interconsulta con otorrinolaringología para iniciar estudio.

EVOLUCIÓN: Se realiza fibroscopia corroborando nuestra sospecha, diagnosticando al paciente de neoplasia hemilaríngea derecha que paraliza la cuerda vocal ipsilateral donde se realiza biopsia y se solicita TAC para completar estudio.

CONCLUSIONES: Los tumores malignos son causa frecuente de disfonías crónicas orgánicas. Es importante hacer hincapié en los factores de riesgo (tabaquismo y alcoholismo), otros agentes externos responsables, en la profesión desempeñada o patologías de base. El pronóstico se ensombrece notoriamente si se diagnostica en un estadío avanzado, por lo que ante estos cuadros el médico de familia precisa adoptar una actitud más pesquisa y remitir al especialista cuanto antes.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE. MÚLTIPLE SINTOMATOLOGÍA. (REF 1467)

Castro Cives, Ana; Ordóñez Agrafojo, Noemí; López Seijas, Carmen Sandra

C. S. Concepción Arenal – Santiago de Compostela; C. S. Conxo – Santiago de Compostela; Servicio de Urgencias del CHUS

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Servicio de Urgencias.

MOTIVO DE CONSULTA: Mareo

HISTORIA CLÍNICA: Mujer, 17 años. Antecedentes de poliartritis y Raynaud. Acude a urgencias por cuadro de dos días de evolución de mareo sin claro giro de objetos con vómitos asociados. Tratada previamente por su Médico de Atención Primaria con sulpirida y metoclopramida, interpretando cuadro como vértigo periférico, con escasa mejoría.

EF: Nistagmo horizontal que no se agota. Roomberg positivo con lateralización hacia la izquierda. Dismetría leve dedo-nariz izquierda. Marcha atáxica, con aumento de la base de sustentación. Resto de la exploración sin hallazgos.

Pruebas complementarias:
TAC craneal: Lesión hipodensa en sustancia blanca frontal izquierda de 27x22 mm.
RMN cerebral: Múltiples lesiones ovaladas en sustancia blanca hiperintensas, localización supra e infratentorial que muestran realce tras la administración de contraste, indicando actividad. Compatible con enfermedad desmielinizante en fase aguda.
Resto pruebas complementarias normales.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: sin antecedentes familiares.

JUICIO CLÍNICO: Brote agudo de Esclerosis Múltiple (EM).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Vértigo de origen periférico, tumores-malformaciones vaculares de SNC, vasculitis SNC, LES, lesiones inflamatorias/infecciosas (sarcoidosis, neurosífilis)

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:
- Inicio de tratamiento de forma precoz con objetivo de acortar la duración del brote, atenuar los síntomas y evitar complicaciones.
- Clasificar tipo de EM.
- Observar evolución para orientar su pronóstico.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Ingreso para iniciar tratamiento con Metilprednisolona y Natalizumab .

EVOLUCIÓN: Clínicamente estable, sin nuevos brotes. RMN cerebral de control sin nuevas lesiones. Realiza una vida normal.

CONCLUSIONES: La EM es un trastorno inflamatorio crónico desmielinizante del SNC de etiología incierta y fisiopatología autoinmunitaria. Es la enfermedad neurológica crónica más frecuente en adultos jóvenes en Europa y Norteamérica. El diagnóstico se apoya en datos clínicos, el resultado de las pruebas complementarias y la exclusión formal de otros procesos que generan diagnóstico diferencial. Deberíamos tener en cuenta esta patología en la consulta de AP y en los SUH, dada la amplia variedad de síntomas y signos con los que puede debutar, para así poder realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado, así como detectar de forma precoz las complicaciones tanto físicas como psicosociales que conlleva.

ESTA MANO NO SERÁ ALIENÍGENA, PERO TAMPOCO ES LA MÍA (REF 1553)

Patricia Felpete López; José María Rey Tasende; José Quintela Martínez

Centro de Salud de Vilanova de Arousa; Centro de Salud de Vilanova de Arousa; Consultorio de Baión

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria/Urgencias

MOTIVO DE CONSULTA: Parestesias y torpeza mano izquierda

HISTORIA CLÍNICA: Varón de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, síndrome de apnea obstructiva del sueño y prostatismo. Intervenido de prótesis total de rodilla bilateral. Exfumador con consumo acumulado de 20 paquetes/año. Bebedor de 2 UBE/día. Remitido al Servicio de Urgencias por su médico de Atención Primaria para realización de estudios por parestesias sin claro territorio radicular definido a nivel de mano izquierda de varias semanas de evolución y dificultad para manipulación y prensión.

El cuadro se interpretó inicialmente como síndrome del túnel carpiano y se indica cita preferente en Traumatología. Al día siguiente acude de nuevo a Urgencias por episodio autolimitado de diez minutos de duración de dificultad para la emisión del lenguaje con dudosa desviación de la comisura bucal a la izquierda y leve cefalea frontal opresiva derecha; persistiendo además las alteraciones sensito-motoras previas. A la exploración cognitivamente intacto, lenguaje sin alteraciones, pares craneales: leve desviación de comisura bucal a la derecha en actividad que no se objetia en reposo.

Dorsiflexores de muñeca izquierda 4+/5, leve lentificación en motricidad fina, pinzas funcionales, debilidad mínima, prensión conservada. Sensitivo sin alteraciones. Tono normal. Reflejos hipoactivos generalizados. Resto sin alteraciones. Con sospecha inicial de AIT se realiza TC craneal en el que se objetiva masa frontal derecha sugestiva de tumoración de estirpe glial y edema cerebral con desviación de la línea media.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Casado. Un hijo en paro. Esposa: ama de casa. Jubilado, previamente encargado de fábrica de piezas metálicas. Activo: realiza labores en su huerta, etc.

JUICIO CLÍNICO: Glioblastoma multiforme

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: AIT. Radiculopatía C6-C7 izquierda.

TRATAMIENTO/PLANES DE ACTUACIÓN: Intervenido quirúrgicamente con exéresis subtotal de la lesión que desplazaba e infiltraba el área motora del brazo y radioterapia postquirúrgica.

EVOLUCIÓN: El paciente presenta evolución tórpida con déficits neurológicos progresivos. Exitus a los 14 meses del diagnóstico.

CONCLUSIONES: Entre las causas de alteraciones sensitivo-motoras a nivel de la mano los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria han de contemplar la posibilidad de patología neurológica central grave subyacente además de las neuropatías periféricas.

ESTREÑIMIENTO "DE NOVO" (REF 1497)

Formigo Couceiro, Francisco Javier

Medicina Familiar y Comunitaria, área de Santiago de Compostela

ÁMBITO DEL CASO: servicio de urgencias

MOTIVO DE CONSULTA: estreñimiento

HISTORIA CLÍNICA: Paciente mujer de 43 años de edad. Dislipemia a tratamiento con rosuvastatina. En los últimos seis meses, de forma ocasional, ha presentado sangre con la deposición y episodios de estreñimiento. Ha sido vista en el servicio de digestivo donde solicitan colonoscopia (con cita para 15 meses después de la consulta). Acude de nuevo a atención primaria por estreñimiento. Se pautan laxantes (lactulosa cada 8h) sin clara mejoría. Meses después, decide consultar en urgencias de su hospital de referencia, donde se pautan medidas higiénico-dietéticas y se ajusta el tratamiento sintomático.
Dado que el estreñimiento persiste y aparece dolor abdominal vuelve al servicio de urgencias. En la exploración abdominal los ruidos hidroaéreos están conservados, existen molestias difusas y parece palparse una zona de mayor consistencia en fosa iliaca izquierda. Ante la mala evolución que ha tenido la paciente y la exploración abdominal anormal se solicita estudio analítico y radiológico (no existente previamente).
En la analítica de sangre llama la atención la presencia de anemia microcítica y trombocitosis reactiva (ambas ligeras). La radiografía de abdomen se informa como: gas en colon derecho y transverso, con escaso gas en colon izquierdo sin demostrarse significativo paso de gas distal en la proyección en prono, con distensión de un asa de intestino delgado en flanco izquierdo.

La presencia de estreñimiento pertinaz unido a la anemia microcítica (previamente no conocida), la exploración física y el patrón de gas en la radiografía de abdomen nos hacen sospechar la presencia de un proceso obstructivo a la altura del sigma (donde parece palparse una masa).
Se solicita cita en vía clínica de cáncer de colon con volante muy preferente para colonoscopia, que se realiza a los cinco días, confirmando la presencia de un proceso tumoral en colon sigmoide.

CONCLUSIONES: La presencia de un estreñimiento "de novo" que persiste en el tiempo debe levarnos a una exploración física detallada y al seguimiento intensivo de la paciente. Ha sido la palpación abdominal cuidadosa el dato más importante para orientar inicialmente el diagnóstico. Ante ciertas sospechas clínicas, el tiempo sí es importante.

ESTUDIANDO EL SÍNDROME MONONUCLEÓSIDO (REF 1495)

Frade Fernández, Ana María; Puga Barrau, Laura; Puga Bello, Ana Belén

EOXI A Coruña. C.S. Sobrado; EOXI A Coruña. Atención Primaria. C.S.Cabana; EOXI A Coruña. Atención Primaria. C.S.Vilasantar

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Malestar general y fiebre

HISTORIA CLÍNICA
Antecedentes personales: Sin interés. Comercial (trato al público).

Anamnesis, Exploración física y Pruebas complementarias: Mujer, 60 años. Acude por malestar general de 3 dias con picos febriles de hasta 39ºC y sequedad de boca. Sólo advertimos xerosis lingual y 37.5ºC Solicitamos analítica y Rx tórax, resultados vistos en 1 semana (ambos anodinos) con persistencia clínica se pauta Amoxicilina-Clavulánico 1000/62.5 mg no presentando mejoría se añade Levofloxacino 500 mg obteniendo mismo resultado. Una nueva anamnesis detallada y reexploración física continúan sin aportar nuevos datos Se solicitan anticuerpos Epstein-Barr/VIH/Toxoplasma/Herpes virus (negativos) y nueva analítica con frotis en sangre periférica:

- Leucocitosis 26.260, linfocitosis 18.500 (blastos 14%) compatible con SMDL (LLC)
- FA 593, GGT 435, GPT 140, GOT 75.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y ENFOQUE: A pesar del informe Hematológico, parecía discordar el resultado del frotis con el aumento de marcadores hepáticos. Igualmente, se deriva a Urgencias: se decide ingreso para estudio de lo que parece corresponder a una clínica de síndrome mononucleósico:

- Hemograma: evolución lenta pero favorable, hipertransaminemia persistente.
- Ecografía abdominal/Rx tórax/EKG: anodinos.
- Serología: AC Ig G y M Citomegalovirus positivo.
- Frotis en sangre periférica: linfocitos activados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: enfermedades hematológicas, infección por VEB/adenovirus/rubéola/virus hepatitis/brucelosis/virus parotiditis/tuberculosis/primoinfección por VIH/virus herpes humanos/ toxoplasmosis/otras infecciones. Fármacos (carbamazepina…).

JUICIO CLÍNICO: Síndrome Mononucleósido por CitoMegalovirus.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN: Se pautó tratamiento sintomático, permaneciendo estable. La Ig M a CMV apoyó el diagnóstico de primoinfección por el mismo. La recuperación clínica fue progresiva (duración de 1 mes desde su inicio). Tras el alta, se realizó seguimiento analítico de la paciente demostrando total resolución del hemograma en 1 mes y hepática/ bioquímica en 4 meses.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de los síndromes mononucleósidos es básicamente clínico y serológico. Los hallazgos del hemograma y las alteraciones en el perfil bioquímico hepático aparecen con elevada frecuencia (linfocitosis, aumento de transaminasas entre 5 y 10 veces su valor normal) y no siempre desde su inicio. No dejemos de perseguirlos…

EU SUBIR SUBÍN, PERO BAIXAR... XA É FARIÑA DOUTRO COSTAL (REF 1555)

Patricia Felpete López; José Quintela Martínez; Liliana Doval Oubiña

Centro de saúde de Vilanova de Arousa; Consultorio de Baión; Centro de saúde de Vilagarcía de Arousa

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria/Urxencias

MOTIVO DE CONSULTA: Lumbociatalxia esquerda

HISTORIA CLÍNICA: Muller de 58 anos con antecedentes de hipotiroidismo e lumbalxia crónica. Intervida para exéresis de pólipos endometriais. Traballa como mariscadora. Acude de modo urxente ó centro de saúde por cadro de lumbociatalxia esquerda mecánica iniciado tras erguerse da cama esa mañá sen antecedente traumático nin sobresolicitación lumbar. Á exploración presentaba signo de Lassègue esquerdo dubidoso sen outros datos de interese. Adminístrase AINE e miorelaxante vía intramuscular e permanece en observación con melloría sintomática. Ó erguerse da padiola obxectiváse déficit motor con pé esquerdo péndulo e marcha en estepagge. A exploración neurólogica mostra balance muscular de dorsiflexores de nocello esquerdo 0/5, extensor do primeiro dedo 0/5, resto 5/5 global. Sensitivo: Hipoestesia tacto-alxésica nos dermatomas L4-L5 esquerdos. Reflexos miotáticos ++/++ xeralizados. Lassègue e Bragard negativos. Neri negativo. Contracción anal presente e reflexo bul-

bocavernoso positivo. Ante a existencia de cadro de lumbociatalxia con signos de alarma remítese a hospital de referencia. Realízase TC de columna lumbar no que se evidencia estenose foraminal L5-S1 e densidade de partes brandas compatible con hernia discal focal paramedial esquerda migrada caudalmente con severo compromiso da raíz L5.

ENFOQUE FAMILIAR E COMUNITARIO: Sen interese

XUIZO CLÍNICO: Radiculopatía sensitivo-motora L4-L5 aguda. Hernia discal L4-L5 extruída. Estenose foraminal severa L5-S1 con compromiso radicular.

DIAGNOSE DIFERENCIAL: Parálise do ciático poplíteo externo

TRATAMENTO/PLANS DE ACTUACIÓN: Iníciase tratamento esteroideo en Urxencias. Leve melloría do déficit a nivel de dorsiflexores de nocello (2/5). Tras 24 horas de observación desenrolo de parestesias nos territorios anteriormente indicados, así como fasciculacións a nivel de masa xemelgar. Un mes máis tarde de realizase resonancia lumbar que confirma a diagnose e remítese a Unidade de referencia de patoloxía de columna. É intervida cirúrxicamente 8 meses despois mediante discectomía L4-L5 e artrodese L4-S1.

EVOLUCIÓN: Persiste déficit motor e sensitivo e precisa uso de ortese antiequina para a marcha.

CONCLUSIÓNS: É preciso clasificar os pacientes con dor lumbar en tres grupos: dor lumbar inespecífico, patoloxía vertebral grave e pacientes con afectación neurolóxica relevante. Na dor lumbar a exploración física serve fundamentalmente para confirmar as sospeitas fundadas na anamnese.

HEMATOMA PERIORBITARIO ESPONTÁNEO COMO POSIBLE EFECTO SECUNDARIO DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL. (REF 1587)

Rego Sieira, Esther; Gonzálvez Rey, Jaime
Centro de Saúde Matamá, Vigo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Hematoma periorbitario izquierdo.

HISTORIA CLÍNICA:
Antecedentes personales: Alergia a Sulfamidas, parafenilenodiamina, colorantes azoicos, antestésicos del grupo para amino y níquel. Dislipemia. FA crónica anticoagulada con Sintrom. Insuficiencia mitral leve. Glaucoma de ángulo abierto. Hipotiroidismo. Sordera.

Anamnesis: Paciente que acude a consulta por aparición brusca de hemotoma periorbitario de izquierdo sin traumatismo previo. No dolor, no disminución de la agudeza visual, fotopsias, o sensación de cuerpo extraño.

Exploración: TA: 130/75. Consciente orientada, colaboradora. Glasgow 15. Pupilas isocóricas normorreactivas. Motilidad ocular extrínseca normal. Campimetría normal. Hematoma periorbitario izquierdo que afecta a ambos párpados, esclerótica libre. Agudeza visual conservada.

Pruebas complementarias: Hemograma: Sin alteraciones. Coagulación: Normal. INR de 2.19. Bioquímica: Ácido úrico de 7. Resto normal. Hormonas tiroideas: Normales. Interconsulta telefónica con Hematología donde se descartó acenocumarol como posible causa de hematoma, ya que los niveles de INR se encontraban en rango correcto. Interconsulta telefónica a Oftalmología donde se nos explicó que el Saflután en ocasiones puede puede producir tinción cutánea en forma de máscara orbitaria, en ambas orbitas de forma irregular.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Tinción periorbitaria secundaria a colirio.

TRATAMIENTO: Se sustituyó el Saflután por Azopt, con mejoría y desaparición del síntoma.

CONCLUSIONES: El glaucoma de ángulo abierto puede tratarse con diferentes fármacos:
-Análogos de la prostaglandina: Bimatoprost, Travoprost, Latanoprost, Tafluprost.
-Antagonistas beta adrenérgicos: Levobunolol, Betaxolol, Carteolol, Timolol.
-Inhibidores de la anhidrasa carbónica: Brinzolamida, Dorzolamida, Acetazolamida, Metazolamida.
-Agonistas alfa adrenérgicos: Brimonidina.
-Mióticos: Pilocarpina.

Cualquiera de ellos puede provocar efectos secundarios como: hiperemia conjuntival, visión borrosa, lagrimeo, sequedad, fotofobia, etc. Es típico por los análogos de las prostaglandinas alteraciones en la longitud, espesor de las pestañas. Y en menor medida oscurecimiento del iris, e incluso párpado.

En el caso de nuestra paciente se presentó con un efecto secundario achacado a la anticoagulación. Es clásico pensar en el Sintrom como primera causa ante cualquier hematoma espontáneo y/o traumático, pero en este caso resultó no ser el responsable.

HEMATURIA DUN ANO DE EVOLUCIÓN (REF 1507)

Costas Fernández, Tania; Rodríguez Blanco, Ana Fátima; Nieto Pol, Enrique
Centro de Saúde Concepción Arenal; Centro de Saúde A Estrada; Centro de Saúde Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria e especializada.

MOTIVO DE CONSULTA: Hematuria.

ANTECEDENTES PERSOAIS: Non alerxias medicamentosas coñecidas. Non hábitos tóxicos. Gandeiro. Non antecedentes de interés.
Paciente de 44 anos que acode a consulta por episodios de hematuria dun ano de evolución, nalgunha ocasión con presenza de coágulos. Non dor abdominal, non síndrome miccional, non febre, non síndrome constitucional, non clínica respiratoria nin dixestiva.

EXPLORACIÓN:
COC. Bo estado xeral. Eupneico.
ACP: rítmica, sen soplos. MVC. Non ruidos engadidos.
Abdome: brando, depresible, no doloroso á palpación, non masas nin megalias. Murphy negativo. Blumberg negativo.RHA presentes. PPRB -.

PROBAS COMPLEMENTARIAS:
Análise sangue : normal. Orina: 5-10 hematíes/campo.
Derívase ó paciente ó Servizo de Urxencias para completar estudos. Alí realizan ecografía abdominopélvica evidenciándose en vexiga urinaria dúas lesións ecoxénicas, unha aproximadamente de 35 mm situada na parede interna posterolateral dereita, e outra de 40 mm situada na parede interna anterolateral esquerda, suxestivas de proceso neoformativo.
Tras ser valorado o paciente polo Servizo de Uroloxía programan RTU vesical.
Anatomía patolóxica: carcinoma papilar urotelial de baixo grao que infiltra o tecido conectivo subepitelial respetando a capa muscular propia(pT1).

XUÍZO CLÍNICO: Carcinoma urotelial de baixo grao(pT1).

CONCLUSIÓNS: o carcinoma vesical é a neoplasia maligna máis frecuente do aparato urinario.É catro veces máls frecuente en homes que en mulleres. O hábito de fumar considérase o factor de risco máis importante para padecer este tipo de doenza. Aínda que neste caso, estamos ante un paciente de 44 anos non fumador. O 80% dos tumores vesicais son superficiais no momento do diagnóstico, soen debutar con hematuria que pode acompañarse de disuria . A ecografía é a proba de imaxe inicial ante a sospeita dun carcinoma vesical.

HEPATITIS TÓXICA POR KH7 EN MUJER DE 60 AÑOS (REF 1514)

Garrote Gómez, Berta Mª; Rodríguez Crespo, Pablo; Herrero de Padura, Ignacio

C. S. San José B – A Coruña; C. S. Acea de Ma – Culleredo; C. S. San José B – A Coruña

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Prurito.

HISTORIA CLÍNICA: Mujer de 60 años, hipertensa a tratamiento con enalapril, que acude a consulta por prurito generalizado y dolor en hipocondrio derecho de 10 días de evolución, sin lesiones cutáneas ni otra clínica por aparatos. En la anamnesis dirigida la paciente refiere que el cuadro comenzó tras la inhalación involuntaria de un producto de limpieza desengrasante (KH7), que utilizó en su domicilio durante una semana. A la inspección, la paciente presenta buen estado general, sin ictericia. Las constantes vitales son normales.

En la exploración física por aparatos los hallazgos no son significativos. Se solicita bioquímica, hematimetría, perfil hepático, IgE, sedimento de orina y parásitos en heces. Se prescribe un antihistamínico como tratamiento sintomático. En la analítica llama la atención colestasis disociada con bilirrubina total 1,4 mg/dl, fosfatasa alcalina 520 UI/L, GOT 1063 UI/L, GPT 2824 UI/L y GGT 638 UI/L. Se solicitan posteriormente ecografía abdominal, serologías, marcadores tumorales, hormonas tiroideas y se remite a la paciente a la consulta de Medicina Interna que completa estudio con proteinograma y autoinmunidad.

Todos los resultados fueron anodinos y un mes después, tras evitar exposición a dicho producto, se comprueba la normalización de parámetros hepáticos y cese del prurito.

JUICIO CLÍNICO: Hepatitis tóxica tras inhalación de producto de limpieza.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Hepatitis tóxica (medicamentosa, por hierbas y suplementos dietéticos), hepatitis infecciosa, hepatitis alcohólica, hepatitis autoinmune.

TRATAMIENTO: Evitar exposición al producto de limpieza.

CONCLUSIONES: La hepatitis tóxica es una inflamación aguda del hígado en relación con fármacos ó exposición a químicos tóxicos. El diagnóstico de la hepatitis tóxica es un diagnóstico complicado, dado que no existe ninguna prueba específica para ello. Se trata de un diagnóstico de exclusión, por lo tanto, es obligado descartar otras causas de hepatopatía. La clave está en realizar una completa anamnesis y exploración física, interrogando al paciente sobre la ingesta de productos, medicamentos ó uso de tóxicos.
También es importante establecer una relación cronológica entre el comienzo de la clínica y exposición al producto, y a su vez la remisión del cuadro tras su evitación.

HEPATOTOXICIDAD POR ATORVASTATINA (REF 1501)

Docampo Carro, Inés; Martínez Varela, Alejandro

C. S. Culleredo; C. S. Elviña

Mujer de 86 años con antecedentes personales de HTA, DLP y cardiopatía isquémica que acude a consulta de AP por cuadro de 10 días de evolución de prurito generalizado, sin predominio de localización, no acompañado de lesiones cutáneas, dificultad respiratoria ni otra clínica por aparato de interés. En la exploración clínica no se evidencian alteraciones significativas, únicamente mínimas lesiones de rascado de predominio en extremidades y tronco, con ausencia de ictericia, datos sugestivos de hepato o esplenomegalia en la palpación abdominal o lesiones vasculares. Ante estos hallazgos, la edad de la paciente y sus antecedentes personales (nulo consumo de alcohol) se decide realizar analitica de sangre donde se evidenció una elevación de transaminasas (GOT 323, GPT 363, GGT 1380) y datos de colestasis, con hiperbilirrubinemia de predominio directo (FA 3973, BT 2,04 y BD 1,61), el proteinograma obtuvo parámetros dentro de la normalidad y la serología de VHB, VHC, CMV y EBV resultaron negativas .

En las pruebas de imagen (ecografia abdominal y colangio-RM) no se evidenciaron presencia de LOEs o datos sugestivos de litiasis. Ante el antecedente de cambio de tratamiento hipolipemiante hacía 5 meses (atorvastatina por pravastatina), se decidio suspender dicho fármaco con control analitico a los 10 días en el que se motró descenso de las transaminasas, de la FA y normalizacion de la bilirrubina; en dicho momento la paciente se encontraba asintomática con desaparición del prurito. Ante los resultados analíticos y de las pruebas de imagen y la desaparición de la clínica y mejoría analítica tras la retirada del tratamiento farmacológico (atorvastatina) se diagnosticó a la paciente de hepatotoxidad secundaria a la toma de atorvastatina, con seguimiento analítico hasta la normalización de los parámetros alterados y supresión del tratamiento hipolipemiante.

Como conclusión ddebemos de tener en cuenta que la toma de productos de herboristería y farmacológicos pueden producir aumento de las enzimas hepaticas y dar patrones de colestasis.

HIPOGLUCEMIA CON HIPERGLUCEMIA (REF 1516)

Barreiro Cambeiro, Alicia; Félez Carballada, María; Alvar Pariente, Sara

Centro de saúde de Elviña - A Coruña

Varón de 79 anos cos antecedentes persoais de: exfumador. Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus. Dislipemia. Cardiopatía isquémica, portador de dous by-pass coronarios. Valvulopatía mitral. Insuficiencia cardíaca. EPOC. Glaucoma. Intervido de cáncer de vexiga, con remisión completa.

Segue tratamento habitual con Insulina Lantus (20 UI á cea), Tromalyt 150 mg (1cp/ día), Atorvastatina 20 mg (1cp/ día), Carvedilol 25 mg (medio cp/ 12 horas), Furosemida mg (1cp/ día), Amiodarona mg (1cp/ día), Enalapril 5 mg (1cp/ día), Omeprazol 20 mg (1cp/ día).

Independente para ABVD. Vive en A Coruña con familiares, con bo soporte familiar.

Acude á nosa consulta de Atención Primaria por notar bruscamente en domicilio astenia, palidez cutánea e hipersudoración fría que comezan ese mesmo día sobre as 13:30 horas. Non relata dor torácica nin palpitacións nin disnea nin outra clínica acompañante. O paciente faise BMtest en domicilio, con resultado de 180.

Á exploración física na consulta, persiste glucemia de 180. TA de 142/80 mmHg, FC de 58 lpm, ACP normal salvo roncus bilaterais. Resto anodino. Realízase electrocardiograma, sen obxectivarse datos de patoloxía aguda.

Pensando nunha hipoglucemia con hiperglucemia reactiva, ofrécese a beber auga azucarada, con melloría sintomática substancial.

Derívase ao hospital, descartándose outras causas responsables da clínica do paciente.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: O fenómeno de Somogyi é un cadro clínico compatible con hipoglucemia con cifras elevadas de glucemia.

Soe producirse en diabéticos que reciben unha dose nocturna de insulina, nas horas de máxima acción de esta, produce unha hipoglucemia que desencadea unha hiperglucemia e cetosis reactivas matutinas (por liberación de hormonas contrarreguladoras como glucagón, catecolaminas, corticoides (ACTH) e hormona do crecemento, que estimulan a lipólise, a gluconeoxénese e a glucoxenolise, aumentando os niveles séricos de glucosa), o cal se pode malinterpretar como resultado dunha dose insuficiente de insulina nocturna.

INDIGESTIÓN CORONARIA (REF 1579)

Fariña Rey, Laura; Rilo Castelao, Ana; Zamora Casal, Ana
Centro de Salud Os Mallos; Centro de saúde de Cambre; Centro de saúde de Cambre

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor epigástrico

HISTORIA CLÍNICA: varón de 50 años que acude a consulta con su Médico de Atención Primaria por cuadro de epigastralgia. El paciente no presenta factores de riesgo cardiovascular ni alergias. Como único antecedente de interés: Fumador de 40 cigarrillos/día. No tratamiento de forma habitual.
Acude a consulta porque refiere que dos días antes mientras se encontraba trabajando (el paciente trabaja como administrativo) presenta un dolor en región epigástrica que se acompaña de sensación nauseosa sin llegar a vomitar. Asimismo, refiere eructos frecuentes que aliviaban parcialmente el dolor. El dolor se irradiaba a raíz de ambos brazos y tuvo una duración aproximada de un par de horas. Progresivamente el dolor va aliviando hasta desaparecer la molestia.
A la exploración física del paciente: TA: 157/95 Fc 86 lpm Sat O2 97%. Exploración por aparatos sin alteraciones. Realizamos ECG donde se objetiva: Ritmo sinusal a 90 lpm con supradesnivel del segmento ST en II, III y AVF con ondas Q acompañantes.

Ante este resultado, administramos AAS y decidimos derivar al paciente debidamente constanteado en ambulancia al hospital para completar estudios:
- Rx Torax: Sin alteraciones
- Analítica y Coagulación anodinas
- Marcadores de daño miocárdico: Troponina I 14,48 ng/ml

JUICIO CLÍNICO: Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST

TRATAMIENTO: Ante este diagnóstico el paciente es ingresado en la UCI Coronaria realizándose ecocardiograma donde se objetiva una FEVI sin alteraciones. Posteriormente es sometido a un cateterismo reglado que evidencia estenosis del 50% del TCI+ 1 vaso. Se colocan 2 stent coronarios y se inicia tratamiento médico

CONCLUSIONES: Este caso pretende resaltar la importancia de las presentaciones atípicas del síndrome coronario (Náuseas, vómitos, epigastralgia, indigestión, disnea, palpitaciones...). Fundamental descartar que cualquiera de ellas se trate de un evento coronario mediante tres pilares fundamentales en Atención Primaria: Anamnesis, exploración física y ECG. Asimismo, muy importante la actuación y derivación precoz ante el diagnóstico para mejorar al máximo el pronóstico del cuadro.

LA IMPORTANCIA DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (REF 1534)

Noya Vázquez, Leticia; Díaz Fernández, Paula; Proupín Vázquez, Norberto
C. S. Conxo; C. S. Concepción Arenal; C. S. Conxo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVOS DE CONSULTA: Diarrea

HISTORIA CLÍNICA: Antecedentes personales, Anamnesis, Exploración, Pruebas complementarias.
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. DLP. Atorvastatina.

Anamnesis: Mujer de 77 años que consulta porque desde hace tres semanas presenta cinco deposiciones diarias, líquidas sin productos patológicos, asociando sensación de distensión y dolor abdominal de tipo cólico que alivia con la defecación. Niega tenesmo o incontinencia fecal. No presenta náuseas, vómitos ni anorexia. Refiere pérdida de peso de 2 kg desde el inicio del cuadro. Ausencia fiebre, sensación distérmica u otro tipo de manifestaciones.

Niega ingesta de alimentos en mal estado, viajes recientes, convivientes afectados, estancia en lugares con aire acondicionado, acontecimiento vital estresante o nueva medicación.

Exploración:
- Índice de masa corporal: 25 kg/m2.
- Normohidratada, nomoperfundida y normocoloreada. Afebril.
- Abdomen: ruídos presentes, globuloso, blando, depresible, no doloroso, ausencia de masas o megalias, timpanismo. Pulsos femorales presentes y simétricos. Ausencia de adenopatías inguinales o en otras localizaciones.
- Tacto rectal: se descartan hemorroides externas, fisuras, fístulas, úlceras... Tono esfinteriano normal, no se palpan masas en ampolla rectal. Dedil de guante: restos de deposiciones sin productos patológicos.

Pruebas complementarias:
- Analítica de sangre (hemograma, bioquímica, coagulación): normal.
- VSG normal, PCR: 5 mg/l.
- Marcadores (CEA): negativos.
- Anticuerpos antiendomisio, antigliadina, antitransglutaminasa.
- Inmunoglobulinas: negativos.
- Test de Helicobacter Pylori: negativo.
- Sangre oculta en heces: negativa.
- Coprocultivo: Salmonella serotipo Enteritidis sensible a Ciprofloxacino.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Estudio de la familia y la comunidad: Sin interés.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: El diagnóstico se hace en función de la clínica, antecedentes y etiología: infecciosa, inflamatoria, osmótica, secretora, malabsortiva, alteración de la motilidad, neoplásica, fármacos…

Juicio clínico: Diarrea persistente relacionada con infección por Salmonella Enteritidis.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Se inició tratamiento con Ciprofloxacino y medidas higiénico-dietéticas.

EVOLUCIÓN: Mejoría tras antibioterapia.

CONCLUSIONES: Las Salmonellas son los patógenos más frecuentes en la diarrea bacteriana como la S.enteritidis. El reservorio natural es el tubo digestivo de los animales, domésticos o salvajes. Las personas portadoras crónicas también constituyen un reservorio. La clínica es de carácter leve y autolimitado, resolviéndose en menos de 10 días. La mortalidad en nuestro medio es prácticamente nula. El diagnóstico definitivo depende del aislamiento del microorganismo en el coprocultivo. El tratamiento va encaminado a erradicar el germen y es importante hacer hincapié en medidas preventivas.

LESIÓN PLANTAR (REF 1536)

Paula Díaz Fernández; Leticia Noya Vázquez; Jesús Sueiro Justel
Centro de Salud Concepción Arenal; Centro de Salud de Conxo; Centro de Salud Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

AMBITO DEL CASO: Atención primaria y especializada.

MOTIVOS DE CONSULTA: Lesión plantar dolorosa en pie derecho de 1 mes de evolución.

HISTORIA CLINICA:
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertensión arterial. DMNID. FA. Insuficiencia cardiaca. Tratamiento: Enalapril, pantoprazol, sintrom, metformina.

Anamnesis: Paciente de 78 años que acude por dolor y cambio de coloración en arco plantar derecho. En el primer momento presenta lesión eritematosa con aparente puerta de entrada por lo que sospechando una infección cutánea se aplica antibioterapia sin presentar mejoría. Finalmente se decide realizar biopsia cutánea y enviar la muestra a anatomía patológica.

Exploración: A nivel de arco plantar una lesión irregular eritematoviolacea con distintos tonos de coloración en su extensión, dolorosa al tacto, no elevada ni indurada, pudiendo observarse aisladas telangiectasias.

Pruebas complementarias:
Ecografía (realizada de forma particular): Descarta la presencia de cuerpo extraño.
Dermatoscopio: Presencia de telangiectasias arboriformes, vasos en horquilla sobre un fondo amarillento.
Anatomía patológica: Discreta hiperplasia epidérmica, acompañada a nivel de la dermis de fibrosis y proliferación endotelial perivascular con engrosamiento de la pared de los vasos. No se evidencia vasculitis.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Sin relevancia.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: Se plantearon como diagnóstico diferencial previo a biopsia:

1. Vasculitis
2. Granuloma anular.
3. Necrobiosis lipoídica.
4. Xantogranuloma necrobiótico.

Finalmente tras la recepción de la anatomía patológica la descripción es compatible con el diagnóstico de necrobiosis lipoídica.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: No hay cura para la necrobiosis lipídica; por lo tanto, el tratamiento se centra en la gestión de los signos y síntomas de la enfermedad mediante la inhibición del proceso inflamatorio y evitación de ulceraciones. Por lo que tras la resolución de la lesión producida por la realización de la biopsia se pauta corticoterapia tópica.

EVOLUCIÓN : Actualmente presenta una evolución lenta pero favorable con la aplicación tópica de pimecrólimus que mantendremos un tiempo prudencial en el cual si no acaba de presentar una clara mejoría aplicaremos corticoides intralesionales.

CONCLUSIONES: La aplicabilidad de este caso en la Medicina Familiar y Comunitaria reside en la diversidad de patología dermatológica que se observa en Atención Primaria y la sencilla resolución en los casos más difíciles con una simple biopsia cutánea cuando estos no acaban de presentar mejoría a pesar de tratamiento.

LESIÓN RETINIANA SIN ESTUDIAR ¿SIEMPRE OCURRE LO MÁS FRECUENTE? (REF 1519)

Vidal Blanco, Laura; Mendez Rial , Susana; Castro Pazos , Manuel
Centro de Salud Monteporreiro (Pontevedra)

DESCARGAR PDF

Mujer de 35 años que acude a consulta de Atención Primaria por pérdida de agudeza visual en ojo izquierdo desde hace 2 años. Refiere haber estado en Argentina hace dos años y ser diagnosticada de Toxoplasmosis; no refiere otros antecedentes personales de interés.

En la exploración: Campimetría por confrontación con pérdida de la visión central, conserva la periférica. Retinografía con imagen con cicatriz macular corio-retiniana.
Ante una retinografía que nos muestra una lesión cicatricial junto con los síntomas previamente expuestos hay que considerar la posibilidad de estar ante una coriorretinitis, pero, ¿a qué será debido?

Para el diagnóstico etiológico hay que plantearse una serie de preguntas:

- ¿Ha habido sífilis, enfermedad por arañazo de gato, histoplasmosis, tuberculosis, toxoplasmosis, u otras enfermedades (sarcoidosis)?
- ¿Hay alteraciones inmunitarias?
- ¿El individuo ha notado visión borrosa o disminuida, fotofobia, u objetos flotantes? ¿Los síntomas ocurrieron de manera gradual o repentina?
- ¿Hay dolor?
- ¿Se han excluido padecimientos que generan síntomas similares?
- ¿Se han efectuado pruebas para enfermedades relacionadas con coriorretinitis?

Por lo tanto se solicita: serología (LUES negativo, Toxoplasma gondii IgG negativo, Toxoplasma gondii IgM negativo, hepatitis B negativo, Hepatitis C negativo, VIH negativo, CMV IgG positivo, CMV IgM negativo, Varicela Zoster IgM negativo.), Mantoux negativo. Hemograma y bioquímica básica sin alteraciones. Radiografía de tórax normal.

Se realiza interconsulta con Oftalmología: reflejos pupilares conservados, motilidad ocular normal, av sin gafas: OD 1 y OI MM, auto-refractómetro: OD - 2.75 -1.25 a 15º y OI - 3.75 – 1.25 a 170º. Anejos normales. Polo anterior de ambos ojos normal. Fondo de ojo con Tropicamida: OD normal y OI con cicatriz macular corio-retiniana.

Por lo regular una coriorretinitis por Citomegalovirus se presenta similar a la de la Toxoplasmosis, por lo que se debe realizar el diagnóstico diferencial entre ambas; la toxoplasmosis tiene alta prevalencia en América y el porcentaje de pacientes con anticuerpos a la enfermedad crece según aumenta la edad, por lo que ser inmunológicamente positivo no asegura una infección activa.
Finalmente, se concluye diagnóstico de Coriorretinitis en ojo izquierdo causada por Citomegalovirus con pérdida de visión central secundaria.

LESIONES NODULARES: LAS 5 "L" (REF 1480)

Teijeiro Blanco, Pilar; Quiroga Luis, Alba
C. S. Culleredo; C. S. San José

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: atención primaria

MOTIVO DE CONSULTA: lesiones nodulares de 5 meses de evolución en escote y espalda (fotos)

ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés. No tratamiento domiciliario ni hábitos tóxicos

ANAMNESIS: Lesiones nodulares múltiples en escote y espalda. Inicio abrupto y crecimiento rápido, sin desencadenante aparente (fármacos, picaduras o modificaciones higiénico-dietéticas). No otra sintomatología asociada.

Exploración física: sin relevancia salvo piel. Múltiples nódulos muy sobreelevados, de unos 15 mm, infiltrados en escote y espalda, no doloroso ni pruriginosos. Eritematosos, no desaparecen a la digito presión. No dermatografismo. Nikolsky negativo.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y hemostasia sin alteraciones

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: En esta paciente nos planteamos el diagnóstico diferencial entre las 5 entidades conocidas nemotécnicamente como Las 5 "L"

- Erupción Lumínica Polimorfa Solar (ELPS)
- Infiltración Linfocítica Cutánea de Jessner- Kanof (ILCJ)
- Linfocitoma cutis/ Pseudolinfoma B
- Lupus eritematoso (variante tumidus)
- Linfoma B

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN TRAS BIOPSIA: Linfoma no Hodking B de bajo grado en la zona marginal (linfoma SALT)

PLANES DE ACTUACIÓN: Se realiza RX tórax y TAC tóraco-abdomino-pélvico para estadiaje y descartar afectación sistémica (PENDIENTE) y plantear inicio de tratamiento.

CONCLUSIONES: Se describe un caso de una mujer de 44 años que presentó lesiones nodulares infiltradas. Establecer el diagnóstico diferencial de las 5 "L" exige conocer las generalidades de cada entidad, así como una correcta anamnesis, labor que se puede realizar desde atención primaria. Dado que las lesiones no se modifican con exposición solar, se descarta ELPS. El hecho de ser lesiones múltiples y de rápida instauración y crecimiento, hace poco probable el diagnóstico de linfoma cutis y de ILCJ, y potencia un probable linfoma B o lupus tumidus. El diagnóstico de certeza lo aporta la biopsia.
Este caso clínico tiene como objetivo principal saber realizar el diagnóstico diferencial de lesiones nodulares en la práctica clínica. Conociendo la existencia de estas cinco entidades ,así como sus características, con escasos medios , se puede orientar el diagnostico iniciando de forma precoz el estadiaje y tratamiento como en el caso clínico expuesto.

LEVANTARSE CON EL PIE IZQUIERDO… (REF 1522)

Noya Vázquez, Leticia; Díaz Fernández, Paula; Da Costa Otero, María Fátima
C. S. Conxo; C. S. Concepción Arenal; C.S. Estrada

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Especializada (Traumatología y Rehabilitación).

MOTIVOS DE CONSULTA: Dolor en pie izquierdo.

HISTORIA CLÍNICA: Antecedentes personales, Anamnesis, Exploración, Pruebas complementarias.
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Asma. Salbutamol a demanda.

Anamnesis: Varón de 35 años con dolor en pie izquierdo desde la adolescencia que empeora con la actividad física. Niega sobreesfuerzo o traumatismo previo. Nunca había consultado, pero en los últimos días presenta aumento del dolor sin limitación funcional. En la exploración física, refiere molestias a nivel del ligamento tibiocalcáneo diagnosticándose de probable Esguince de tobillo. Se hace un vendaje funcional y se inicia tratamiento con antiinflamatorios, reposo relativo y hielo local. En las semanas posteriores el paciente regresa a consulta por no presentar mejoría. Dada la evolucíon tórpida del cuadro se decide solicitar Radiografía de tobillo para descartar lesiones óseas.

Exploración:
No signos inflamatorios, infecciosos, hematomas ni soluciones de continuidad. No deformidad, crepitación ni dolor en eminencias óseas.
Molestias en ligamento tibiocalcáneo izquierdo. Balance articular: conservado pero discretamente doloroso. Exploración neurovascular normal.

Pruebas complementarias: Radiografía de tobillo y antepie izquierdo: Hallux Valgus. Discretos cambios degenerativos. Espolón calcáneo. Calcificación adyacente al tubérculo escafoideo tarsiano, articulándose con él, compatible con hueso escafoides accesorio tipo II.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Estudio de la familia y la comunidad: Sin interés.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: Diagnóstico diferencial: 1. Mal cumplimiento del tratamiento médico pautado. 2. Patología ósea traumática. 3. Patología reumatológica.
Diagnóstico final: Hueso escafoides accesorio tipo II.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN. Se indicó tratamiento conservador y se solicitó interconsulta al Servicio de Rehabilitación.

EVOLUCIÓN: Nuestro paciente fue tratado durante 7 meses con sesiones de fisioterapia, uso de ortesis plantar y control del dolor con analgesia sin mejoría, por lo que se remite a consulas de Traumatología donde es valorado e intervenido quirúrgicamente, realizando exéresis del hueso accesorio.

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina de familia): La aplicabilidad de este caso en Atención Primaria se basa en la multitud de patología osteomuscular que llega a la consulta y en la importancia de la anamnesis dirigida y la recogida de datos remotos al realizar la historia clínica. El hueso escafoides accesorio está presente en el 10% de las personas, el inicio del cuadro en la adolescencia es típico, exacerbándose con actividad deportiva. El tratamiento varía dependiendo del dolor y la limitación funcional ocasionada, pudiendo ser desde conservador hasta quirúrgico.

LLAGAS HAY QUE NO CURAN Y TODA LA VIDA DURAN (REF 1521)

Noya Vázquez, Leticia; Díaz Fernández, Paula; Da Costa Otero, María Fátima
C. S. Conxo; C. S. Concepción Arenal; C.S. Estrada

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Especializada (Reumatología).

MOTIVOS DE CONSULTA: Fiebre y aftas orales.

HISTORIA CLÍNICA: Antecedentes personales, Anamnesis, Exploración, Pruebas complementarias.
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Uveítis anterior hace 9 meses.

Anamnesis: Mujer de 23 años que presenta fiebre con odinofagia y aftas en mucosa oral de tres días de evolución. Inicia por su cuenta tratamiento con antiinflamatorios sin mejoría. Ante la persistencia del cuadro y la aparición de úlceras a nivel genital decide consultar.
Refiere episodios previos similares que cedieron espontáneamente por los que nuca consultó.

Exploración: Hiperemia de cordones faríngeos laterales y aftas redondeadas, de borde eritematoso, dolorosas, en mucosa yugal, surco gingivolabial y bordes de la lengua. Ausencia de hipertrofia, exudado amigdalar y de adenopatías ánterocervicales. Lesiones similares a las anteriores, localizadas a nivel vulvar.

Pruebas complementarias:
- Analítica de sangre: leucocitosis (10.000 N/uL). Resto normal.
- VSG, PCR, FR, Antiestreptolisina: normales.
- Anticuerpos antinucleares, antimitocondriales, antimúsculo liso, LKM, anticélula parietal gástrica: negativos.
- Serologías: negativas.
- Analítica de orina: normal.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Estudio de la familia y la comunidad: Sin interés.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: Diagnóstico diferencial: se hace con otras patologías que pueden cursar con lesiones dermatológicas similares: aftosis oral crónica, infecciones herpéticas, úlcera genital de Lipschutz, síndrome de Sweet, síndrome de Reiter, sífilis, VIH,...
Juicio clínico: Enfermedad de Behçet.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Se inició tratamiento con Colchicina 1mg e Ibuprofeno 600 mg.

EVOLUCIÓN: El cuadro fue remitiendo una vez iniciado el tratamiento.

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina de familia): La enfermedad de Behçet presenta una incidencia baja y un curso crónico. Suele iniciarse entre la tercera y cuarta décadas, siendo igual de frecuente en ambos sexos pero más agresiva en varones. Es una vasculitis multisitémica, de etiopatogenia desconocida y se caracteriza fundamentalmente por úlceras orales recurrentes (entre otros síntomas) fundamentales para el diagnóstico. Deben existir dos o más de los siguientes criterios además de la aftosis oral indicada, en ausencia de otras enfermedades que los justifiquen: úlceras orales recurrentes, úlceras genitales recurrentes, lesiones oculares, lesiones cutáneas y test de patergia positivo. No existen pruebas específicas pues el diagnóstico se centra en la clínica. La elección del tratamiento depende de las manifestaciones clínicas y del momento de aparición.

LO QUE POR PARÁLISIS FACIAL PUEDE COMENZAR EN UN GUILLAIN-BARRÉ PUEDE ACABAR (REF 1544)

Paula Díaz Fernández; Leticia Noya Vázquez; Natalia Lueiro González
Centro de Salud Concepción Arenal; Centro de Salud de Conxo; Centro de Salud A Estrada

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria, especializada.

MOTIVO DE CONSULTA: Parálisis facial con hormigueos de manos y pies.

HISTORIA CLÍNICA :Antecedentes personales: NOAMC. HTA. Tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides. Lumbalgias por patología discal. Tratamiento: Levotiroxina, omeprazol, arcoxia, enalapril/hctz.

Anamnesis : Paciente de 65 años que presenta desviación de comisura bucal y debilidad hemifacial desde esta mañana. Desde hace días nota hormigueos en manos y pies con debilidad en miembros inferiores acompañados de cefalea. Como dato de interés presentó 20 días antes un episodio de amigdalitis tratada con antibioterapia.

Exploración: Auscultación cardiopulmonar normal. Desviación de comisura bucal hacia la derecha con disminución de fuerza orbicular y lagrimeo de ojo izquierdo. Disminución de sensibiliad en toda la hemicara afecta.
Otoscopia y orofaringe normales. Fuerza y sensibilidad conservada en extremidades.

Pruebas complementarias:
Analítica de sangre complet : Normal
Radiografía lumbar: Cambios degenerativos a nivel de columna lumbar con disminución de altura en L3.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Sin interés.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:
1. Botulismo
2. Miastenia.
3. Polineuropatía aguda.
4. Trastornos metabólico.
5. Patología discal reagudizada.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Se pauta corticoidoterapia para la parálisis facial y analgesia para la cefalea y se solicita analítica de sangre para descartar alteraciones hidroelectrolíticas.

EVOLUCIÓN Y DIAGNÓSTICO FINAL: La paciente regresa a las 48 horas con marcada debilidad de extremidades inferiores y dolor lumbar. En la nueva valoración encontramos parálisis facial periférica bilateral, más marcada derecha, disminución de fuerza en 4 extremidades. Sensibilidad vibratoria abolida con patrón en calcetín. ROT abolidos en su gran mayoría.
Decidimos remitirla al servicio de Urgencias para valoración por Neurología por sospecha de polineuropatía aguda. Tras la evaluación por dicho servicio deciden su ingreso donde le realizan punción lumbar y electroneuromiografía, ambos sugestivos de polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatoria aguda.

CONCLUSIONES: Los trastornos de la sensibilidad son un motivo de consulta frecuente en atención primaria; debemos conocer las causas más frecuentes

para hacer un diagnóstico diferencial, y las potencialmente graves que debemos derivar de forma urgente. La sospecha diagnóstica en nuestro medio se basa en anamnesis y exploración física. El objetivo de este caso clínico es reafirmar que la sintomatología, la exploración física y el seguimiento del proceso siguen siendo los pilares fundamentales en nuestra práctica diaria.

LO QUE TIENE MAL OLOR, PERFUMADO HUELE PEOR (REF 1532)

Noya Vázquez, Leticia; Díaz Fernández, Paula; Mirás Garrido, Iria
C. S. Conxo; C. S. Concepción Arenal; C. S. Conxo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Mixto; Atención Primaria y Especializada (Otorrinolaringología y Psiquiatría).

MOTIVOS DE CONSULTA: Cacosmia.

HISTORIA CLÍNICA: Antecedentes personales, Anamnesis, Exploración, Pruebas complementarias.
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Dislipemia con tratamiento conservador.

Anamnesis: Mujer de 37 años que consulta por rinorrea y además sensación ocasional de fetidez procedente de sus axilas con predominio matutino y acentuación del cuadro en reuniones laborales, deteriorando sus relaciones interpersonales. Presenta conductas de evitación con obsesiones y compulsiones realizando rituales de limpieza, ventilación y aseo, pasando horas encerrada en el cuarto de baño. Comenta que varias de sus amigas se incomodan con dicho olor y lo demuestran tocándose la nariz, carraspeando, alejándose de ella o murmurando a sus espaldas. En las últimas semanas esto le genera una sensación de ansiedad que le obliga a realizar la compra de jabones, detergentes y suavizantes en varias ocasiones junto al uso indiscriminado de perfumes, desodorantes y ambientadores.

Exploración:
- Correcta higiene y vestimenta. Ausencia de olor fétido (sí referido por la paciente).
- Rinoscopia anterior: desviación septal.
- Esfera psicopatológica: no trastornos del nivel de conciencia, orientada en las tres esferas, colaboradora, espontánea, atención sostenida, memoria conservada, referencial y desconfiada, ánimo congruente, ansiedad.
- Resto de exploración: normal.

Pruebas complementarias: Radiografía de senos paranasales normal.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Estudio de la familia y la comunidad: Sin interés.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS
1- Trastorno psiquiátrico
2.- Patología otorrinolaringológica.
3.- Epilepsia (crisis uncinadas)
4.- Trimetilaminuria

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Se hace interconsulta a Psiquiatría donde confirman la suspicacia, referencialidad y un discurso monótono en relación a su idea de fetidez. Con una valoración otorrinolaringológica y pruebas complementarias (laboratorio, fibroscopia, TAC craneal y de senos paranasales y EEG) normales se diagnostica de Síndrome Referencial Olfatorio. Fue tratada con benzodiacepinas a dosis bajas y psicoterapia.

EVOLUCIÓN: Presentó mejoría atenuando su sintomatología.

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina de familia): El trastorno referencial olfatorio aparece como entidad independiente en el DSM V. Sin embargo tiene especial relación con los trastornos somatomorfos. Es importante hacer un estudio para descartar patología física tratable e incluso curable. La importancia para atención primaria reside en identificarlo y aliviar el malestar ocasionado en la medida de lo posible. No existe un algoritmo terapéutico consensuado. Lo más empleado es la psicoterapia, los antidepresivos, ansiolíticos y los neurolépticos, de manera aislada o en combinación.

ME ACABA DE SALIR UN BULTO EN EL CUELLO (REF 1614)

Gómez Rodríguez, Laura; Rey Varela, Alba; Liste Muiño, Rocío
C. S. Os Rosales – A Coruña

DESCARGAR PDF

ÁMBITO: Servicio Urgencias.

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente de 28 años que presenta bultoma en cuello.

HISTORIA CLÍNICA:
ANTECEDENTES PERSONALES:
- Posible alergia a AAS (tolerancia ibuprofeno/aceclofenaco).
- Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

ANAMNESIS: Acude a urgencias por bultoma en región laterocervical izquierda, detectada hace días. Como antecedentes, se realizó una extracción de cordal 3 meses antes y presentó otalgia izquierda 2 meses antes. Prurito palmo-plantar. No fiebre. No sudoración. No astenia. No pérdida de apetito.

EXPLORACIÓN: bultoma de 3-4cm, consistencia dura, superficie lisa, aparenta posterior a músculo ECM, no se moviliza con deglución. No aumento de temperatura local. Resto anodino.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Analítica: VSG 23, beta2-microglobulina: 1.39 (discretamente disminuida). Resto sin alteraciones.
- Rx tórax: Ensanchamiento mediastínico anterosuperior bilateral lobulado en relación con adenopatías / masa mediastínica anterior.
- Ecografía cuello: Múltiples adenopatías en cadenas laterocervicales izquierdas (mayor 3.7x1.7). No en cadenas laterocervicales derechas. Lesión 2.3x1 cm, inferior al istmo tiroideo, de bordes lobulados e hipoecoica, parece introducirse en estrecho torácico superior (adenopatía/nódulo tiroideo/lesión mediastínica anterior). En ambos lóbulos tiroideos, nódulos quísticos subcentimétricos, compatibles con nódulos coloides.
- TAC cérvico-torácico: Adenopatías laterocervicales y supraclaviculares izquierdas (hasta 22x16 mm en área III-IV y 34x28 en área supraclavicular). Adenopatías mediastínicas (hasta 26x26) en área paratraqueal derecha, mediastino prevascular (31x22) y cadena mamaria interna derecha (22x19). Nódulo hipodenso subcentimétrico (¿quiste?) en lóbulo tiroideo derecho. Sin otras alteraciones.
- Biopsia adenopatía: enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular, variante sincitial.
- PET/TAC: focos de captación laterocercicales izquierdos, supraclaviculares izquierdos, paratraqueales derechos e izquierdos, prevasculares y mamaria interna.
- BMO: no evidencia de infiltración por linfoma.

ENFOQUE: desde el ámbito de Urgencias podemos realizar una valoración analítica y radiográfica. Solicitamos pruebas para estudio ambulatorio.

JUICIO CLÍNICO: Linfoma de Hodgkin subtipo Esclerosis Nodular aparentemente Estadio II-A.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: adenopatía reactiva, absceso parafaríngeo, quistes tiroideos…

TRATAMIENTO: inician quimioterapia (ABVD).

EVOLUCIÓN: Continúa tratamiento quimioterápico, con leucopenias puntuales. Presenta síndrome ansioso-depresivo, relacionado con diagnóstico. Realizan criopreservación de ovocitos, para posible fecundación posterior.

CONCLUSIONES: La clínica podría orientarnos a adenopatía reactiva, aunque se observa afectación mediastínica (en radiografía) y elevación de PCR. Debemos recordar que no toda adenopatía de corta evolución y en paciente joven es reactiva.

ME CUESTA HABLAR (REF 1611)

Magariños Ares, Diana; Rilo Castelao, Ana
C. S. Cambre

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente de 60 años que acude a consulta refiriendo dificultad para el habla.

HISTORIA CLÍNICA: Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial, hernia de hiato, parálisis de Bell, ha sido histerectomizada por miomas uterinos. A tratamiento con losartan y omeprazol.

La exploración neurológica inicial es normal, únicamente se detecta un leve bradilalia.
Vuelve a la consulta con su hijo y este constata que a veces no es capaz de contestarle y que desde hace un tiempo la nota desinhibida, con múltiples relaciones amorosas, gastando mucho dinero...

Continúa sin cambios en la exploración a excepción de la bradilalia, y ante el relato de su hijo derivamos a neurología y a psicología.
Se le realiza TC y RM objetivándose atrofia cerebral en región silviana izquierda en el contexto de envejecimiento cerebral. Se le diagnostica de probable afasia progresiva primaria. Se continúa seguimiento.

Continúa acudiendo a nuestra consulta por pérdida de memoria, no recuerda las citas de revisiones que tiene pendientes y empeoramiento en cuanto al problema del habla, hecho que más le llama la atención a su hijo, junto con sus múltiples viajes y relaciones amorosas...

Continúa en seguimiento en neurología realizándosele SPECT y EMG donde se observan datos de lesión axonal motora aguda que afecta de forma difusa a MMSS y MMII y abundantes fasciculaciones. En neuropsicología se objetiva deterioro cognitivo y desinhibición sexual. Es diagnosticada de esclerosis lateral amiotrófica-plus por los hallazgos de pruebas complementarias y la afectación cognitivo-conductual que presenta. Comienza tratamiento con riluzol.
Actualmente continúa progresión del cuadro, presentando en última consulta disfagia, por la que la hemos derivado a nutrición.
Se ha hablado con la familia a cerca del diagnóstico y mal pronóstico de la paciente, que entienden.

CONCLUSIONES: Importancia del estudio de cuadros neurológico-pasiquiátricos en el ámbito de la Atención Primaria. Importancia de informar y aconsejar a los familiares de pacientes con demencia, así como pacientes con otras enfermedades neurológicas y psiquiátricas.

ME FALTA EL AIRE... (REF 1537)

Fariña Rey, Laura; Matute Chamarro, Gemma; Sánchez Grandal, Eva
Centro de Salud Os Mallos

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Disnea

HISTORIA CLÍNICA: Mujer de 78 años que acude a consulta con su MAP por cuadro de disnea y opresión torácica de varios días de evolución. Antecedentes Personales: HTA, DM 2, Dislipemia, Cardiopatía Isquémica crónica (Angina de pecho hace 10-12 años). Prótesis en ambas rodillas. Ca Mama en 2006.Vista en Cardiología 1 mes antes con Ecocardiograma sin alteraciones.

La paciente refiere sensación de falta de aire al caminar que se acompaña de opresión torácica sin irradiación y que progresa hasta hacerse de reposo. Ortopnea de dos almohadas y DPN. Edemas en miembros inferiores y aumento de perímetro abdominal. No náuseas ni vómitos. No fiebre termometrada en domicilio. No clínica respiratoria.

Exploración Física: TA: 160/90 Fc: 95 lpm Tª 36 ºC Sat O2 95% Taquipneica en reposo. CyC: IVY a 45º. ACP: Ritmica, no ausculto soplos. MVC. ABD: Blando, depresible, no doloroso, RH+, Ascitis. EEII: Edemas con fóvea hasta rodilla en ambos miembros inferiores.

ECG: Ritmo sinusal a 90 lpm. BRD previamente conocido. Sin alteraciones aguas.

Dada la situación clinica de la paciente decidimos derivar a urgencias para completar estudios, con la sospecha de Insuficiencia Cardíaca Derecha.
Pruebas complementarias: GAB: pH 7,46 pCO2 35 pO2 72 Analitica: Hb 10,5 Hcto 32,7 Resto sin alteraciones. Rx Tórax: Sin evidencia radiológica de alteraciones pleuropulmonares agudas.

Dada la semiología llamativa de IC Derecha en paciente con Ecocardiograma previo normal, se decide repetir este estudio en Urgencias: Destaca Insuficiencia Mitral 2-3/4. HT Pulmonar severa. FEVI conservada. Resto sin alteraciones.

DIAGNÓSTICO: Cardiopatía valvular: IM con HTAP secundaria. Insuficiencia cardiaca global.

TRATAMIENTO: La paciente ingresa en el Servicio de Medicina Interna con tratamiento diurético intravenoso. Se descartan otras causas no cardíacas de HTAP. Evolución favorable.

CONCLUSIONES: Este caso pretende resaltar la importancia de la anamnesis y exploración física desde atención primaria. Con unacorrecta anamnesis y una sistemática podemos llegar a diagnosticos clinicos de sospecha que son fundamentales la hora de derivar a un paciente o solicitar pruebas complementarias. Importancia de la orientacion diagnostica a traves de la clinica.

MUJER DE 77 AÑOS CON SINDROME GENERAL. (REF 1603)

Da Costa Otero, Mª Fátima; Díaz Fernández, Paula; Noya Vázquez, Leticia
C. S. A Estrada; C. S. Concepción Arenal; C. S. Conxo

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria./ especializada (MIR).

DESCARGAR PDF

MOTIVOS DE CONSULTA: Astenia, síndrome general.

HISTORIA CLÍNICA:
Antecedentes personales: Empleada de limpieza en un hospital en Suiza. No fumadora, bebedora de 1 vaso de vino a la comida.

Anamnesis: Mujer de 77 años que acude con su hija a consulta por deterioro de memoria, Descuida la limpieza y agresividad verbal con el marido, Desde hace tres meses anorexia, perdida de peso, tos seca y vómitos frecuentes. La paciente le resta importancia al cuadro. Se explora a la paciente y se objetiva palidez cutáneo mucosa. Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo 23/35 con deterioro en memoria y orientación. Auscultación cardiopulmonar normal.
Abdomen molestias epigástricas a la palpación. Se solicitó analítica de sangre : Hb 11,8, VSG: 92, Albumina 3.3 resto de valores normales.
Rx de torax Pinzamiento discreto y dudoso de senos costofrénicos.
Se deriva a Medicina interna para continuar estudio.

Pruebas complementarias:
En Medicina Interna se solicita
EDA: normal, salvo posible esófago de Barrett. Se realiza biopsia con anatomía patológica sin datos de malignidad.
TAC toraco-abdominal: Adenopatías mediastínicas tumorales y carcinomatosis peritoneal que obligan a excluir proceso formativo de unión esófago-gástrica como primera posibilidad.

PAAF de adenopatía: linfadenitis granulomatosa no necrotizante, con presencia de células gigantes multinucleadas tipo Langerhans sugestivas de TB.
Mantoux : claramente positivo.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: La paciente vive su marido y su hija , acuden a preventiva para adoptar las medidas necesarias.

JUICIO CLÍNICO: Demencia leve. Sindrome general. Probable Tuberculosis ganglionar Anemia.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Se inicia tratamiento con antituberculóstaticos.

EVOLUCIÓN: La paciente presenta mejoría clínica, pendiente de evolución.

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina de familia): La importancia y aplicabilidad de este caso para atención primaria se centra en el aumento de la frecuencia de la tuberculosis .

NADA É O QUE PARECE.MENINGOENCEFALITIS. (REF 1588)

Noa Valiño Ferraces; Paula Cabanelas Pousa; Noemí García Varela
C.S.Concepción Arenal; C.S.Conxo; C.S.Vite

DESCARGAR PDF

ÁMBITO: Servizo de Urxencias.

MOTIVO DE CONSULTA: Cefalea e dor de gorxa.

AP:
NAMC.
Cirurxía de hidrocele na infancia.
Traumatismo craneal aos 2 anos con fractura orbitaria (según refire a familia) que non requiriu cirurxía.

Ingreso en Neuroloxía en xaneiro de 2013 por meningoencefalite de probable orixe vírica.

AF: Sen interese.
Tratamiento habitual: Non realiza.
Exploración física:
TA 128/57 mmHg FC 107 lpm Tª 37,5º
Lesions esbrancuxadas en forma de placa en ambas amígdalas. Farinxe eritematosa.

AC: rítmica, sen sopros.AP :mvc,non ruidos engadidos.
NRL: Pupilas isocóricas normorreactivas. Non focalidade aguda aparente. Pares craneais normais. Non alteracións na marcha. Non signos menínxeos. Non rixidez de nuca. Glasgow 15.

EECC:
- Analítica de sangue: Leucocitose de 13.51x10e3/uL.Neutrófilos 90,2%. Linfocitos 3.3%. Coagulación normal. Bioquímica normal.
- LCR: Aspecto claro. Leucocitose con predominio de pmn. Cultivo: Negativo.
- TC Cerebro: Sen patoloxía intracraneal aguda.

JUICIO CLÍNICO: Meningoencefalite.

EVOLUCIÓN: Doente de 21 anos que presenta cefalea frontal, vómitos e naúseas acompañado de febrícula de ata 37.7ºC.Non fotofobia nin sonofobia. Non diplopía. Refiere odinofaxia desde hoxe pola maña.
Durante a realización do TAC cerebral o doente sofre convulsións polo que ingresa na UCI co diagnóstico de sospeita de meningoencefalite. Durante a estancia na UCI iníciase ATB empírica e tratamento con anticomiciais e non aparecen novas crises polo que se plantexa o traslado a Medicina Interna.
Pídense seroloxías e estudo inmunolóxico e RMN cerebral resultando todo negativo.
Os resultados do LCR evidencian hematíes de 178 y leucocitosis de 431 células .Neutrófilos 90%; Monocitos 2%; Linfocitos 8%.
Na anamnese dirixida atópase como único desencadenante a administración dun comprimido de antiinflamatorio en ambos ingresos por meningoencefalite. Ante a negatividade de tódalas probas realizadas parece razonable asumir que a causa foi a toma de antiinflamatorios polo que se recomenda prescindir dos mesmos. Mantense á alta o tratamento antiepiléptico e valoraráse posteriormente a retirada do mesmo.

CONCLUSIÓNS: Este caso lémbranos a importancia dunha correcta anamnese e a necesidade de reevaluación constante dos doentes nun servizo de urxencias.
A pesares da enorme batería de probas complementarias que nos da a medicina moderna, non debemos esquecer o fundamental: A Historia Clínica.

NEURITIS BRAQUIAL (REF 1483)

Crillo Calderón, Isabel; Balado Dacosta, Mª Paz; Abalde Castro, Luz
C. S: Redondela; C. S. Bembrive; C. S. Teis

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria (consultas)/especializada.

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor y pérdida de fuerza en mano.

ANTECEDENTES PERSONALES: No RAMs conocidas. Niega hábitos tóxicos. Hipertensión arterial.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 65 años que tras realizar esfuerzo físico comienza con dolor en mano derecha que irradia a brazo (cara interna) hasta llegar al hombro y región dorsal ipsilateral, acompañado de pérdida de fuerza de tres meses de evolución. Ha seguido tratamiento con gabapentina e inzitan sin mejoría. Tras tres meses de seguimiento en consultas de atención primaria y tratamiento infructuoso, su MAP decide realizar interconsulta a neurología para solicitar valoración.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Debilidad de predominio proximal en brazo derecho y distal en mano para la flexión. Moderada atrofia muscular en triceps derecho y región dorsal. Reflejos musculares presentes. Dolor a la movilidad activa y pasiva de hombro derecho y brazo derecho para extensión. Phalen: positivo y Tinnel: negativo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Rx hombro: normal. Rx muñeca y mano derechas: normales. RMN hombro: señal hiperintensa en supraespinoso, compatible con un edema neurogénico. EMG: denervación axonal.

JUICIO CLÍNICO: Neuritis braquial derecha. Síndrome de parsonage-Turner.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: El diagnóstico diferencial se ha de realizar con enfermedades que afectan la musculatura del hombro y causan dolor, como rotura del manguito de los rotadores, hernias discales, espondilosis cervical, tumores medulares, hemorragias del plexo braquial y esclerosis lateral amiotrófica.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Parsonage-Turner o neuralgia amiotrófica del hombro es una plexopatía braquial inflamatoria inespecífica. La etiología y la patogenia son desconocidas, aunque una respuesta inmunológica anormal desempeña un papel importante. Clínicamente cursa con dolor intenso localizado en el hombro y la región proximal de la extremidad superior, seguido de amiotrofia y pérdida de fuerza. El diagnóstico es clínico y electromiográfico. La radiografía simple del hombro generalmente es normal. La electromiografía revela denervación aguda, es decir, afectación axonal. De manera reciente, la resonancia magnética proporciona una imagen altamente indicativa, de gran utilidad para su diagnóstico. El tratamiento está enfocado a disminuir los síntomas, con analgésicos y a veces corticoides, inmovilización y rehabilitación.

NO PUEDO HABLAR, ¿OTRO ICTUS? (REF 1485)

Crillo Calderón, Isabel; Gómez Tato, Carmen; Abalde Castro, Luz
C. S: Redondela; C. S. Pintor Colmeiro; C. S. Teis

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria (urgencias)/hospital

MOTIVO DE CONSULTA: Desorientación y lenguaje incoherente.

HISTORÍA CLÍNICA: Paciente de 52 años que en agosto de este año presentó dificultad para hablar y para la comprensión, con discurso incoherente sin otra sintomatología asociada.
Como antecedentes presentó ictus isquémico en ACM izquierda hace dos años y hace varios meses episodio de dificultad para hablar de una hora de duración diagnosticado de AIT en un hospital de Panamá.
A tratamiento con atorvastatina y clopidogrel
A su llegada a urgencias presentaba disfasia mixta de predominio motor.

Se realizó TC craneal que no mostraba patología aguda y se ingresó con sospecha de nuevo ictus isquémico en ACM izquierda
Durante las primeras horas de su ingreso la sintomatología fluctuaba, y se estableció diagnóstico diferencial con otras posibles etiologías como la comicial, instaurándose tratamiento con levetiracetam con mejoría sifgnificativa de los síntomas, permaneciendo asintomático durante 3 días. La RM no evidenció lesiones agudas, pero sí un discreto aumento de la señal del hipocampo izquierdo. EL primer EEG mostró asimetría interhemisférica constituida por una mayor lentificación sobre áreas izquierdas sobre un trazado de base deficientemente organizado y el segundo esporádicos signos de focalidad irritativa en región temporal izquierda
Se estableció el juicio clínico de estado epiléptico parcial simple no convulsivo de etiología vascular (secundaria a ictus isquémico previo).

CONCLUSIÓN: Ante un paciente con sintomatología neurológica aguda y además con antecedentes de un ictus isquémico la etiología más probable parecería la vascular pero siempre deben excluirse otras posibles etiologías, ya que ello conlleva importantes implicaciones terapéuticas y pronósticas.

NO SÓLO UNA CEFALEA (REF 1468)

Capeáns González, Belén; Castro Cives, Ana; Ordóñez Agrafojo, Noemí
C. S. Arzúa; C. S. Concepción Arenal; C. S. Conxo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: servicio de urgencias

MOTIVO DE CONSULTA: cefalea y pérdida visual.

HISTORIA CLÍNICA: Mujer de 19 años, estudiada por telarquia a los 2 años, sin tratamiento médico habitual. Acude al servicio de urgencias por presentar cefalea bifrontal de intensidad variable de 10 días de evolución, que no interrumpe el sueño y que no mejora con AINEs, acompañándose de fotofobia y disminución de la agudeza visual en las últimas 48 horas. No otra clínica ni otros síntomas acompañantes.

Exploración física:
Buen estado general, COC, ACP: sin hallazgos, NRL: pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales normales, MOEs normales. Fuerza y sensibilidad conservada.ROT simétricos.

Pruebas complementarias :
- Analítica de sangre, orina, Rx tórax y ECG sin hallazgos.
- TAC craneal con contraste donde se informa de la existencia de discreto engrosamiento difuso, hipodenso y simétrico de ambos nervios ópticos, sin otros hallazgos.
- Interconsulta al servicio de Oftalmología: edema de papila bilateral.

La paciente es ingresada en Neurología para completar estudio.

JUICIO CLÍNICO: Edema bilateral a estudio secundario a Hipertensión intracraneal de etiología desconocida

DIAGNÓSTICO FINAL, TRATAMIENTO Y PLANES DE ACTUACIÓN AL ALTA: Hipertensión intracraneal idiopática (HII), tras descartar causas secundarias. Se realiza una punción lumbar evacuadora durante el ingreso pautándose topiramato al alta y seguimiento en consultas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: de causas de hipertensión intracraneal Secundaria como trombosis de senos cavernosos, tumores del SNC, infecciones. Hemorragia intracraneal, hidrocefalia obstructiva.

EVOLUCIÓN: tórpida desde su diagnóstico, precisando ingreso en varias ocasiones debido empeoramiento de la clínica visual, decidiéndose finalmente la colocación de una válvula descomprensiva.

CONCLUSIONES: La HII es un síndrome clínico caracterizado por la elevación de la presión intracraneal sin evidencia clínica, radiológica o bioquímica de patología intracraneal. Debe ser una patología a tener en cuenta en mujeres jóvenes, obesas, en edad fértil que presenten cefalea y alteraciones visuales, por su mayor frecuencia en estos casos. El tratamiento inicial consiste en realizar una punción lumbar evacuadora, fármacos (corticosteroides, glicerol, acetazolamida y furosemida) y restricción hidrosalina, reservándose la cirugía para aquellos casos refractarios a pesar del correcto tratamiento médico.

NO TODO PASA POR ARRIMAR EL HOMBRO (REF 1551)

Patricia Felpete López; Carlos Seoane Suárez; Caterina Allegue Cortez
Centro de Salud de Vilanova de Arousa

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Urgencias

MOTIVO DE CONSULTA: Omalgia derecha

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual: Mujer de 61 años sin hábitos tóxicos. Intervenida de hallux valgus e histerectomizada por útero miomatoso. Dependienta en una juguetería. Acude al Servicio de Urgencias por omalgia derecha intensa de 24 horas de evolución iniciada mientras realizaba las labores domésticas sin antecedente traumático.

Aparición de tumoración en región clavicular derecha y dolor de intensidad leve-moderada de ritmo mixto de tres meses de evolución. Valorada por traumatólogo privado con diagnóstico de tendinitis del manguito rotador en relación con sobrecarga por su actividad laboral. Tratamientos previos: AINES sin alivio sintomático significativo y en los últimos quince días fisioterapia, también sin mejoría. No se habían realizado estudios complementarios. A la exploración: Nódulo de consistencia dura, inmóvil, a nivel de extremo medial de clavícula derecha con intenso dolor a la palpación. Moviliza extremidad superior sin complicaciones, aunque reproduce dolor a partir de 45º en todos los planos de movimiento. Se realiza radiografía de hombro en la que se objetivan lesiones radiolucentes en epífisis medial y tercio de clavícula derecha.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: La paciente no había consultado antes, a pesar de los síntomas y signos referidos, por ser la cuidadora principal de su madre dependiente, sus nietos y la encargada de las actividades domésticas en su domicilio.

JUICIO DIAGNÓSTICO: Lesiones líticas a estudio compatibles con mieloma múltiple.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: metástasis ósea.
Identificación de problemas: Paciente que no acude a su médico de Atención Primaria y consulta en medio privado y Urgencias por dificultad para conciliación de horarios y escaso soporte familiar.

PLANES DE ACTUACIÓN: Ingreso para estudio de lesiones líticas y control analgésico. Pico monoclonal Ig-G lambda en proteinograma. Se realiza biopsia de médula ósea que confirma el diagnóstico.

CONCLUSIONES: Los datos que aportan la anamnesis y exploración física no pueden sustituirse por ningún estudio complementario. Ante la existencia de omalgia con datos de alarma es imprescindible la realización de radiografía simple como prueba de primera elección. El mieloma múltiple debe incluirse en el diagnóstico diferencial en los cuadros de dolor osteoarticular prolongado, especialmente en mayores de 60 años.

NO TODO SON ORZUELOS (REF 1606)

Magariños Ares, Diana; Rilo Castelao, Ana
C. S. Cambre

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente mujer de 54 años que acude a nuestra consulta por presentar inflamación y dolor de párpados del ojo izquierdo.

HISTORIA CLÍNICA: Se trata de una paciente hipertensa bien controlada, obesa, con varices en MMII, exéresis de fibroadenoma de mama izquierda. Se le realizó histerectomía y doble anexectomía por carcinoma de endometrio hace 5 meses. En TC de control se detecta una masa paratraqueal derecha y una adenopatía mediastínica ralizándose biopsias mediante mediastinoscopia con anatomía patológica de linfadenitis granulomatosa y atipia celular, respectivamente. A tratamiento con enalapril.
A la exploración presentaba edema en ambos párpados de ojo izquierdo y tumor de 1 cm de diámetro en zona interna de párpado superior izquierdo sin alteraciones de la visión, con signos inflamatorios, por lo que se deriva a urgencias de oftalmología con la sospecha de neoformación de origen linfoide.

Se le realiza TC de órbita con diagnóstico diferencial de pseudotumor inflamatorio o linfoma y menos probablemente sarcoidosis o un hemangioma, instaurando tratamiento corticoideo y antibiótico a espera de la realización de biopsia/exéresis.

El tumor experimenta un crecimiento rápido, de aproximadamente el doble de tamaño en 2 meses, desplazando el globo ocular hacia región temporal inferior.
Se le realiza exéresis de tumoración con resultado de hiperplasia linfoide atípica, no siendo concluyentes los hallazgos para existencia de linfoma.
La paciente presenta edema palpebral de zona quirúrgica siendo tratada con antiinflamatorio local. La derivamos a hematología para valoración conjunta de biopsias de párpado, masa paratraqueal y adenopatía mediastínica, actualmente pendiente de realizar TC de órbita, toracoabdominal y analítica.

CONCLUSIONES: Importancia de la visión conjunta del paciente con diferentes hallazgos clínicos, de un seguimiento activo y continuado por parte del médico de atención primaria además del seguimiento por otros especialistas.

NÓDULO DO ORDEÑADOR (REF 1546)

Silva Penas, Martina; Puga Bello, Ana Belén
Centro de Salud Elviña-Mesoiro; C.S. Présaras-Vilasantar

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Lesión en antebrazo dereito

HISTORIA CLÍNICA: Paciente de 66 anos que vive en medio rural que consulta por lesión en cara interna de antebrazo dereito de 4-5 días de evolución, moi pruruxinosa e lixeiramente doloroso ó tacto.

ENFOQUE INDIVIDUAL: ANTECEDENTES PERSONALES, ANAMNESIS, EXPLORACIÓN, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

- AP: non alerxias medicamentosas coñecidas. HTA a tratamento. Sen outros antecedentes medicocirúrxicos de interese.
- EF: Presenta un nódulo de cor violácea e cuberto parcialmente por una costra no tercio superior da cara interna do antebrazo dereito cunha zona perilesional eritematosa, ademáis, outro pequeno nódulo na zona máis

proximal do antebrazo. Tamén presenta una lesión similar de pequeno tamaño na meixela dereita.
- Recóllese mostra de frotis da zona da lesión de maior tamaña (pendente de resultado)

ENFOQUE FAMILIAR E COMUNITARIO: O paciente vive coa súa familia en medio rural e traballa como gandeiro, na súa explotación ten gando vacuno.

XUIZO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:
- ID: Nódulo del ordeñador.
- DD:
  - Nódulo de Orf
  - Tuberculose cutánea
  - Infeccións por micobacterias atípicas
  - Sífilis
  - Turalemia
  - Carbunco
  - Pioderma gangrenoso
  - Callosidades mecánicas dos ordeñadores.

TRATAMIENTO: Realízase cura oclusiva con Bactoban nas tres lesións, tratamento oral con Cloxaciclina durante 8 días e Polaramine.

EVOLUCIÓN: tras o tratamento oral e tópico, unha semana despois o paciente acode a revisión. Obsérvase a remisión completa da lesión na meixela dereita e melloría das lesións do antebrazo.

CONCLUSIÓNS: O nódulo dos ordeñadores é una zoonose de distribución universal en todas as rexións gandeiras habitualmente transmitida ás persoas que traballas en contacto con gando vacuno. É unha infección cutánea localizada, benigna ou lixeiramente dolorosa producida por un virus do Parapoxvirus, raramente poden verse numerosas lesións ou infección noutras áreas da pel. Normalmente non precisa tratamento e as lesións van desaparecendo de forma espontánea en 4-6 semanas.
É moi importante unha boa anamnese do paciente e os factores epidemiolóxicos que o rodean.

OJO CON LA MENINGITIS (REF 1581)

Rodríguez Jiménez, Covadonga; Fariña Rey, Laura; Alvar Pariente, Sara
Centro de Salud Os Mallos; Centro de Salud Os Mallos; Centro de Salud Elviña-Mesoiro

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Servicio de Urgencias

MOTIVO DE CONSULTA: Cuadro confusión y fiebre

HISTORIA CLÍNICA: Varón de 79 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de fiebre y confusión. Antecedentes personales: HTA, FA permanente, ERC, Prostatismo. El paciente es llevado a Urgencias por cuadro de confusión y agitación psicomotriz acompañado de fiebre de 24 horas de evolución. Interrogando al paciente y a sus familiares, refieren que 3 días antes el paciente inicia cuadro de vesículas periorbitarias derechas, motivo por el que acuden a Urgencias diagnosticándose entonces de Herpes Oftálmico derecho y pautándose tratamiento con aciclovir tópico y valaciclovir oral. Tras 48 horas el paciente comienza con cuadro de agitación psicomotriz y desorientación. Niegan disnea, dolor abdominal, síntomas urinarios u otra clínica por aparatos.

Exploración física: TA 136/86 FA: 112 lpm Tª 38ºC. Consciente , desorientado y colaborador. En región periorbitaria derecha todavía se objetivan vesículas y costras purulentas.ACP: Rítmico sin soplos. MVC. Neurológicamente destaca el meningismo. Resto sin alteraciones.
Las pruebas complementarias resultan normales descartando foco respiratorio y urinario. TA cerebral sin alteraciones. Se realiza punción lumbar: Leucocitos 176 (0-80), PMN 14% Mononucleares 86% Glucosa 58 (50-80) Proteinas totales 133,8 (15-45).
La hiperproteinorraquia, la glucosa normal y el predominio de mononucleares orientan a un origen vírico del cuadro probablemente por VVZ. Posteriormente durante el ingreso en la Unidad de Infecciosas el cultivo de LCR confirma el cuadro al mostrar PCR positiva para VVZ.

JUICIO CLINICO: Meningitis vírica por Virus Varicela Zóster

TRATAMIENTO: Corticoides y Aciclovir durante 10 días. El paciente evoluciona favorablemente recuperando su estado basal previo al ingreso.

CONCLUSIÓN: La meningitis es una inflamación de las meninges cerebrales potencialmente grave. Aunque la mayoría son víricas y no precisan tratamiento especifico, en el caso de la meningitis por VVZ , la gravedad del cuadro y las importantes complicaciones hacen imprescindible su tratamiento (complicaciones oculares, parálisis facial, meningitis, neuralgia postherpética...)
Este caso intenta mostrar la importancia del seguimiento estrecho y tratamiento intensivo de las lesiones por VVZ para evitar complicaciones neurológicas mayores.

PACIENTE CON BAJO NIVEL DE CONCIENCIA. EL DESAFÍO DE LA ANAMNESIS A CIEGAS. (REF 1590)

Rego Sieira, Esther; López Fernández, Inés
Centro de Saúde Matamá, Vigo; Urxencias Hospital Xeral, Vigo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Urgencias hospitalarias.

MOTIVO DE CONSULTA: Deterioro del nivel de conciencia.

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual:
- Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Nódulo tiroideo en Lóbulo tiroideo derecho.
- No tratamiento domiciliario.
- Vivía solo. Independiente para las ABVD.
- Anamnesis: Acude traído por el 061 por encontrarlo con bajo nivel de consciencia en un bar.
- Exploración: Tª 38º. Somnoliento, desorientado, poco colaborador. Mal estado general. Boca séptica. Glasgow 12. Rigidez nuca.
- Pruebas complementarias: Rx tórax con patrón miliar. TC encefálico: Hidrocefalia no obstrutiva de probable etiología tuberculosa. Analítica sangre: Linfocitos 0.19, Monocitos 0.15, Neutrófilos 95.3%, Linfocitos 2.5%, Monocitos 1.9%, Sodio 128, Calcio 8.3, LDH 595, PCR 128. Analítica orina: Proteínas +, Cuerpos cetónicos +, Urobilinógeno +. Punción lumbar: Claro, Glucosa 7, Proteínas 269, Pleocitosis polimorfonucleares, ADA positivo.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: MENINGITIS TUBERCULOSA.

ENFOQUE EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y COMUNITARIO: Previo al ingreso, vivía solo, independiente, en vivienda cercana a los padres. Separado con tres hijos, un varón de 24 años de su primer matrimonio, y dos hijas de 18 y 14 años de su segunda pareja. Mala relación con todos sus familiares. Mala autogestión económica. Consta historial de abuso de alcohol.

TRATAMIENTO: ingresado previamente en UCI para estabilización inicial y pos-

teriormente en Neumología para tratamiento antituberculoso y Rehabilitación para recuperación funcional. En el transcurso de su ingreso desarrolló hidrocefalia secundaria a la meningoencefalitis que tuvo que ser por Neurocirugía. Además ante la imposibilidad de soporte familiar se solicitó ingreso post-alta en centro sociosanitario.

CONCLUSIONES: Se trata de un caso que previamente se nos presenta enfocado como supuesta intoxicación etilíca, en el contexto de paciente prácticamente arreactivo, del que desconocemos antecedentes y con el agravante del lugar del suceso. Ante la falta total de datos supone de especial importancia fijarnos en los signos objetivos como la fiebre, y rigidez nucal que nos orientan hacia una causa infecciosa y no tóxica como se presuponía.

PADRES, HIJOS, TÍOS, SOBRINOS. (1597)

Rilo Castelao, Ana; Magariños Ares, Diana; Rodríguez Jiménez, Covadonga

Centro de saúde de Cambre; Centro de saúde de Cambre; Centro de saúde Os Mallos

Varón de 37 años que acude a nuestra consulta por presentar ánimo bajo en relación con enfermedad y cirugía reciente de su padre.

Como antecedentes no presenta alergias medicamentosas. Es exfumador y dislipémico a tratamiento con simvastatina, diagnosticado y a seguimiento en nuestra consulta. Fue intervenido hace 10 años de herniorrafia bilateral, y presenta migrañas ocasionales.

Pautamos tratamiento ansiolítico durante unas semanas y reevaluamos. En una segunda consulta nos informa de la posibilidad de padecer síndrome de Marfan familiar, ya que tanto su padre como su hermano han sido estudiados en el contexto de aneurisma de aorta y disección de aorta tipo A, respectivamente.

Presenta un buen estado general, sin fenotipo típico de síndrome de Marfan, con auscultación cardíaca y pulmonar normales y sin otros hallazgos significativos.
Realizamos hojas de consulta a oftalmología, genética y solicitamos TC torácico, presentando subluxación de cristalino, portador en heterocigosis de mutación genética responsable de síndrome de Marfan y aneurisma de aorta ascendente, con indicación de reparación quirúrgica.

Desde las consultas de cardiología se solicita ecocardiograma que evidencia insuficiencia aórtica moderada, y se solicita coronariografía para descartar lesiones coronarias de cara a la cirugía.

Se alertó al paciente de posibles signos de alarma por los que debería acudir a consulta, además de informarle de la contraindicación de realizar ejercicio físico de alto nivel de entrenamiento.

Mujer de 64 años, acude a nuestra consulta por pérdida de agudeza visual. En revisión oftalmológica se evidencia subluxación del cristalino. Es tía materna de nuestro paciente anterior. Ante esta situación decidimos realizar estudio genético en ella.

CONCLUSIONES: La medicina familiar y comunitaria tiene como ámbito de trabajo la familia y la comunidad más que los pacientes aislados.

Un buen conocimiento y una buena relación con nuestros pacientes nos puede hacer sospechar patologías familiares con mayor facilidad.
La detección de enfermedades hereditarias puede cobrar una gran relevancia en la vida y en el deseo gestacional de nuestros pacientes.

PAGET EN MAMA (REF 1510)

Rodríguez Blanco, Ana Fátima

C.S A Estrada

CASO CLÍNICO: Mujer 57 años, no AMC, no AP de interés.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude a nuestra consulta por persistente picor, dolor y quemazón a nivel de la piel que recubre y rodea el pezón. A tratamiento con Corticoide tópico por sospecha clínica de Dermatitis Ezcematosa del pezón.

EXPLORACIÓN FÍSICA: COC. Afebril. Mama derecha: placa eritemato-descamativa, ovalada, de bordes irregulares y bien delimitada de aproximadamente 6 cms de diámetro. Retracción del pezón. Al desprenderse la escamo-costra, presenta lesiones ulceradas secretantes. No se palpan nódulos ni bultos. No adenopatias ganglionares. Resto de la exploración por aparatos dentro de la normalidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Mamografias bilaterales: sin alteraciones patológicas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Dermatitis Ezcematosa del pezón, Psoriasis, Hiperqueratosis por retención del pezón, Impétigo, Papiloma ductal benigno y Carcinoma Espinocelular incipiente.

DIAGNÓSTICO: Biopsia cutánea: células de Paget (típicas células de la Enfermedad de Paget).

JUICIO CLÍNICO: ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA.

TRATAMIENTO:
-Mastectomia con/sin extirpación de los ganglios linfáticos axilares (en los casos que presenten uno ó más tumores en el interior del mismo seno). Biopsia de Ganglio Centinela.
Según el estadio se puede recomendar la terapia adyuvante (quimioterapia y/o terapia hormonal).
-Extirpación del pezón y de la areola, seguida de radioterapia a todo el seno (en los pacientes que no presentan un bulto palpable en el seno o cuyas mamografías son normales).

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA:
La Mamografia es importante ya que con frecuencia los pacientes que padecen la Enfermedad de Paget Mamaria presenten además un tumor en el interior del mismo seno. La revelancia clínica subyace en que debido a su escasa prevalencia y a su sintomatología, esta patología se confunde a menudo con afecciones benignas de la piel y suelen tardar varios meses en recibir el diagnóstico correcto.

PALPITACIONES Y EMBARAZO (REF 1457)

Buceta Eiras, María Goretti; Ferreiro Vigo, Lidia

Centro de Salud Elviña (A Coruña)

Paciente de 30 años sin antecedentes personales de interés, embarazada de 18 semanas, que refiere episodios de palpitaciones ocasionales que ceden de forma espontánea.

Realizamos un electrocardiograma en el centro de salud, objetivando un ritmo sinusal a 70 latidos por minutos, con un PR corto, onda delta, y un QRS ancho con imagen de bloqueo de rama izquierda.

Se deriva a Cardiología, donde realizan un Holter, confirmando síndrome de Wolff-Parkinson-White.

Se decide actitud expectante y la paciente permanece asintomática el resto de la gestación, sin necesitar tratamiento antiarrítmico.
Ingresa a las 37 semanas por rotura prematura de membranas y se inicia trabajo de parto, dando lugar a un varón sano, de 3551 gramos y Apgar 9/10. Dos meses tras el parto se realiza ablación del haz accesorio de forma exitosa.

El manejo del síndrome de Wolff-Parkinson-White durante la gestación no difiere del de la paciente no embarazada y no se recomienda intervención si está asintomática.
Como conclusión, el embarazo y parto favorecen el desarrollo o expresión sintomática de diversas arritmias, incluso en pacientes hasta el momento asintomáticas. Es fundamental no minimizar la sintomatología cardiovascular, sobre todo si no hay antecedentes previos, y no atribuir la sintomatología al simple hecho de la sobrecarga del embarazo y la fatiga que ello trae aparejado, en especial cuando la clínica es recurrente.

Desde atención primaria debemos de hacer un correcto seguimiento de la paciente así como tranquilizar a la paciente y a la familia con respecto al diagnóstico, sin olvidarnos de que debe ser seguida en una consulta de alto riesgo.

PIODERMA GANGRENOSO NO CONTEXTO DUNHA DOENTE CON ENFERMIDAD DE CROHN E ESPONDILOARTRITIS PSORIÁSICA. (REF 1578)

DESCARGAR PDF

Corral Zas, Mónica; Ferranz Falcao, Joel; Rodríguez Iglesia, Rosa María

C. S. Matamá – Vigo

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Muller de 37 anos con lesión dolorosa en extremidade inferior esquerda.

HISTORIA CLÍNICA:
Antecedentes persoais: Non alerxias medicamentosas conocidas. Intolerancia gástrica a AINEs e metotrexate. Fumadora de 2-3 cigarrillos/día. Espondiloartritis psoriásica de inicio na idade xubenil con afectación axial e periférica a tratamento con Etenarcept. Hipotiroidismo.

Antecedentes familiares: Sen interés.

Anamnese: Doente que acude á consulta en contadas ocasións por molestias abdominais e diarrea. Seguida en consultas de dixestivo con Ileocolonoscopia en 2004 normal. Endoscopia dixestiva alta en 2011 por dor epigástrico, vómitos e intolerancia á inxesta, onde se observou lesión duodenal compatible con duodenitis erosiva.

Acude de novo á nosa consulta por aparición de lesión prurixinosa e dolorosa a nivel de rexión xemelar esquerda.
Exploración física: lesión redondeada de base eritematosa, ulcerada a nivel de rexión xemelar esquerda, pruriginosa e dolorosa.

Plan: No contexto da patoloxía da doente e ante a persistencia da sintomatoloxía intestinal, sospeitamos que podería tratarse dun pioderma gangrenoso.
Probas complementarias: Nas analíticas aumento constante dos reactantes de fase aguda, mantenido no tempo. Na RM abdominal aprecianse datos compatibles con enfermidade inflamatoria intestinal con afectación do xexuno e signos de actividad inflamatoria activa en asa localizada en fosa ilíaca dereita.

XUIZO CLÍNICO: Pioderma gangrenoso. Enfermedad de Crohn en paciente con espondiloartritis psoriásica.

PLAN DE ACTUACIÓN: De acordo ca paciente decídese cambiar o tratamento de Etenarcept por Infliximab e por una pauta corticoidea.

TRATAMENTO: Infliximab cada 8 semanas. Paracetamol 1 gr cada 8 horas si dolor. Eutirox 100 mg al día. Prednisona 30 mg en pauta descendente.

EVOLUCIÓN: Boa evolución da paciente co cambio de tratamento. Melloría importante tanto da clínica intestinal como articular e dermatolóxica.

CONCLUSIÓN: A importancia dun bo seguimento dos doentes en AP, sobre todo da capacidad de relacionar distintos síntomas e signos, aparentemente sen relación, para chegar a un diagnóstico definitivo.

PRIMUN NON NOCERE (REF 1531)

DESCARGAR PDF

Paula Díaz Fernández Leticia Noya Vázquez; Jesús Sueiro Justel; Francisco Javier Formigo Couceiro; Ana Castro Cives

Centro de Salud Concepción Arenal; Centro de Salud de Conxo; Centro de Salud Concepción Arenal; Centro de Salud Concepción Arenal; Centro de Salud Concepción Arenal

OBJETIVOS DE LA EXPERIENCIA: Nuestro objetivo es fomentar las recomendaciones "no hacer" en Atención Primaria.

Descripción de la experiencia: Nos remiten una paciente para la realización de una ecografía abdominal ya que en nuestro centro disponemos de ecógrafo. Previa ecografía revisamos su historia donde nos encontramos: Paciente que presenta cuadro de cansancio con escasa pérdida de peso en los últimos 4 meses.

Solicitan estudio analítico completo donde destaca leve anemia ferropénica con déficit de ácido fólico. Tras esto solicitan sangre oculta en heces y colonoscopia resultando negativa y normal respectivamente. Finalmente se nos remite para realizar la ecografía .

Durante la exploración ecográfica reinterrogamos a la paciente para realizar nuestra propia historia clínica y elaborar una hipótesis diagnóstica. Durante la entrevista nos encontramos con que la paciente lleva meses tratada con omeprazol a dosis de 80mgr/día. Tras este dato llegamos a la conclusión de que este cuadro clínico pueda estar relacionado con el consumo de dicho fármaco. La exploración ecográfica resultó ser normal como era de esperar una vez rehistoriada la paciente.

CONCLUSIONES: En ocasiones se nos olvida que en la relación médico paciente lo principal es la elaboración de una buena historia clínica porque algunas veces podemos encontrarnos con hallazgos como en este caso que puede explicar la sintomatología de dicha paciente ya que el uso de omeprazol a altas dosis puede afectar a la absorción de nutrientes como el hierro, vitamina B12 y ácido fólico entre otros.

APLICABILIDAD: Pretendemos reseñar la gran herramienta que poseemos en atención primaria que no es otra más que el poder realizar un seguimiento continuado de los pacientes.

Gracias a esto podemos realizar hipótesis diagnósticas en base a los signos y síntoma de los pacientes y vigilar su evolución pudiendo alterar el rumbo de las medidas a tomar en todo momento y no precipitarse en solicitar pruebas algunas tan agresivas como una colonoscopia.

PRURITO DESPUÉS DEL BAÑO (REF 1556)

Coelho Lopes, Iva Patrícia; Guedes Faria, Filipa Sofia
UCSP de Macedo de Cavaleiros; UCSP Mirandela II

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DE CASO: Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Prurito después del baño

HISTORIA CLÍNICA: Paciente del sexo masculino, 80 años, casado, autónomo para las actividades básicas de la vida diaria. Antecedentes personales: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus no insulinodependiente e Hipertrofia Benigna de Próstata. Medicación habitual: Candesartan + Hidroclorotiazida, 16 mg + 12.5 mg; Glibenclamida, 5 mg; Tansulosina, 0.4 mg; Acudió a consulta de Atención Primaria por prurito después del baño y de predominio nocturno, con un año de evolución, pero más acentuado desde hace una semana. Sin otros síntomas de relevo.

Exploración:
Consciente y Orientado.
Aspecto pletórico.
Auscultación Cardíaca: S1 e S2 rítmicos, sin soplos
Auscultación Pulmonar: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos
Abdomen: vientre no doloroso a la palpación, sin esplenomegalia u otras visceromegalias palpables.
Miembros inferiores: sin edemas

Pruebas Complementarias:
Hemoglobina normal 14.2 g/dL; Eritrocitosis 6,40 x 10^6/uL; VGM bajo 69,4 fL Hematocrito 44.4% Trombocitosis 986 x 10^3/uL; Leucocitosis 11,35 x 10^3/uL;
EPO baja 1.6 UI/L

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Se trata de una família nuclear, que reside en ambiente rural. Se encuentra en el estadio VIII del Ciclo de Duvall.

JUICIO CLÍNICO: Policitemia Vera.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Policitemia Secundaria; Trombocitosis Esencial; Leucemia Mieloide Crónica

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: Eritrocitosis, trombocitosis y leucocitosis. Prurito

TRATAMIENTO Y PLAN DE ACTUACIÓN: Se inició tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 mg/día e hidroxizina 25mg/día. Se envió el paciente a consulta de Hematología que además, inició tratamiento con Hidroxiurea 500mg 2 veces/día y Alopurinol 150mg 1vez/día.

EVOLUCIÓN: Un mes después de iniciar el tratamiento, se hizo control analítico que reveló bajada significativa de la trombocitosis (505 x 10^3/uL) y ausencia de leucocitosis y eritrocitosis.

CONCLUSIONES: Este caso clínico nos hace reflexionar particularmente sobre dos aspectos importantes. En primer lugar, hay que tener en cuenta que un único síntoma como el prurito después del baño, nos hizo sospechar de una enfermedad hematológica. Luego tener en atención que el tratamiento inicial ha sido empezado por el médico de familia, siendo posible iniciar el tratamiento sintomático y preventivo, antes de la consulta de Hematología.

PRURITO SINE MATERIAE, A PROPÓSITO DE UN CASO. (REF 1589)

Rego Sieira, Esther; García Méndez, Leopoldo
Centro de Saúde Matamá - Vigo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Prurito en espalda

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual:
- Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Tiroidectomizada por Tiroiditis Linfocitaria en 2004. Vértigo PPB. Escoliosis.
- Tratamiento crónico: Tiroxina.
- Anamnesis: Mujer de 53 años que acude a consulta refiriendo aparición de mancha parduzca en espalda de años de evolución, pruriginosa con la exposición solar.
- Exploración: COC. Buen estado general. Discreta coloración parduzca a nivel escapular izquierdo, no dolorosa. Ligero dolor a la movilización de columna cervico-dorsal. Resto de exploración dentro de la normalidad.
- Pruebas complementarias: Perfil analítico incluyendo Hormonas Tiroideas, PCR y perfil hormonal dentro de la normalidad.
- Interconsulta a Dermatología.

ENFOQUE FAMILIAR, SOCIAL O COMUNITARIO: No fue necesario.

JUICIO CLÍNICO: Notalgia parestésica en probable relación con radiculopatía dorsal.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN, EVOLUCIÓN: Declobán tópico, Capsaicina tópica. Mejoría aunque escasa y errática.

CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD PARA LA MEDICINA DE FAMILIA: El prurito sine materiae representa un reto para el Médico de Atención Primaria. Constituye el síntoma dermatológico más frecuente y un motivo de consulta habitual en AP. Lo fundamental consiste en descartar patología sistémica grave a través de una exhaustiva anamnesis y pruebas complementarias dirigidas, y en último lugar descartar trastornos psicológicos de base, a pesar de que en la mayoría de los casos, la causa del prurito es desconocida.

La notalgia parestésica es un síndrome neuropático sensorial consistente en una mononeuropatía que frecuentemente afecta a los nervios espinales sensitivos localizados en el área dorso-lumbar. Se trata de una patología crónica, de causa desconocida, que afecta fundamentalmente a mujeres de mediana edad, y ampliamente infradiagnosticada. En ocasiones se relaciona con patología vertebral a nivel de los nervios espinales afectados. En un amplio número de casos se acompaña de la aparición de una placa cutánea hiperpigmentada con lesiones de rascado y cambios en la sensibilidad de la zona. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y el tratamiento únicamente sintomático y refractario en la mayoría de los casos, siendo la capsaicina el más ampliamente establecido actualmente.

PÚPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO (REF 1527)

Noya Vázquez, Leticia; Díaz Fernández, Paula; Formigo Couceiro, Francisco
C. S. Conxo; C. S. Concepción Arenal; C. S. Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Especializada (Urgencias hospitalarias y Hematología).

MOTIVOS DE CONSULTA: Petequias y ampolla hemorrágica y dolorosa en la boca.

HISTORIA CLÍNICA: Antecedentes personales, Anamnesis, Exploración, Pruebas complementarias.
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Hipotiroidismo. Levotiroxina.
Anamnesis: Varón de 47 años que consulta por petequias en manos y ampolla hemorrágica y dolorosa en la boca de 48 horas de evolución. Discreta gingivorragia con el cepillado dental hace 24 horas. Niega hematuria o sangrado a otros niveles.

No refiere infecciones, nueva medicación, sobreesfuerzos o traumatismos previos. No fiebre ni sensación distérmica.
Exploración: Úvula centrada, sin edema, no hiperemia, hipertrofia ni exudados amigdalares. Lesión ampollosa con aparente contenido hemorrágico, de 1.5 cm de diámetro en mucosa yugal izquierda y otra similar, milimétrica en borde lateral derecho de la lengua. Petequias aisladas en paladar duro y dorso de manos que no desaparecen con la vitropresión. No adenopatías en ninguna localización ni visceromegalias. Resto de exploración anodina.

Pruebas complementarias:
- Analítica de sangre (hemograma, bioquímica, coagulación): plaquetas 3.000 /mm3.
- Frotis de sangre periférica: no agregados plaquetarios ni alteraciones en la morfología leucocitaria.
- Coombs: negativo.
- Proteinograma: normal.
- Inmunoglobulinas: normales.
- Anticuerpos antinucleares y antifosfolipídos: negativos.
- Hormonas tiroideas: TSH 4.72 mUI/L. T4 libre 1.51 ng/dl. T3 2.29 pg/ml.
- Estudio del metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico: normal.
- Serologías: negativas.
- Test de detección de H. Pylori: negativo.
- Estudio de celiaquía: negativo.
- Analítica de orina: normal.
- Radiografía de tórax: no patología aguda pleuropulmonar.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Estudio de la familia y la comunidad: Sin interés.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: En el diagnóstico diferencial de las trombopenias, hay que descartar ciertas enfermedades de base y en su defecto, atender a procesos relacionados con insuficiencia medular.
Juicio clínico: Púrpura trombocitopénica autoinmune.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Se ingresa a cargo de Hematología iniciando tratamiento con corticoides e Inmunoglobulinas.

EVOLUCIÓN: Buena respuesta con recuperación de la cifra plaquetaria. Al alta: 70.000 plaquetas/microlitro.

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina de familia): Las lesiones purpúricas constituyen una causa poco frecuente de consulta en Atención Primaria. Entre ellas, encontramos la púrpura trombocitopénica idiopática, un desorden autoinmune. El diagnóstico diferencial incluye procesos de etiopatogenia diversa, pudiendo encontrar patología de gravedad como neoplasias o con connotación legal como los malos tratos. Ahí radica la importancia de este caso en nuestra consulta.

SIEMPRE HAY QUE BUSCAR LA CAUSA (REF 1526)

Rilo Castelao, Ana; Magariños Ares, Diana; Alvar Pariente, Sara
Centro de saúde de Cambre; Centro de saúde de Cambre; Centro de saúde de Elviña

DESCARGAR PDF

Paciente mujer de 39 años que acude a nuestra consulta de atención primaria por rectorragia y ánimo decaído tras divorcio.
No refiere alergias medicamentosas ni antecedentes familiares de interés, y como único antecedente personal es asmática a tratamiento con broncodilatadores.
Se trata de una paciente con excelente estado general, abdomen normal y tacto rectal normal, sin hemorroides ni otras lesiones externas. Se inicia tratamiento antidepresivo que la paciente abandona voluntariamente semanas más tarde, y se solicita analítica general, que es normal. Se le propone realización de colonoscopia, que la paciente decide no hacer.

Acude a nuestra consulta seis veces en los últimos dos años, en relación con otros procesos, sin referir ningún otro episodio de sangrado digestivo. Posteriormente consulta por nuevo episodio de rectorragia sin cambios en el hábito intestinal ni síndrome general, asociado a molestias abdominales con dolor paraumbilical izquierdo .A la exploración el tacto rectal fue normal. Solicitamos nueva analítica destaca GGT 56 y FA 345, por lo que realizamos ecografía abdominal, visualizando al menos dos lesiones en hígado. Con juicio clínico de hígado metastásico decidimos enviar a la paciente al servicio de Urgencias, donde realizan nueva ecografía y solicitan TC abdominal por vía preferente, sospechando inicialmente lesiones benignas compatibles con hemangiomas. Desde nuestro centro solicitamos colonoscopia por vía colo-rectal, que realiza 2 semanas más tarde, diagnosticándose neoformación de sigma e introduciéndola en vía rápida de tumores. En TC abdominal se confirma el diagnóstico de metástasis hepáticas.

Ha recibido quimioterapia neoadyuvante con buena tolerancia, acudiendo a nuestra consulta con asiduidad por problemas relacionados con su estado de ánimo. Posteriormente ingresó para metastasectomía, refiriendo las semanas posteriores al alta dolor de características pleuríticas, por lo que enviamos a la paciente al servicio de Urgencias y ha estado anticoagulada sin confirmarse embolismo pulmonar en angio-TC. En los próximos meses ingresará de nuevo para exéresis de tumor primario.

CONCLUSIONES: La importancia de la historia clínica y la exploración física. El manejo de la ecografía en atención primaria. La importancia de una visión integral y de un seguimiento activo y continuado del paciente, aunque ya sea seguido por otros especialistas.

SIMULANDO NORMALIDAD: EL HEMATOMA SUBDURAL. (REF 1472)

Frade Fernández, Ana María; Azálgara Lozada, Mónica; Puga Bello, Ana Belén
EOXI A Coruña. C.S. Sobrado; EOXI A Coruña. Atención Primaria; EOXI A Coruña. Atención Primaria. C.S.Vilasantar

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Consulta de Atención Primaria y Urgencias hospitalaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Astenia y malestar general.

HISTORIA CLÍNICA
Antecedentes personales:
- No alergias médicas conocidas ni hábitos tóxicos.
- Hipercolesterolemia.

- Deportista activo que hace 2 meses sufrió un síncope no presenciado (sin pródromos y con amnesia del episodio) mientras realizaba su recorrido habitual en bicicleta y una caída posterior (el casco estaba íntegro cuando se le asistió). Previamente había permanecido asintomático. No se evidenciaron hallazgos en la exploración física relevantes. Tras su ingreso hospitalario para someterse a estudio, presentó una exploración física normal, por lo que se descartó síncope cardiogénico y, a priori, neurogénico (sin hallazgos en la analítica, Rx de tórax, TC craneal en las primeras 24 horas, angio-TC, ECG, ECO, Holter, ergometría, EEG).

Anamnesis: Varón de 58 años que desde hace 1 semana presenta astenia y malestar general inespecífico, acompañado de mareo y náuseas en las últimas 24 horas. En la consulta, refiere sensación de inestabilidad y posterior vómito alimenticio aislado. Niega cefalea u otros síntomas acompañantes.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y ENFOQUE: Después de recopilar los antecedentes descritos, rehistoriar al paciente, y a pesar de que el estudio neurológico postraumático se encontraba dentro de la normalidad así como la exploración física, se le realiza TC craneal, dada la clínica descrita y la no existencia de prueba de imagen craneal de control tras el trauma.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Síndrome vertiginoso. Hematoma intracraneal. Patología hematológica. Viriasis. Tumor cerebral.

JUICIO CLÍNICO: En la TC craneal se evidencia hematoma subdural subagudo en he-misférico izquierdo con grave compromiso de espacio y gran hernia subfalcial/uncal hacia derecha.

TRATAMIENTO Y PLANES DE ACTUACIÓN: fue ingresado en NeuroCirugía para tratamiento Neuroquirúrgico.

EVOLUCIÓN: fue favorable hasta la completa resolución clínico-radiológica.

CONCLUSIONES: La correlación clínica en el tiempo de los diferen¬tes cuadros patológicos es fundamental para no descartar diag¬nósticos diferenciales que asocien dichos episodios ante un motivo de consulta. Los hematomas subdurales no siempre son precedidos por un antecedente postraumático detectado, que pasa desapercibido hasta en un 20-30 % de los pacientes.

SÍNDROME DE LA SINOVITIS SIMÉTRICA SERONEGATIVA REMITENTE RECURRENTE DEL ANCIANO (REF 1498)

Formigo Couceiro, Francisco Javier; Mayán Santos, José Manuel
Medicina Familiar y Comunitaria, área de Santiago de Compostela; Departamento de Enfermería (área de geriatría y gerontología), Universidad de Santiago de Compostela

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: atención primaria

MOTIVO DE CONSULTA: edema en ambas manos

HISTORIA CLÍNICA: Paciente varón de 71 años de edad sin antecedentes de interés. Acude a consulta de atención primaria por edema en ambas manos, sobre todo en dedos. En la exploración inicial presenta edema con fóvea en ambas manos (más en la derecha) y leve dolor a la palpación de articulaciones interfalángicas proximales y metacarpofalángicas. Con juicio clínico de poliatritis, se solicita analítica de sangre con VSG y FR y se pauta ibuprofeno 600 cada 8h durante una semana.

Acude a ver resultados de analítica de sangre y es consultado por otro médico de atención primaria. La clínica persiste sin ningún tipo de mejoría con AINE pautado. El dolor parece de curso inflamatorio, con predominio nocturno-matutino. En la analítica se observa VSG de 46 con resto de parámetros (incluidos FR) normales. Se solicita radiografía de manos e interconsulta a reumatología. Se pauta dexketoprofeno 25 cada 8h durante 15 días (a pesar de la ausencia total de respuesta a ibuprofeno).

Por ausencia de mejoría, el paciente consulta nuevamente (cuando se va a cumplir un mes del comienzo del caso). Es visto por un profesional distinto de atención primaria que reevalúa toda la historia y las pruebas complementarias realizadas. El paciente no ha sufrido traumatismos y no ha presentado fiebre. La exploración cervical es normal. En ambas manos presenta edema indoloro con "piel de naranja" y fóvea. Se realiza tira de orina con la que se excluye proteinuria. Se establece el diagnóstico de Síndrome de la sinovitis simétrica seronegativa remitente-recurrente del anciano iniciándose tratamiento con bajas dosis de prednisona (10mg cada 24h).

El paciente comienza a notar mejoría, desapareciendo la clínica a dos-tres días. El tratamiento con el corticoide se mantuvo durante un mes. La buena respuesta hace cumplir los criterios diagnósticos del síndrome (criterios de Olivo). La evolución ha sido muy favorable.

CONCLUSIONES:El síndrome descrito es una entidad a tener en cuenta en la consulta de atención primaria. Tiene unos criterios clínicos bien establecidos, el último de los cuales es la rápida respuesta al tratamiento esteroideo.

SÍNDROME PIRAMIDAL (REF 1449)

Buceta Eiras, María Goretti; Gómez Rodríguez, Laura
Centro de Salud Elviña -A Coruña; Centro de Salud los Rosales - A Coruña

DESCARGAR PDF

Paciente de 35 años sin antecedentes personales de interés, deportista habitual, que acude al centro de salud por dolor de tres semanas de evolución localizado en región lumbar izquierda.

El dolor aumenta cuando está sentada, cuando conduce y al cruzar la pierna izquierda por encima de la derecha. También aumenta al correr (su ejercicio habitual) y si levanta pesos o permanece de pie durante largo tiempo. A la exploración física se detecta dolor en glúteo izquierdo y región posterior del muslo de la misma pierna. Signos de Lassegue y Bragard negativos. No presenta dolor dolor en las apófisis espinosas lumbares ni se palpa contractura muscular paravertebral. Fuerza, sensibilidad y reflejos osteomusculares conservados. Se solicita una radiografía simple lumbar que es normal.

Para el diagnóstico diferencial de lumbalgias, en concreto en pacientes deportistas, debemos tener en cuenta el síndrome piramidal, que se produce por la contractura del músculo del mismo nombre, localizado en la región glútea, al correr sobre una superficie dura o no realizar un correcto estiramiento del mismo. El dolor se localiza en región lumbar y se irradia a región posterior del mismo.

Para su tratamiento contamos con tratamiento fisioterápico con masajes terapéuticos, estiramientos domiciliarios que explicaremos al paciente, y analgésicos convencionales. En el caso de que no mejore el dolor, se podría intentar realizar una infiltración, como última instancia. Para prevenir el mismo es importante realizar correcto estiramiento tras el ejercicio físico, utilizar calzado adecuado y correr en una superficie no demasiado dura, e intentar fortalecer la musculatura abdominal.

Como conclusión, en atención primaria debemos realizar un correcto diagnóstico diferencial de la patología lumbar de acuerdo con la clínica y la exploración

del paciente, dejando las pruebas de imagen a una segunda instancia, para una correcta valoración.

TALÓN NEGRO VS MELANOMA (REF 1511)

Rodríguez Blanco, Ana Fátima
C.S A Estrada

DESCARGAR PDF

CASO CLÍNICO: Varón de 15 años, sin antecedentes medico-quirúrgicos de interés.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude a nuestra consulta porque desde hace 2 semanas presenta una lesión pigmentada marrón-negruzca en la parte interna del talón, asintomática.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Mácula pigmentada de color marrón-negruzca en parte interna del talón de 15x 9 mm.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Dermatoscopio: distribución del pigmento homogéneo con glóbulos de pigmento en la periferia y líneas paralelas a los dermatoglifos. Al raspado de la lesión con una cureta se observan en la primera fase puntos hemorrágicos que desaparecen con el siguiente raspado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Melanoma cutáneo.

DIAGNÓSTICO: Es clínico. Además las lesiones melanocíticas no pierden su pigmentación con el raspado y el Talón negro puede resolverse tras el raspado del estracto córneo. La distribución del pigmento mediante el dermatoscopio también nos indica benignidad. El diagnóstico definitivo, sin duda, será la biopsia cutánea.

JUICIO CLÍNICO: "Black heel", "Talón negro (Petequias del calcáneo)", "Hematoma subcórneo", "Seudocromidrosis plantar", "Talón de baloncesto", " Hiperqueratosis hemorrágica".

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Talón negro es una lesión benigna, autolimitada y asintomática. Típica de deportistas tras el traumatismo continuo con la consiguiente rotura de capilares (extravasación de eritrocitos a la capa córnea) que atribuye a la lesión esa tinción marronácea-negruzca característica. La relevancia clínica radica en su parecido morfológico con el Melanoma cutáneo y en la importancia de su diagnóstico diferencial, dada su malignidad.
El raspado y el dermatoscopio, junto con una adecuada anamnesis, pueden evitar la realización de una biopsia cutánea. Otra lesión de semejantes características es la denominada "palma negra" en la eminencia tenar, típica de gimnastas, golfistas.....

TENGO UNA HERIDA EN EL PIE (REF 1598)

Magariños Ares, Diana; Rilo Castelao, Ana
Centro de saúde de Cambre

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Urgencias Extrahospitalarias.

Paciente de 71 años que acude a PAC por presentar herida con mala evolución en pie derecho. Como antecedentes personales presenta esquizofrenia paranoide a tratamiento con flufenazina mensual.

Cuando exploramos a la paciente vemos lesión nodular pigmentada de 1.5x1 cm en arco plantar de pie derecho.
Nos cuenta que presenta dicha lesión desde hace más de 1 año, pero que en los últimos días está más roja que habitualmente y las curas habituales que realiza en su domicilio no ayudan a que cicatrice. Con la sospecha de melanoma nodular ulcerado realizamos interconsulta a Dermatología de alta resolución, obteniendo dicho diagnóstico de sospecha y citando para realizar exéresis de la lesión y biopsia, que lo confirma.

Se realiza linfadenectomía inguinal con evidencia de metástasis a ese nivel, y TC y RMN cerebral de estadiaje. Se encontró nódulo tiroideo que no presenta indicación quirúrgica debido a la morbimortalidad del melanoma, y no pudo indicarse tratamiento adyuvante con INF alfa debido a su comorbilidad psiquiátrica.

Ha presentado además una metástasis a nivel de muslo derecho.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática, pero sabemos que su pronóstico a corto-medio plazo no es bueno, sobre todo teniendo en cuenta lo tardío del diagnóstico.

CONCLUSIONES: La importancia de un diagnóstico precoz de las neoplasias malignas de la piel, entre ellas el melanoma. La necesidad de campañas de prevención secundaria contra este tipo de patologías que son visibles fácilmente y que presentan signos de alarma que pueden ser reconocibles por la población general. La utilidad de las vías rápidas de detección de neoplasias en algunas áreas sanitarias.

TEÑO UNHA MOLESTIA (REF 1568)

Silva Penas, Martina; Puga Bello, Ana Belén
Centro de Salud Elviña-Mesoiro; C.S. Présaras-Vilasantar

DESCARGAR PDF

Paciente de 66 anos que acode a consulta por dor centrotorácico que se iniciou onte pola tarde mentres ía camiñando, que durou aproximadamente 3 mins, refire que ao parar de camiñar cedeu a dor, sen acompañarse de cortexo vexetativo. Ademáis, refire leve "molestia" continua (se está entretido, non o nota) a nivel de cara anterior do hemitórax esquerdo de tres días de evolución, que non se modifica cos movementos nin á palpación.

Uns días antes, consultara por hernia a nivel de linea media abdominal, de moitos anos de evolución que foi en aumento moi lentamente e que nos últimos días lle daba molestias.

Como AP de interese, o paciente presenta HTA de recente inicio, dislipemia, polipectomía en 2013, episodio de amaurosis fugax en 2008.Como tratamento habitual: Tromalyt 300, Simvastatina 10.

Na EF chama a atención unha hernia a nivel de tercio medio abdominal pulsátil, os ruidos hidroaéreos están presentes, non se auscultan soplos abdominais, os pulsos femorais e pedios están presentes e son simétricos. Presenta cifras tensionais en torno 160-170/90 en ambos brazos. Realízase ECG con datos de HVE e desviación do eixe á esquerda -115.

Na consulta previa, solicitárase Rx de abdome que non mostra alteracións significativas e Rx de tórax onde impresiona de ensanchamento mediastínico e desprazamento traqueal á dereita en posible relación con patoloxía aórtica.

Ante a sospeita de patoloxía aórtica e a clínica referida, o paciente é derivado ao Hospital.

Durante o seu ingreso no Hospital realízase anxio-TC que descarta tromboembolismo e mostra a presencia dun aneurisma de aorta ascendente de 5.3 x 4.8 cms e atelectasia de lóbulo inferior esquerdo. Valorado por Cirurxía Cardíaca,

recomendan seguemento ecográfico por Cardioloxía. Complétanse estudios con TC toraco-abdominal que mostra pequena tumoración de 1,7 cm de bordes ben delimitados con algunha calcificación que oclúe o bronquio do lóbulo suxestiva de tumor carcinoide. Realízase broncoscopia e o paciente é dado de alta pendente do resultado da biopsia bronquial. O paciente durante o ingreso permanece estable, asintomático e sen complicacións.

DIAGNOSTICO:
- Lesión en bronquio basal posterior izquierdo.
- Aneurisma de aorta ascedente.
- Hipertensión arterial. Cardiopatía hipertensiva.

TIROIDITIS SUBAGUDA: UNA CAUSA DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (REF 1479)

Ordóñez Agrafojo, Noemí; Castro Cives, Ana; Capeáns González, Belén
C. S. Conxo; C. S. Concepción Arenal; C. S. Arzúa

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Servicio de Urgencias.

MOTIVO DE CONSULTA: Fiebre

HISTORIA CLÍNICA: Mujer de 49 años, sin antecedentes personales de interés. Consulta por fiebre de 12 días de evolución, de predominio vespertino, acompañada de sudoración y cefalea occipital. Tratada previamente por su MAP como una viriasis con paracetamol sin mejoría. No otra sintomatología.

Exploración física: Adenopatías cervicales subcentimétricas ligeramente dolorosas a la palpación. Resto de exploración sin hallazgos.

Pruebas complementarias:
- Analítica de sangre: VSG y Hormonas tiroideas elevadas con TSH suprimida; resto dentro de la normalidad.
- Orina, Rx tórax, TAC craneal, punción lumbar y ecografía abdominal sin hallazgos.
- Ecografía tiroides: LTD de 2x2x4 cm; Istmo de 4.5 mm. LTI de 2.3x1.4x4.3 cm. Ambos lóbulos de características similares con nódulos hipoecoicos. Hallazgos compatibles con bocio multinodular.
- Gammagrafía tiroidea: Captación intratiroidea de Tc99m anulada compatible con el diagnóstico de tiroiditis subaguda.

JUICIO CLÍNICO: Tiroiditis subaguda de Quervain.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: patologías que asocien dolor cervical anterior (hemorragia aguda dentro de un nódulo, infección de quistes, celulitis, etc), procesos que cursen elevación de VSG y con el resto de tiroiditis (T. Hashimoto, T. Linfocitaria silente, etc).

TRATAMIENTO Y PLANIFICACIÓN AL ALTA: Ingreso para tratamiento con Betabloqueantes y AINES. Al alta, seguimiento en Endocrinología.
EVOLUCIÓN: Estable clínicamente con hipotiroidismo subclínico.

CONCLUSIONES: La Tiroiditis subaguda de Quervain es una entidad relativamente frecuente (5%) y constituye la causa más común de tiroides doloroso, afectando mayormente a mujeres entre 30-50 años. Frecuentemente le precede de un cuadro infeccioso del tracto respiratorio superior. La sintomatología inicial es de astenia, malestar general y, con frecuencia, dolor en la zona tiroidea. Cursa con elevación importante de la VSG y de las hormonas tiroideas con descenso notable de TSH. En casos leves, la administración de AINEs es suficiente para detener el proceso, precisando corticoides orales y betabloqueantes los casos más complejos. Es una patología a tener en cuenta en ante una mujer de mediana edad con fiebre de origen desconocido y con dolor cervical anterior para instaurar el tratamiento médico de forma precoz y evitar medidas innecesarias.

GOTA TOFÁCEA. IMPORTANCIA DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN ATENCION PRIMARIA (REF 1607)

Da Costa Otero, Mª Fátima; Lueiro González, Natalia; Fernández Merino, Carmen
C. S. A Estrada

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria.

MOTIVOS DE CONSULTA: Dolor mano derecha

HISTORIA CLÍNICA:
Antecedentes personales: Politraumatismo en 2001 con deterioro cognitivo posterior. Hiperuricemia.

Anamnesis: Paciente varón de 42 años que acude a consulta por dolor y tumefacción en ambas manos, a nivel de articulaciones interfalangicas desde hace quince días. Además presenta lesiones nodulares blanquecinas a ese nivel con drenaje del contenido al exterior. Sin otra clínica asociada.

Exploración:
Miembro superior: Tumefacción en bursa olecraniana izquierda, sin eritema ni incremento del calor local. Tumefacción, eritema, incremento del calor local y dolor en articulaciones interfalángicas distales de tercer y cuarto dedo de mano derecha y quinto dedo de la mano izquierda, Depósitos de tofos subcutáneos en ambas manos y pabellones auriculares.´

Pruebas complementarias
Se solicitó analítica de sangre y radiografia de ambas manos
Analítica de sangre: ácido úrico 10.6 mg/dl. Función renal, hemograma y coagulación normales.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Ausencia de parientes cercanos que convivan con el enfermo

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:

El diagnóstico diferencial se hizo con: pseudogota.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Se inicia tratamiento con Indometacina cada 8 horas y Colchicina cada 24 horas para agregar tras episodio agudo los hipouricemiantes y se solicita interconsulta a Reumatología. Que confirma el diagnóstico y completa tratamiento, pasando a control en atención Primaria.

EVOLUCIÓN: Ante la ausencia de mejoría clínica y dadas las condiciones sociales del paciente, que no cumple tratamiento se solicita intervención de la Trabajadora Social y gracias a voluntarios de Cáritas se acude a domicilio para asegurar cumplimiento observando mejoría importante de la clinica .

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina de familia): La importancia y aplicabilidad de este caso para atención primaria se centra en la actuación multidisciplinar que se requiere en ocasiones y que tenemos a nuestra disposición para la resolución de problemas, así como en la frecuencia de patología osteomuscular en nuestras consultas.Además la localización de tofos en manos y orejas no se encuentra entre las localizaciones mas frecuentes.

TRABAJAR DE SOL A SOL (REF 1528)

Noya Vázquez, Leticia; Díaz Fernández, Paula; Formigo Couceiro, Francisco

C. S. Conxo; C. S. Concepción Arenal; C. S. Concepción Arenal

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

MOTIVOS DE CONSULTA: Dolor y debeilidad en los cuatro miembros.

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual: Antecedentes personales, Anamnesis, Exploración, Pruebas complementarias.
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas o enfermedades médico-quirúrgicas conocidas. Albañil. Realiza ejercicio físico regularmente.

Anamnesis: Varón de 39 años con mialgias y debilidad en los cuatro miembros desde hace dos días tras carga laboral excesiva en ambiente con altas temperaturas. Refiere orina colúrica el día anterior a la consulta, sin otra clínica asociada. Niega fiebre o sensación distérmica.

Exploración física: destaca una complexión atletica e hipertrofia muscular, pero mantiene una postura antiálgica con flexión de ambos brazos y dificultad para realizar su extensión por intenso dolor. Presenta molestias a la palpación de varios grupos musculares en las cuatro extremidades y pérdida de fuerza de 3/5. Los reflejos osteomusculares son normales. No presenta alteración de la sensibilidad. No existen datos de flogosis o infección y el resto de la exploración es normal.

Pruebas complementarias:
Analítica de sangre: CPK 15.020 (UI/l), GOT 183 (UI/l). Función renal y resto de parámetros normales.
Tira reactiva y analítica de orina: normales.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Estudio de la familia y la comunidad: Sin interés.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:
El diagnóstico diferencial se hizo con: distrofias musculares, Miastenia Gravis, trastornos metabólicos, infecciones,...
Juicio clínico: Rabdomiolisis secundaria a ejercicio físico intenso.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Dada nuestra sospecha el plan a seguir fue: remitir al paciente al Servicio de Urgencias para mantenerlo en observación con perfusión intravenosa de suero salino junto al control de diuresis y analgésicos.

EVOLUCIÓN: El paciente es dado de alta tras mejoría del cuadro, indicando reposo domiciliario con ingesta de abundante líquido y fármacos para el dolor. Dos días después, acude a nuestra consulta donde se realiza control analítico con descenso de CPK y con remisión de la sintomatología.

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina de familia): La rabdomiolisis es un cuadro clínico poco frecuente pero que nos podemos encontrar en nuestra práctica clínica habitual. Los síntomas pueden variar desde leve mialgia a debilidad muscular severa e implicar situaciones de riesgo. Existe una gran variedad de factores etiológicos.
Respecto al tratamiento, el punto más importante es la hidratación para prevenir la insuficiencia renal, así como eliminar el agente causante y prevenir las complicaciones. Se debe poner una perfusión intravenosa de suero salino fisiológico, así como controlar la diuresis.

TRAS UN SINCOPE CARDIOGÉNICO… NO OLVIDAR LA MIOCARDITIS (REF 1476)

Frade Fernández, Ana María; Azálgara Lozada, Mónica; Puga Bello, Ana Belén.

EOXI A Coruña. C.S. Sobrado; EOXI A Coruña; EOXI A Coruña. Atención Primaria. C.S.Vilasantar

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Urgencias hospitalaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Síncope.

HISTORIA CLÍNICA:
Antecedentes personales:
- No alergias ni tóxicos.
- Lupus eritematoso discoide.
- Sintrom por TVP de repetición (estudio hipercoagulabilidad normal).
- Necrosis aséptica de ambas cabezas femorales.

Anamnesis: Varón, 39 años, previamente asintomático, presenta súbitamente síncope de perfil cardiogénico de unos 30 segundos mientras está realizando un esfuerzo moderado al subir una cuesta. Se precedió de mínima molestia torácica y de disnea muy poco. Se da una rápida recuperación ad integrum.

Exploración física: Anodina.

Pruebas complemetarias:
- ECG Centro de Salud: FA paroxística (autorresuelta en horas) 96 lpm con extrasistolia ventricular frecuente polimorfa; alteraciones difusas de repolarización (T negativas I, II, aVF, V4-V6) se decide traslado hospitalario.
- Analítica: troponina I mínimamente elevada. INR: 2,59. Dímeros D: 296. TSH: 1,23.
- TC craneal/coronariografía/biopsia endomiocárdica: anodinas.
- ECO: disfunción VI moderadamente deprimida, acinesia apical/septoapical (FE VI 30-44 %).
- RM cardíaca: compatible con miocarditis.
- Intercon¬sulta a Reumatología: VSG: 41; PCR: 1,35; autoinmunidad y complementos negativos. Descarta etiología lúpica sistémica.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y ENFOQUE: recopilados los datos reseñados, existían dudas sobre si estábamos ante una miocardiopatía dilatada de base versus infarto previo (tuvo trombosis venosa previa). Se pidió una RM cardíaca que confirmó diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Disfunción isquémica con IAM silente (por las alteraciones segmentarias). Miocardiopatía dilatada. Taquimiocardiopatía. Miocarditis lúpica. Miocarditis vírica. Patología intracraneal.

JUICIO CLÍNICO: Miocarditis subaguda idiopática (probablemente vírica).

TRATAMIENTO Y PLANES DE ACTUACIÓN: fue ingresado en UCI para vigilancia monitorizada.

EVOLUCIÓN Se mantuvo estable y asintomático.

CONCLUSIONES: Ante un síncope de perfil cardiogénico, se ha de intentar siempre filiarlo, dado que se plantean diversos diagnósticos diferenciales.
Tras estudio en UCI, sin evidencia de síndrome coronario agudo y descartada la posibilidad de miocarditis lúpica, se plantea síncope por una muy probable taquiarritmia ventricular autolimitada en contexto de probable miocarditis vírica. No se inicia tratamiento inmunosupresor y se optimiza el tratamiento neuro-

hormonal de disfunción VI (sintrom, bisoprolol, ramipril), con buena respuesta, por lo que se decide posteriomente la implan¬tación temporal de DAI como prevención secundaria.

TUMOR MUCINOSO DE OVARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO (REF 1523)

Noya Vázquez, Leticia; Díaz Fernández, Paula; Proupín Vázquez, Norberto

C. S. Conxo; C. S. Concepción Arenal; C. S. Conxo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Especializada (ginecología)

MOTIVOS DE CONSULTA: Aumento del perímetro abdominal.

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual: Antecedentes personales, Anamnesis, Exploración, Pruebas complementarias.
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas.

Anamnesis: mujer de 35 años que acude a nuestra consulta por distensión del hemiabdomen inferior, de una semana de evolución. Niega dolor abdominal, clínica miccional o alteración en el tránsito intestinal. No alteraciones menstruales, dismenorrea ni amenorrea. No refiere astenia, anorexia ni adelgazamiento ni otra clínica por aparatos y sistemas.

Exploración: Buen aspecto general. A la inspección, se visualiza una tumoración en hipogastrio sin ruídos a la auscultación. No refiere dolor a la palpación pero sí presenta una induración. No adenopatías inguinales ni en otra localización. El resto de la exploración es normal.

Pruebas complementarias:
Gravitest: negativo.
Analítica de sangre: hematimetría, bioquímica y coagulación normales.
Biomarcadores (alfafetoproteína, CEA II, Ca 19´9 Ca 125): normales.
Ecografía abdominal: imagen ecolúcida de aspecto quístico, trabeculada y con líquido en su interior de probable origen ovárico izquierdo, de aproximadamente 15x17 mm. No se visualizan adenopatías ni líquido libre.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO: Estudio de la familia y la comunidad: Sin interés.

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: Se planteó como diagnostico diferencial:

1. Gestación/ gestación ectópica
2. Mioma
3. Globo vesical.
4. Riñón pélvico.
5. Absceso apendicular.
6. Carcinoma.
7. Metástasis.

Nuestra sospecha diagnóstica era: Neoplasia ovárica.

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN: Ante los hallazgos obtenidos, se realiza interconsulta con Ginecología.

EVOLUCIÓN: Se incluyó en lista de espera quirúrgica realizándose anexectomía izquierda con resultado anatomopatológico de Cistoadenoma Mucinoso benigno de ovario.

CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina familiar y comunitaria): La importancia de este caso en atención primaria reside en la variedad de patologías que incluímos en el diagnóstico diferencial de la masa abdominal y en la importancia de las pruebas complementarias y a las que podemos tener acceso en muchos centros de salud. Los tumores de ovario son formas comunes de neoplasias en mujeres. Los de origen mucinoso representan el 25%. Es posible que no presente síntomas hasta fases avanzadas. Su diagnóstico se realiza con test de gestación, analítica con marcadores, técnicas de imagen y biopsia. El tratamiento depende del deseo gestacional de la paciente: salpingooforectomía, tumorectomía con reconstrucción del ovario o histerectomía total con salpingooforectomía bilateral.

TUMORACIÓN EN NALGA EN VARÓN JOVEN. LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA AMBULATORIA. (REF 1591)

Rego Sieira, Esther; García Méndez, Leopoldo; Gonzálvez Rey, Jaime

Centro de Saúde Matamá, Vigo

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria. Consultas externas de Cirugía General.

MOTIVO DE CONSULTA: Tumoración en nalga izquierda.

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual:

- Antecedentes personales: Intervención en Ligamento cruzado anterior de rodilla derecha, resto sin interés.
- Anamnesis: Varón de 18 años que acude a nuestra consulta refiriendo cuadro de un mes de evolución de nódulo en nalga izquierda, no doloroso, no asociado a fiebre ni clínica infecciosa.
- Exploración: Tumoración dura, de aspecto pétreo en zona central de nalga izquierda, de aproximadamente unos 8x4cm de diámetro, escasamente rodadera, no dolorosa y sin signos de complicación local, con piel local respetada y no adherida a planos profundos
- Pruebas complementarias: Analítica completa normal. Ecografía ambulatoria: Área multilobulada (12-13 aprox) de tejido conectivo con tabiques, vascularización arterial y venosa, unido a plano muscular por interfase de fibrosis. RMN: Tumoración adyacente a pliegue glúteo izquierdo, sugestiva de angioleiomioma sin que se pueda descartar otras tumoraciones hipervasculares .

JUICIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Tumoración de partes blandas. Schwanoma benigno.

TRATAMIENTO: Exéresis.

CONCLUSIONES: Los tumores del tejido muscular pueden ser de varios tipos:

- Afectando a músculo liso: Leiomioma y angiomioma (Benignos). Leiomiosarcoma (Maligno).
- Afectando a músculo estriado: Rabdomioma del adulto (Benigno). Rabdomiosarcoma (Maligno).

Los Schwannomas, son tumores neurales que crecen dentro de la vaina de mielina. Tienen un crecimiento lento y pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, pero su localización a nivel de los nervios periféricos, más aún en miembros inferiores es extremadamente infrecuente.

La consulta de Atención Primaria representa siempre la puerta de entrada a la mayoría de las patologías de nuestros pacientes. La rápida actuación y derivación al Servicio de Cirugía para exéresis permitió descartar en un margen razonable de tiempo la presencia de un tumor maligno. Por otro lado cabe también destacar la importancia del uso de recursos ambulatorios como la ecografía ambulatoria permitió enviar el caso a las consultas de atención especializada de forma definida y con una sospecha diagnóstica aceptablemente correcta.

UN CASO CON MAL PIE… (REF 1535)

Fariña Rey, Laura; Óscar Ferreiro Uriz; Lourdes Alfaya García
Centro de Salud Os Mallos

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Fiebre y malestar general

HISTORIA CLÍNICA: Varón de 69 años que acude a consulta con su MAP por fiebre elevada y malestar general de 3 días de evolución. Entre los antecedentes personales del enfermo: HTA. Diabetes Mellitus. Síndrome isquémico crónico grado II en MII.

El paciente refiere que desde hace 3 días presenta fiebre elevada en domicilio (de hasta 38ºC) que no responde a antitérmicos, y que se acompaña de sensación de debilidad generalizada y sudoración profusa. No relata dificultad respiratoria. No dolor abdominal. No náuseas ni vómitos. No alteraciones del hábito intestinal ni síntomas urinarios. Interrogando al paciente, relata que hace 2 semanas sufre un traumatismo casual en pierna izquierda apareciendo aumento de volumen, dolor, calor y rubor en la zona que han ido empeorando desde entonces. La exploración física revela en cara dorsal de MII una zona eritematosa , dura y caliente al tacto. De forma sistémica se detecta un soplo cardiaco no presente previamente. Resto sin alteraciones salvo Tª de 38,5ºC

Dada la gravedad del cuadro y la patología de base del enfermo decidimos trasladar al paciente al S. Urgencias para completar estudios:
- Analítica: Glucosa 275, leucocitos 11.69, Neutrófilos 84,9%. PCR 25,3 FR 35
- Hemocultivos: Se aisla S Aureus Metcilin sensible
- Aspirado de pie en MII: S. Aureus Meticilin S
- Resto sin alteraciones

DIAGNOSTICO: Endocarditis aguda bacteriana secundaria a infección de piel y partes blandas en MII

TRATAMIENTO: Cloxacilina durante 4 semanas

La evolución del paciente fue favorable siendo dado de alta 4 semanas más tarde sin complicaciones sistémicas

CONCLUSIONES: Este caso clínico pretende resaltar la importancia del cuidado y tratamiento precoz de las heridas en pacientes diabéticos desde Atención primaria, puesto que las complicaciones más frecuentes son la afectación de nervios y arterias. Fundamental la educación sanitaria, la revisión periódica de la piel de estos pacientes y vigilancia exhaustiva de heridas, puesto que de lo contrario dan lugar a importantes complicaciones.

UN PEQUENO AVISO (REF 1520)

Barreiro Cambeiro, Alicia; Rodríguez Mena, Miguel; Buceta Eiras, María Goretti
Centro de saúde de Elviña - A Coruña

DESCARGAR PDF

Muller de 64 anos. Hipertensión arterial con mal control de cifras tensionais. Diabetes Mellitus con mal control metabólico. Dislipemia. Obesidade. Fibromialxia. Tratamento habitual con Exforge, Xelevia, Levemir, Atorvastatina, Tromalyt, Dolotren, Natecal, Hemovas, Venlafaxina, Esomeprazol e Targin.

Acude a PAC ás 16 h por visión dobre dende ese mesmo día sobre as 13 h cando mira "de lonxe". Sensación de visión borrosa dende o día anterior. Non cefalea. Non mareo. Non dor torácica nin palpitacións. Non náuseas/vómitos. Non outra clínica.

Na exploración física, só se obxectiva parálise do VI par do ollo dereito. Realízase un elecrocardiograma en ritmo sinusal a 75 lpm, sen alteracións.
Derivada a segundo nivel asistencial, realízase TAC cerebral, sen alteracións significativas, e RMN cerebral onde se obxectiva patoloxía de pequeno vaso sen outras alteracións, sendo diagnosticada de parálise de VI par de orixe vascular, sendo dada de alta asintomática e intensificando o tratamento de control de factores de risco cardiovascular.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: A importancia do control estricto dos factores de risco cardiovascular, recordando que a medida máis efectiva para diminuír a incidencia e a prevalencia da enfermidade cardiovascular é o control dos seu factores de risco dende Atención Primaria.

De todos os factores que nos atopamos na consulta, o de maior relevancia é a hipertensión arterial, polo que se debe insistir nun control estricto das súas cifras. Así mesmo, os pacientes diabéticos tamén presentan un risco elevado de desenrolar enfermidade cerebrovascular e neles o control dos factores de risco debe ser aínda máis estricto. Por outra banda, a dislipemia require obxetivos cada vez máis ambiciosos, alcanzando cifras de colesterol-LDL menores.

A asociación de FRCV multiplica o risco. A nosa paciente sumaba todos os "puntos" (HTA + DM + DLP + Obesidade, mal controlados) para recibir un "pequeno aviso" que a alertara da importancia do seu control.

UN PROBLEMA "APRETADO" (REF 1570)

Alvar Pariente, Sara; Sánchez Grandal, Eva; Martínez Varela, Alejandro
Centro de Salud Elviña-Mesoiro

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Servicio de Urgencias.

MOTIVO DE CONSULTA: dolor en el tobillo izquierdo

HISTORIA CLÍNICA: Paciente de 23 años, sin antecedentes de interés, que acude al servicio de Urgencias porque presenta dolor muy importante a nivel del tobillo izquierdo y además pérdida de la sensibilidad del primer dedo de ese pie. La paciente nos cuenta que hace cinco días fue atendida por un esguince de tobillo en ese pie, cuando le colocaron un vendaje funcional, pero el dolor en el tobillo ha ido en aumento hasta el momento en el que acude a consultar. Inicialmente retiramos el vendaje que comprimía de forma importante el tobillo de la paciente. A la exploración física, la paciente presentaba ausencia de sensibilidad táctil, dolorosa y propioceptiva del primer dedo del pie izquierdo, así como limitación para la flexión dorsal del dedo. La perfusión distal está conservada con pulsos pedios presentes.

Comentamos el caso con el Traumatólogo de guardia que coincide con nuestra sospecha de paresia de ciático poplíteo externo a nivel distal (nervio peroneo anterior). Se solicita una electroneuromiografía para dos semanas después que confirma nuestro diagnóstico.
La paciente se encuentra ahora a seguimiento por Traumatología, pendiente de la resolución del cuadro.

CONCLUSIONES: Las neuropatías por compresión son relativamente frecuentes en pacientes portadores de yeso o, como en el caso de nuestra paciente, vendajes muy compresivos; por lo que debemos estar familiarizados con la clínica así como tranquilizar al paciente de que el proceso es benigno y tiende a la resolución completa del cuadro.

UNA MISMA CAUSA, DIFERENTES PATOLOGÍAS. (REF 1596)

Rilo Castelao, Ana; Magariños Ares, Diana; Fariña Rey, Laura
Centro de saúde de Cambre; Centro de saúde de Cambre; Centro de saúde Os Mallos)

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

Paciente de 79 años que consulta por pérdida del habla y desconexión del medio. No presenta alergias medicamentosas conocidas. Es fumador de 20 cigarrillos diarios, hipertenso, dislipémico y diabético con buen control. Presenta arteriopatía periférica en miembros inferiores, siendo sus tratamientos habituales metformina, AAS, enalapril y atorvastatina.

A su llegada a nuestro centro destaca afasia, desviación de la comisura bucal y hemiparesia izquierda. Trasladamos al paciente a Urgencias del Hospital, donde con juicio clínico de ictus fronto-insular izquierdo cardioembólico (por fibrilación auricular no conocida previamente) se realiza fibronolisis y control posterior en planta de Neurología. Es dado de alta con AAS 300 mg, estando contraindicada anticoagulación inmediata por verse pequeños hematomas en tálamo en TC de control.

Durante el mes posterior acude a nuestra consulta en unas tres ocasiones. En una de ellas refiere diarrea, sin datos de alarma por lo que indicamos medidas dietéticas. En otra de ellas consulta por clínica de dolor intenso en hemiabdomen izquierdo y diarrea acuosa, presentando signos de deshidratación. Ante la alta sospecha de isquemia intestinal derivamos al paciente de nuevo al Servicio de Urgencias, confirmándose el diagnóstico y realizándose resección intestinal y anastomosis yeyuno-ileal.
Se realiza nuevo TC de control en el que se observa reabsorción de hematomas cerebrales y se inicia anticoagulación con enoxaparina, posteriormente con acenocumarol.

En un mes hemos visto dos manifestaciones embólicas de la fibrilación auricular en un mismo paciente. Se mantiene con buen estado general y no ha referido sangrados secundarios a anticoagulación.

Actualmente presenta celulitis en primer dedo de pie derecho, de difícil manejo debido a su mala vascularización distal.

CONCLUSIONES: La importancia que tiene el conocimiento fisiopatológico de la fibrilación auricular, una de las arritmias más frecuentes. La importancia de la exploración física en atención primaria y urgencias extrahospitalarias. La dificultad de evaluar entre riesgos y beneficios de la anticoagulación. La ventaja de que un mismo profesional, en este caso el médico de atención primaria, realice el seguimiento de los pacientes que han estado ingresados recientemente en el Hospital.

UNA SIMPLE ADENOPATÍA (REF 1560)

Gómez Rodríguez, Laura; Buceta Eiras, María Goretti
Centro de Saúde Os Rosales - A Coruña; Centro de Saúde de Elviña - A Coruña

DESCARGAR PDF

ÁMBITO: Atención Primaria.

MOTIVO CONSULTA: Paciente de 63 años, consulta por bultoma en cuello.

HISTORIA CLÍNICA:

- Antecedentes personales: Trabaja como conductor. Ex-fumador (3-4 c/d). Bebedor de 3 cervezas/día. No HTA, ni cardiopatía. BCO. Síndrome de Menière. Hipoacusia bilateral. Micropolipósis colónica.
- Tratamiento: Zolpidem, Betahistina. AAS. Omeprazol. Tiotropio. Budesonida.
- Paciente que acude por referir bultoma laterocervical izquierdo desde hace una semana. Tos seca ocasional, esa mañana esputo hemoptoico. Adelgazó 7 kgs en 5 meses (pérdida de apetito y dieta hipocalórica).

EXPLORACIÓN FÍSICA: Anodina, excepto gran adenopatía laterocervical-supraclavicular izquierda, consistencia pétrea, móvil, no dolorosa, se desplaza en profundidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En Atención Primaria se realiza ecografía y se solicita Rx:
Ecografía:

- Cuello: Adenopatías de aspecto tumoral.
- Abdomen: Nódulos hipoecoicos hepáticos (mayor 34x21mm en LHI), sugieren metástasis. Imagen hipoecoica en cabeza pancreática, impresiona de páncreas ventral, sin descartar lesión focal.

Rx de tórax: Masa pulmonar perihiliar izquierda. Pérdida de volumen pulmonar (LSI), áreas de neumonitis obstructiva distal. Posibles adenopatías perihiliares y paratraqueales. Derrame pleural izquierdo. Nódulo pulmonar apical de LSD, de 5 mm.

ENFOQUE: Con una adenopatía supraclavicular izquierda, sería sospechosa de nódulo de Virchow (sugiere origen abdominal). En este caso, ecográficamente se demuestran adenopatías derechas, asociadas con neoplasias intratorácicas.

Se deriva a Atención Especializada para continuar estudio:
Neumología: Espirometría: normal. Punción de adenopatía supraclavicular negativa. BFC: infiltración tumoral en LSI. Biopsia: carcinoma de célula.
TAC tóraco-abdominal: Carcinoma pulmonar izquierdo con infiltración mediastínica. Extensa afectación ganglionar bilateral, supraclavicular y metástasis hepáticas, pulmonares y óseas.
TAC cerebral: Metástasis única de 35 mm en giro frontal superior del hemisferio cerebral derecho, invade cuerpo calloso.

JUICIO CLÍNICO: Carcinoma de pulmón de célula pequeña estadío IV. Metástasis ganglionares, hepáticas, pulmonares y óseas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Adenopatías inflamatorias, infecciones intratorácicas, sarcoidosis, linfoma…

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN: Ingresa en Oncología, inician radioterapia holocraneal y quimioterapia (carboplatino-etopósido), sólo tolera un ciclo. Es dado de alta con aceptable estado general, pendiente de valorar reiniciar tratamiento citostático paliativo. Empeoramiento paulatino del estado general, falleciendo a las 2 semanas.

CONCLUSIONES: Una adenopatía de inicio reciente orientaría hacia etiología infecciosa/inflamatoria. Las pruebas complementarias (destacar ecografía realizada en Atención Primaria) orientan al diagnóstico.

UNHA VARICELA COMPLICADA (REF 1569)

Silva Penas, Martina; Fernández Santamaría, Maria de los Ángeles
Centro de Salud Elviña-Mesoiro; PAC Cambre

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Erupción cutánea.

HISTORIA CLÍNICA:
Antecedentes persoais: Non alerxias medicamentosas coñecidas. Correctamente vacinada. Epilepsia Benigna da Infancia a tratamento con ácido valproico. Ingresos por convulsión e ITU febril.

Anamnese: Paciente de 5 anos que é levada a PAC por lesións cutáneas de poucas horas de evolución, sen prurito, tras cadro febril de varios días polo que non consultou, sendo diagnosticada de Varicela iniciando tratamento sintomático. Seis días despois, acode novamente por múltiples lesións en tronco e cara e febre persistente a pesar de tratamento con antitérmicos cada 4h. Ante a sospeita de varicela con mala evolución, a paciente é derivada ó servizo de Urxencias Pediátricas para valoración, desde onde ingresa. Desde o ingreso persiste febre e afectación do estado xeral, polo que se traslada a UCIP para vixilancia.

Nun primeiro momento, a paciente encóntrase afebril e eupneica, destacando unicamente na exploración vesículas e pústulas en cara e tronco. Tras seis días, presenta lesións vesiculosas de contido claro de predominio en tronco e cara, tamén afectan a extremidades, palmas e plantas, ademais, lesións peribucais de aspecto sobreinfectado, con costra melicérica.

Probas complementarias: nas analíticas realizadas durante o ingreso, destaca unha hipoproteinemia, que se corrixe con albúmina. Hemocultivo: S. Pyogenes. IFD vesículas: positivo para VVZ.

XUÍZO CLÍNICO: Varicela.

TRATAMENTO E EVOLUCIÓN: durante o ingreso da paciente en UCIP, confirmouse a infección por varicela, ademais íllase en hemocultivo S.Pyogenes sensible a penicilina. Foi tratada con amoxicilina-clavulánico e aciclovir durante 10 días, así como con eritromicina tópica oftámica. Valorada por Oftalmoloxía en repetidas ocasións descartándose afectación corneal.

CONCLUSIÓNS: A varicela é unha infección causada polo virus varicela-zoster, que se contaxia por vía aérea ou polo contacto co líquido das vesículas. As lesións caracterízanse por atoparse en diferentes estadios evolutivos.Ata que todas as lesións se encontren en fase de costra, un paciente pode contaxiar a ouro. As complicacións máis frecuentes son as sobreinfeccións bacterianas e a neumonía varicelosa, que sempre debe descartarse.

Un cadro de varicela con mala evolución, confusión mental ou febre elevada persistente, debe derivarse a especialista.

UÑA DISTRÓFICA EN VARÓN DE 35 AÑOS (REF 1515)

Garrote Gómez, Berta María; Rodríguez Crespo, Pablo; Gómez Fernández, Paula María

C. S. San José B – A Coruña; C. S. Acea de Ma – Culleredo; Médico 061 – Santiago de Compostela

DESCARGAR PDF

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Onicodistrofia.

HISTORIA CLÍNICA: Varón de 35 años, que refiere alteración en uña de primer dedo de mano izquierda de 6 años de evolución, niega traumatismo previo, así como dolor u otra sintomatología. Como antecedentes de interés, el paciente presenta HTA de origen nefrogénico y trasplante renal izquierdo de donante cadáver hace 10 años. Su tratamiento habitual es: omeprazol, atenolol, micofenolato de mofetilo, sirólimus y prednisona. En exploración física dirigida, presenta distrofia ungueal lineal que recorre toda la uña de forma longitudinal y también en profundidad. Se realiza cultivo y se descarta onicomicosis. Posteriormente, se solicita interconsulta con el servicio de Dermatología mediante telemedicina.

JUICIO CLÍNICO: Distrofia ungueal canalicular de Heller por traumatismos repetidos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: onicomicosis, líquen plano, eccema, surcos fisiológicos, psoriasis ungueal, tumoral.

TRATAMIENTO: lubricantes ungueales y evitar traumatismos.

CONCLUSIONES: La onicodistrofia canaliforme de Heller, también llamada solenoniquia, es una alteración ungueal poco frecuente, pero con un aspecto clínico característico. Se manifiesta como un surco central longitudinal que se extiende desde la cutícula hasta el borde libre de la uña. Forma fisuras oblicuas milimétricas e intermitentes que se extienden dando un aspecto de abeto ó pluma. Su etiología más frecuente son los traumatismos de repetición. Otras causas son la inflamación e infección crónica de la uña, y menos frecuente los defectos congénitos del aparato ungueal. Su presentación más habitual es en ambos pulgares. El diagnóstico se realiza con la exploración física, además de la historia clínica detallada. No es inusual que el proceso remita espontáneamente y tampoco son raras las recidivas.

Es importante el diagnóstico de las distrofias ungueales así como su diagnóstico diferencial ya que muchas de las alteraciones que nos encontramos en las uñas pueden ser claves a la hora de sospechar patología grave.

Resultados de Investigación

DETERMINAR LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA EVOLUCIÓN DE LA DEPENDENCIA A LOS 6 MESES POST-TRASPLANTE HEPÁTICO (REF 1471)

Salvador Pita Fernández[1]; María del Carmen Piñón Villar[2]; María Teresa García Rodríguez[2]; Beatriz López Calviño[1]; Sonia Pértega Díaz[1]; Teresa Seoane Pillado[1]

[1] Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; [2] Servicio de Digestivo. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.

DESCARGAR PDF

OBJETIVO:
Determinar la mejoría en calidad de vida según la dependencia para actividades básicas(ABVD) e instrumentales(AIVD) de la vida diaria.

METODOLOGÍA:
- Ámbito.Centro hospitalario
- Periodo.1.03.2010-30.05.2014
- Estudio.Observacional de seguimiento prospectivo
- Criterios inclusión. ≥18años trasplantados hepáticos, consentimiento informado.
- Tamaño muestral.n=110 pre-tx(precisión=±9,4%;seguridad=95%); n=64 a los 6 meses.
- Mediciones. Etiologías, Child-Pugh, Meld, Score de Charlson, cuestionario-SF36, dependencia(ABVD -AIVD).
- Análisis estadístico. Comparación medias y correlación.
- Aspectos ético-legales: CEIC-Galicia(2010/082). Financiación:FIS-ISCIII(PI11/01255)

RESULTADOS:
La edad media fue 59,0±8,3 años, un 72,7 % hombres, 1,8% son trasplante hepatorenal, un 9,1 % son retrasplantes. El tiempo medio en lista 4,4 ± 4,0 meses.

La etiología más frecuente es la etílica (53,6%) y la disfunción hepática pretrasplante fue Child:8,0 ± 2,0 y Meld:15,0 ±5,6.
Se observa una descenso significativo del índice de comorbilidad de charslon ajustado por edad a los 6 meses post-trasplante frente al pre-trasplante (6,0 ± 1,8 vs.3,0 ±1,4;p<0,001).

Existe un descenso de la dependencia tanto para las actividades básicas (26,6% vs. 12,3%) como para las instrumentales (70,0% vs.33,8%).
Al estudiar la calidad de vida según el cuestionario SF-36, se observa una mejoría significativa en el componente sumatorio físico (pre-trasplante:41,6±9,5 vs.48,4±8,1:post-trasplante;p<0,001) como en el componente sumnatorio mental (pre-trasplante: 43,5±12,6vs.55,2±8,9:post-trasplante;p<0,001).
De los pacientes que se observa una mejoría del componente físico, disminuyeron su dependencia el 29,5% para las ABVD y el 75,0% para las AIVD. Los que mostraron una mejoría del componente mental, disminuyeron su dependencia el 22,4% para las ABVD y el 71,4% para las AIVD.

Se observa una tendencia de mejora de los componentes físico y mental de la calidad de vida al mejorar la dependencia para las ABVD(r=0,221;p=0,081 y r=0,165;p=0,197;respectivamente) y para las AIVD(r=0,330;p=0,008 y r=0, 167;p=0,191;respectivamente).

DISCUSIÓN
A los 6 meses post-trasplante mejora la comorbilidad, la dependencia y la calidad de vida.

La mejoría en la calidad de vida se incrementa al disminuir la dependencia.

ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN GENERAL DE 40 Y MÁS AÑOS DE EDAD (REF 1561)

Teresa Seoane Pillado; Salvador Pita Fernández; Sonia Pértega Díaz; Beatriz López Calviño.
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

DESCARGAR PDF

OBJETIVOS:
Estimar el riesgo cardiovascular en una muestra aleatoria poblacional de 40 y más años de edad.

METODOLOGÍA:
Diseño: Estudio observacional de prevalencia descriptivo
Periodo: Noviembre2009-Abril2011.
Muestra: Población ≥40años (n=1837, seguridad=95%, precisión±2,5%; 15%pérdidas), seleccionada por muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo. Consentimiento informado. CEIC-Galicia (ref:2008/264).
Mediciones: Variables antropométricas y analíticas, ecuaciones de estimación del riesgo cardiovascular (Framingham, REGICOR, Dorica y Score).
Análisis: Descriptivo, inferencia

RESULTADOS:
Edad media 61,9±12,5años, 54,3% son mujeres. El 42,6% tienen sobrepeso, obesidad 39,8%. Fumadores/exfumadores el 17,4%.
El 36,5% tienen antecedentes de hipertensión, el 51,1% de los hipertensos conocidos están mal controlados. De los no hipertensos el 26,5% presentan TAS/TAD ≥140/90mmHg.
La prevalencia de antecedentes de diabetes es 11,5%, del los diabéticos conocidos el 51,5% presentan valores de glucemia≥126mg/dL. De los no conocidos como diabéticos el 3,5% presentan glucemia≥126mg/dL.
El 57,4% presentan colesterol total>200mg/dl; HDL<60mg/dL un 59,5%; LDL≥160mg/dL el 19,5% y triglicéridos≥150mg/dL el 23,2%. Puntuación media del índice de Charlson 2,2±1,8 (mediana=2,0).
Presentan aclaramiento de creatinina<60mL/min/1.73m2 el 13,1% (CKD-EPI).
El riesgo cardiovascular global medio a 10 años fue: 11,8% (Framingham), 4,6% (REGICOR), 9,4% (DORICA) y 1,7% (SCORE).
Estratificando riesgo alto/bajo: 16,4% tienen riesgo alto (Framingham), desciende al 9,2% según la función REGICOR. Un 7,2% tienen riesgo alto de muerte cardiovascular (SCORE).
Los pacientes con insuficiencia renal (CDK-EPI) tienen más riesgo de evento cardiovascular según REGICOR (18,9% vs. 5,1%) y más riesgo de muerte cardiovascular según SCORE (15,2% vs. 2,5%).

CONCLUSIONES:
Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Aproximadamente el 10% tiene riesgo alto de padecer un evento cardiovascular a 10 años. La insuficiencia renal se asocia a mayor riesgo cardiovascular.

INTERVENCIÓN INTENSIVA EN TABAQUISMO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (REF 1612)

López Agreda, Sofía Zaida; Marioni Otero, Bruno
C. S. Gondomar

DESCARGAR PDF

OBJETIVO:
Analizar tasa efectividad a 8 años y factores asociados de intervenciones intensivas en tabaquismo desde atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO:
Seguimiento retrospectivo en fumadores sometidos a intervención intensiva multicomponente en 3 centros de salud, entre: 2006-2013.
Variables: genero, estado civil, estudios realizados, apoyo. Consumo fármacos-drogas. Tipo intervención. Test dependencia y cese de tabaco actualmente.
Análisis descriptivo y bivariante. Spss17.

RESULTADOS:
310 fumadores sobre los que se ha intervenido, se presentan resultados preliminares sobre 98 analizados. 55.1% son hombres. 83.9% con pareja estable. 50% estudios primarios y 4.4% sin estudios. 39.8% consume bebidas alcohólicas. Un 75% fuman 49p/año, la mediana es 30p/año.
Las medianas de Glover Nilson, Russel ,Richmond, Fagerstrom son, respectivamente:27, 15, 9, 5. El 68.5% puntúa muy importante dejar de fumar. 45% con confianza para lograrlo. 51.9% cree estar preparado. 27,8% han intentado dejar de fumar previamente con una mediana de 2 intentos, 58,2% de las veces sin éxito.
58.4% tienen apoyo familiar, 5.4% apoyo laboral y apoyo social 27.1%.
Se realizaron 741 sesiones con una mediana de 7 por fumador y el 75% tuvo 10 sesiones.
87.4% de las intervenciones fueron mixtas (mediana de 4); 12,6% individuales (mediana 2).
La tasa de cesación actual es 55.6% siendo mayor para hombres (P=0.05). Los hombres tienen también mayor apoyo familiar (p<0,001). Las mujeres presentan mayor patrón adictivo (p=0,02), menor imagen psicológica (p=0,03) y fuman menos p/año (p=0,04)

A mayor nº de sesiones individuales es más frecuente el mantenerse abstinente y también para las sesiones grupales (p= 0,01 en ambos casos)

CONCLUSIONES:
La tasa de cesación conseguida por la intervención intensiva en AP a 8 años es considerable. El patrón de los fumadores y de la cesación difiere según el género. El número de sesiones se relaciona con el mantenimiento de la cesación tabáquica después de 8 años."

LA FUERZA DE AGARRE DE LOS PACIENTES EN LISTA DE TRASPLANTE HEPÁTICO SEGÚN EL ESTADO NUTRICIONAL (REF 1489)

DESCARGAR PDF

Salvador Pita Fernández[1]; María Teresa García Rodriguez[2]; María del Carmen Piñón Villar[2]; Beatriz López Calviño[1]; Sonia Pértega Díaz[1]; Teresa Seoane Pillado[1]

[1] Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; [2] Servicio de Digestivo. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS
Determinar la fuerza muscular de la mano mediante la dinamometría, en pacientes en lista de trasplante hepático.
Determinar la dinamometría según la disfunción hepática y el estado nutricional.

MÉTODOS
- Ámbito.Centro Hospitalario
- Periodo:2010-2014
- Estudio.Observacional.
- Criterios inclusión.≥18 años en lista de pretrasplante, consentimiento informado.
- Tamaño muestral: n= 110(precisión=±9,4%; seguridad=95%)
- Mediciones: Edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), etiologías, descompensaciones, disfunción hepática (Child-Pugh, MELD), estado nutricional(Sistema de Control Nutricional(CONUT), Test de Valoración Global Subjetiva (TVGS), criterios SENPE, Índice de Riesgo Nutricional(IRN)) y dinamometria.
- Análisis estadístico.Regresión logística.
- Aspectos ético-legales: CEIC-Galicia (2010/081). Financiación: FIS-ISCIII (PI11/01255)

RESULTADOS
Edad media de 59,0±8,4años, 72,7% son hombres. IMC medio de 25,54±5,05Kg/m2. La etiología más frecuente: la etílica(52,7%) y la descompensación:la ascitis (79,1%). La disfunción hepática según escala Child-Pugh es A(21,8%),B(50,0%) y C(28,2%), y la puntuación del MELD (14,0±5,9). La desnutrición según el método utilizado es:CONUT(92,7%), TVGS(50,9%), SENPE(65,5%), IRN(88,2%).

Se estudia la fuerza de agarre de las manos con la dinamometría obteniendo los siguientes valores:20,0±9,7kg(derecha), 18,0±9,6kg(izquierda) y 19,5±9,4kg(ambas manos).
Se observan significativamente valores más bajos de la dinamometría de ambas manos en las mujeres(mujeres:10,2±5,7 vs.22,3±8,4:hombres;p<0,001), en los de 60 y más años(>60años:17,1±9,8 vs.20,8±8,8:≥60años;p=0,043). Se objetiva que a mayor disfunción hepática, según Child-Pugh, menor fuerza de agarre en ambas manos(r=-0,352;p<0,001).

Los valores de la dinamometría son significativamente más bajos en los pacientes desnutridos que en los nutridos, según diferentes métodos nutricionales:CONUT(18,5±9,4 vs.26,1±8,0;p=0,027), TVGS(17,0±9,7 vs21,1±8,8;p=0,021), SENPE(17,9±8,9 vs.21,2±10,1;p=0,08) y con IRN(18,5±9,5 vs.22,9±8,0;p==0,119).

Para determinar las variables que se asocian con una menor fuerza de ambas manos(dinamometría<19,5Kg), se realizan distintos modelos de regresión logística ajustando por variables demográficas y métodos de valoración del estado nutritivo. Se objetiva que las variables que tienen un efecto independiente con tener menor fuerza de agarre son la edad, ser mujer y estar desnutrido(CONUT:OR=1,260,p=0,004;TVGS:OR=2,972,p=0,019;SENPE:OR=2,642;p=0,05;IRN:OR=0,942,p=0,019).

DISCUSIÓN
Los valores de la dinamometría disminuyen a mayor edad, al ser mujer y al tener peor estado nutricional.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO POTENCIALMENTE INADECUADO DE LOS PACIENTES DE EDAD MUY AVANZADA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA (REF 1499)

DESCARGAR PDF

Formigo Couceiro, Francisco Javier; Pena Seijo, Marta; Mayán Santos, José Manuel; Pose Reino, Antonio; Díaz Fernández, Paula; Noya Vázquez, Leticia

Medicina Familiar y Comunitaria, área de Santiago de Compostela; Hospital Provincial de Conxo (CHUS), UPIA, Santiago de Compostela; Departamento de Enfermería (área de geriatría y gerontología), Universidad de Santiago de Compostela; Hospital Provincial de Conxo (CHUS), UPIA, Santiago de Compostela; Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Ambulatorio Concepción Arenal, Santiago de Compostela; Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, CS de Conxo, Santiago de Compostela

OBJETIVO:
Evaluar el tratamiento farmacológico de los pacientes de la cuarta edad (80 o más años de edad) de una unidad de atención primaria buscando aquellos grupos de fármacos potencialmente inadecuados consumidos por más del 5% de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:
El estudio consiste en la revisión de los medicamentos que consumen los pacientes de la cuarta edad a través de la consulta de la e-receta. Se ha solicitado consentimiento informado al paciente, o en su defecto, a su guardador de hecho/representante. Los sujetos incluidos han cumplido los 80 años de edad y demandado atención en una consulta atención primaria. El n utilizado ha sido de 81. No ha habido excluidos. Los datos obtenidos se han codificado en una base de datos informática. Sólo se han tenido en cuenta los fármacos consumidos por, al menos, el 5% de los pacientes.

RESULTADOS:
1. El 64,198% de los pacientes consumen un IBP. Un 34,568% de los pacientes tienen patología gástrica o toman fármacos potencialmente gastrolesivos, el 10,714% de este subgrupo, no estaban a tratamiento con IBP.
2. Los antihipertensivos, son en su conjunto, los fármacos más dispensados, entre ellos destacan los diuréticos (53,086%).
3. Las benzodiacepinas son potencialmente inadecuadas en los sujetos de la cuarta edad, sin embargo, son consumidas por el 40,74% de la muestra.
4. Un 8,642% de los pacientes consumen un AINE como analgésico crónico, siendo también un tratamiento potencialmente inadecuado, si bien el porcentaje es mucho menor del esperado, considerando que son los fármacos más prescritos en la comunidad.

CONCLUSIÓN:
La revisión de la medicación en los pacientes de edad muy avanzada pone de manifiesto un importante número de prescripciones potencialmente inadecuadas. El mero hecho de realizar la revisión con el paciente supone una mejora en el tratamiento, así, el consumo de benzodiacepinas se ha rebajado al 25,926%.