

## Comunicacións póster

XX XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

Cad Aten Primaria  
Ano 2015  
Volume 21  
Páx. 206 - 241

### CASOS CLINICOS

#### ALGO MÁS QUE UNA MANCHA (REF 1425)

*Buceta Eiras, María Goretti, Ferreiro Vigo, Lidia, Barreiro Cambeiro, Alicia C.S. Elviña*

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: aparición de una "mancha" en la pierna derecha.

Antecedentes personales: mujer de 42 años sin alergias medicamentosas conocidas, con síndrome ansioso- depresivo tratado de forma ambulatoria con ansiolíticos y antidepresivos, con buena evolución.

Enfermedad actual: lesión máculo- papulosa, eritematosas, caliente y dolorosa a la palpación, en región pretibial derecha. En la exploración destaca fiebre de 37.8 °C y artralgias generalizadas no presentes en exploraciones ni en consultas previas. Resto de exploración sin alteraciones. Ante la sospecha de eritema nodoso, se solicita analítica sanguínea con hemograma y bioquímica con perfil hepático (normal), VSG (75), proteína C reactiva (30), factor reumatoide negativo, anticuerpos antinucleares negativos, orina (normal), y radiografía de tórax urgente (hilios grandes y densos, compatibles con adenopatías mediastínicas). ECG normal. Mantoux negativo. Posteriormente derivamos a Dermatología para realizar biopsia cutánea, y a Reumatología para estudio, ante la sospecha de sarcoidosis. Se realizó TC torácico (adenopatías múltiples en mediastino y en ambos hilios pulmonares). La biopsia de lesiones cutáneas mostró: paniculitis septal.

Juicio Clínico: Síndrome de Löfgren / Sarcoidosis aguda.

Tratamiento y evolución: Se pautó tratamiento con indometacina (25 mg cada 8 horas) hasta la resolución de los síntomas. Ioduro potásico para la lesión cutánea.

Comentario: La prevalencia del eritema nodoso en la sarcoidosis es muy variable debido a factores raciales, geográficos y genéticos. La aparición en el curso de la sarcoidosis hace que ésta se manifieste a edades más tempranas y con mayor predominio en mujeres.

Se asocia con frecuencia con adenopatías hiliares bilaterales, fiebre, artritis y/o artralgias. Forma un complejo sintomático tan característico de sarcoidosis que para muchos autores no precisa la confirmación histológica. Aunque la resolución espontánea del síndrome de Löfgren es elevada, debería ser un diagnóstico diferencial del eritema nodoso para posterior estudio especializado.

#### LA VERDAD NO ES SIEMPRE LO APARENTE (REF 1427)

*Ferreiro Vigo, Lidia, Buceta Eiras, Goretti, Barreiro Cambeiro, Alicia MIR IV. CS Elviña-La Coruña*

Ámbito del caso: Atención Primaria y Servicio de Urgencias.

Motivo de consulta: dolor en fosa renal derecha.

Historia clínica: mujer de 71 años, sin alergias medicamentosas conocidas, no fumadora. Cáncer de mama derecho en 1994 intervenido y con tratamiento adyuvante posterior, sin recidiva actualmente. Refiere dolor tipo cólico en fosa renal derecha irradiado a ingle ipsilateral, se acompaña de clínica miccional, no fiebre. Acudió al hospital de referencia y en tres ocasiones más como consulta urgente a su médico de primaria siendo diagnosticada, en todas ellas, como cólico nefrítico derecho a tratamiento analgésico, llegando a precisar cloruro mórfico. Durante este tiempo se solicita una analítica y una radiografía de abdomen preferentes que no aportan información, por lo que en la última consulta es derivada de nuevo al servicio de urgencias.

Exploración física: Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: globuloso, dolor en hipocondrio y fosa iliaca derecha. No peritonismo. PuñoperCUSión renal derecha positiva.

Pruebas complementarias: Hematimetría, bioquímica y urianálisis: normal. Radiografía abdomen: normal. Mamografía y ecografía: normal. Radiografía tórax: múltiples nódulos pulmonares compatibles con metástasis. TAC tóraco-abdominal: múltiples adenopatías torácicas. Metástasis pulmonares, no abdomino-pélicas. Juicio clínico: -Enfermedad neoplásica pulmonar (metastásica vs tumor primario).

Diagnóstico diferencial:

1. Cólico nefrítico.
2. Dolor dorsal/lumbar local o radicular, por progresión local neoplásica.

Tratamiento y plan de actuaciones: Cuidados paliativos orientados a tratar los síntomas y los efectos secundarios de la enfermedad, además de los problemas psicosociales y espirituales.

Conclusiones: En este caso clínico se intenta poner de manifiesto, que en la actualidad los médicos de atención primaria contamos con un tiempo muy limitado para cada consulta, lo que sumado al incremento de la demanda por parte de nuestros pacientes, nos lleva a consultas urgentes que crean un deterioro del seguimiento y por lo tanto, un perjuicio en la atención.

### NEUMONÍA CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA (REF 1428)

*Pazos del Olmo, Isabel*

*Centro de Salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela*

Ámbito del Caso: Servicio de urgencias.

Historia Clínica: Paciente de 56 años que consulta por fiebre de 39.6° esta tarde. Refiere tos con escasa expectoración clara desde hace una semana, sin otra clínica asociada.

AP: Fumador de 8 farías/día, bebedor de 4-5 cervezas/día. No enfermedades ni tratamiento habitual. No alergia conocidas. En la exploración destaca Tª de 39° y una auscultación pulmonar patológica, con hipoventilación y crepitanes en base derecha.

Pruebas Complementarias:

- Analítica: Leucocitosis con neutrofilia y linfopenia.

-ECG: taquicardia sinusal a 100 lpm.

-Rx tórax: Aumento de densidad basal derecha en relación al menos con derrame pleural, sin poder descartar afectación parenquimatosa subyacente.

-GSA: pO2 54, pCo2 33, pH 7.54 Dado el buen estado general del paciente, se inició antibioterapia con levofloxacino y oxígeno terapia. Se evaluó el riesgo según la escala de FINE (clase II, riesgo medio) y se decidió dejar al paciente en observación durante 12 horas para valorar evolución. Tras ello, el paciente continúa con fiebre e insuficiencia respiratoria, por lo que ingresa en neumología para estudio y tratamiento. Tras varios días y mala evolución del cuadro, realizan toracocentesis diagnóstica, obteniéndose líquido pleural maloliente y viscoso, sugestivo de empiema, que se confirmó con estudio microbiológico. Tras ello, se instauró tratamiento con clindamicina y posteriormente con piperacilina-tazobactam. Preciso colocación de tubo de drenaje y administración de urokinasa intrapleural.

Conclusiones: El derrame pleural es muy frecuente en los paciente con neumonía bacteriana (en torno a un 40%), y en la mayoría de los casos evoluciona favorablemente con el tratamiento antibiótico. Sin embargo, ante la mala evolución del cuadro debería sospecharse la presencia de complicaciones y realizarse toracocentesis para descartar empiema, como en este caso.

### DOLOR LUMBAR INTENSO EN PACIENTE EN DIÁLISIS (REF 1429)

*Pazos del Olmo, Isabel*

*Centro de Salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela*

Ámbito del Caso: Urgencias hospitalarias.

Anamnesis: Paciente mujer de 51 años que acude a urgencias por dolor lancinante, intenso en región lumbar derecha y que desciende por ambos MMII hasta rodilla, de inicio brusco hace unas 2 horas. El dolor aumenta con Valsalva y es incapaz de deambular. Niega antecedente traumático.

Antecedente personales: Alergia a codeína. Poliquistosis hepatorenal. Somatida a trasplante renal de cadáver hace un año, con rechazo del injerto y nefrectomía posterior. IRC en programa de diálisis peritoneal. HTA secundaria. Síndrome ansioso-depresivo reactivo. Hiperparatiroidismo. La exploración inicial es limitada por el dolor pero se observan ROT exaltados en ambas extremidades inferiores, que moviliza con dificultad por el dolor, y

anestesia en hemicuerpo inferior desde zona infraumbilical (nivel sensitivo D10 derecho y D12 izquierdo). Se realizó RMN urgente de columna lumbar, que mostró la presencia de un hematoma intradural extramedular en fase hiperaguda, con reacción edematosa del cordón medular. La paciente ingresó en el servicio de neurocirugía para intervención quirúrgica urgente.

Conclusiones: La lumbalgia es uno de los motivos de consulta más frecuentes, y en la mayoría de los casos se trata de un proceso leve y auto-limitado.

Sin embargo, es importante valorar los datos de alarma que podrían indicarnos un proceso más grave como en el caso descrito. Estas "red flags" son: Traumatismo, pérdida de peso inexplicada, edad mayor de 50 años, fiebre, historia de infección urinaria u otras infecciones, uso de drogas endovenosas, inmunosupresión o Diabetes Mellitus, historia o antecedentes de cáncer, osteoporosis o uso prolongado de corticoides, déficit neurológico progresivo o síndrome de cauda equina y duración del episodio mayor de 6 semanas.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR LUMBAR (REF 1431)

*Pazos del Olmo, Isabel*

*Centro de Salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela*

Ámbito del Caso: Atención Primaria/ urgencias hospitalarias.

Anamnesis: Paciente de 72 años que consulta en su médico por dolor en rodilla derecha de un mes de evolución. En los últimos días se ha hecho más intenso e irradiado a región lumbar derecha. No presenta antecedentes de interés ni tratamiento habitual.

Exploración física: Dolor a la palpación en zona lumbar derecha, sin dolor a la palpación en apófisis espinosas. Signos de Lasegue y Bragard positivos a más de 30°. Exploración de la rodilla normal, salvo molestia a la flexo-extensión. Se diagnosticó de lumbociatalgia y se fueron instaurando tratamientos con paracetamol-tramadol, diazepam, AINEs y antineuríticos a dosis crecientes, con incremento del dolor lumbar y en miembro inferior derecho.

Comienza a presentar pérdida de fuerza progresiva en pierna derecha y disestesias en esta zona, por lo que se deriva al servicio de urgencias. Aquí se inicia tratamiento con analgésicos y dexametasona iv y se realizan pruebas complementarias (radiografía de tórax, rodilla y columna lumbar, analítica de sangre) que resultaron normales, pero ante la presencia de datos de alarma se consulta con guardia de Neurocirugía, que ingresa para realizar RMN. La RMN muestra una masa intrarraquídea en zona lumbar y sacra, sugestiva de linfoma, que se confirmó tras estudio histopatológico.

Conclusiones: La lumbalgia es uno de los motivos de consulta más frecuentes, y en la mayoría de los casos se trata de un proceso leve y auto-limitado.

Sin embargo, es importante valorar los datos de alarma o "red flags" que podrían indicarnos un proceso más grave: procesos neoplásicos como en este caso, infecciosos (osteomielitis, abscesos), artritis inflamatorias, fracturas vertebrales, aneurismas de aorta abdominal, pancreatitis, hematomas epidurales... deberían entrar en el diagnóstico diferencial.

### DIAGNÓSTICO ATÍPICO DE PANCREATITIS AGUDA (REF 1432)

*Pazos del Olmo, Isabel*

*Centro de Salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela*

Ámbito del Caso: Servicio de urgencias

Historia Clínica: Mujer de 66 años que consulta por dolor torácico de varias horas de evolución, con irradiación a escápula derecha, que se acentúa con la movilización del tórax y la inspiración profunda. La exploración física es normal, salvo reproducción del dolor al palpar la musculatura dorsal.

AP: No alergias conocidas. Esclerodermia sistémica. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Carcinoma lobulillar de mama intervenido hace 3 años, recibió quimioterapia. Angina inestable

Pruebas Complementarias:

- Analítica: 17470 leucocitos/ml con marcada neutrofilia y linfopenia. Dímero D 938. Enzimas de daño miocárdico negativas. Sodio 117.

-ECG y Rx de tórax: normales

-GSA: pO<sub>2</sub> 58 , pCO<sub>2</sub> 33 , pH 7.5

Dados los niveles de dímero D se solicitó TAC de arterias pulmonares, que descartó TEP, pero mostró infiltrados parenquimatosos basales bilaterales. Ante la incongruencia de los hallazgos se reexploró a la paciente, que negó en todo momento disnea, pero tras varias horas refería que el dolor se había modificado, localizándolo ahora en epigastrio, con irradiación a espalda. Solicitamos nueva analítica, que demostró la presencia de pancreatitis aguda (lipasa >2250 y amilasa 1446). L a paciente ingresó en el servicio de digestivo, con buena evolución.

Conclusiones: La pancreatitis aguda es un diagnóstico frecuente en los servicios de urgencias. En la mayoría de los casos se manifiesta como dolor abdominal y vómitos, siendo el cuadro de la paciente atípico. El 70% de los casos se debe a litiasis biliar, como resultó ser el caso de esta paciente, o a consumo enólico. Es importante valorar, tanto al diagnóstico, como en su evolución, la presencia de criterios de gravedad, como la hiponatremia e insuficiencia respiratoria del caso. Este riesgo se puede cuantificar mediante escalas como la de Ranson o APACHE-II.

### DOLOR TORÁCICO: UN DIAGNÓSTICO NO HABITUAL (REF 1433)

*Pazos del Olmo, Isabel*

*Centro de Salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela*

Ámbito del Caso: Servicio de urgencias

Historia Clínica: Paciente varón de 80 años que consulta por dolor torácico de características pleuríticas desde hace un mes, acompañado de tos seca. El paciente refiere caída sobre costado derecho previa al inicio de la clínica, por la que no consultó.

AP: Fumador de 20 cig/día desde hace 30 años, HTA a tratamiento con torasemida y enalapril, bronquitis crónica sin tratamiento, apendicectomizado. No alergias conocidas. En la exploración presenta dolor a la palpación de arcos costales derechos en cara anterior. La auscultación cardiopulmonar es normal. Se realizó radiografía de tórax que mostraba una radioopacidad nodular apical posterior derecha, sugestiva de proceso neofornativo. Se remitió a consultas de neumología por vía rápida, donde realizan TAC

de tórax, que evidenciaba una masa apical paraesternal derecha de unos 39x26mm, con invasión de oared posterior y musculatura paraespinal, así como una lesión lítica de 4ª vértebra cervical y 4º arco costal derecho. Se informó como sugestivo de carcinoma broncogénico. Se realizó broncografía y PAAF de la lesión, que desestimó la sospecha de las pruebas de imagen y confirmó la existencia de un plasmocitoma IgG/kappa. El paciente sufrió una evolución tórpida, con pérdida de fuerza en extremidades inferiores, confirmándose la invasión y compresión medular, que precisó radioterapia urgente e ingreso hospitalario. Asimismo, se confirmó la invasión de médula ósea por mieloma múltiple, iniciándose tratamiento con quimioterapia.

Conclusiones: Las neoplasias de células plasmáticas son un grupo de entidades caracterizadas por la proliferación de una clona maligna de células, habitualmente productoras de inmunoglobulinas, que pueden presentarse como lesión única (plasmocitoma solitario) o como múltiples lesiones (mieloma múltiple). El pronóstico depende del estadio y la edad del paciente y el tratamiento varía desde la vigilancia activa, hasta el trasplante de médula ósea, pasando por quimio y radioterapia.

### LUMBALGIA EN UNA ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE (REF 1435)

*Ferreiro Vigo, Lidia<sup>1</sup>, Blanco Vázquez, Carla<sup>2</sup>, Buceta Eiras, Goretti<sup>1</sup>*

*1 MIR IV-CS Elviña - La Coruña, 2 MIR I-CS Elviña - La Coruña*

MOTIVO DE CONSULTA: Varón de 22 años, no alergias conocidas, no hábitos tóxicos. No antecedentes de interés. Refiere clínica de 15 días de evolución de dolor lumbar bilateral no irradiado a extremidades, asociado a adormecimiento de ambos pies. Se diagnostica de lumbalgia, iniciando tratamiento analgésico. El paciente no mejora presentando además dificultad para la deambulación, 48 horas sin deposición y escasa micción, por lo que acude al Servicio de Urgencias.

EXPLORACIÓN: Tª 36,3°C Abdomen: anodino. NRL: funciones cognitivas conservadas. Pupilas isocóricas normoreactivas, MOE y resto de pares craneales normales. Fuerza conservada en miembros superiores, leve claudicación en miembros inferiores (4/5) de predominio proximal con clonus rotulianos y aquileos inagotables de forma bilateral. ROT presentes y simétricos. Reflejos abdominopélvicos superiores presentes, no medios ni inferiores. Babinski bilateral. Hipoestesia táctil desde D10 bilateral. No signos meníngeos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica. Punción lumbar. TC lumbo-sacro. RMN cerebral y cervico-dorso-lumbar. Potenciales evocados.

JUICIO CLÍNICO: 1. MIELITIS TRANSVERSA DORSAL. 2. ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM) REMITENTE-RECURRENTE.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Encefalomiелitis aguda diseminada. Neuro-mielitis óptica y EM óptico-espinal. Enfermedades vasculares, inflamatorias y/o inmunes, genéticas, infecciosas, neoplásicas o psiquiátricas.

COMENTARIO FINAL: La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica crónica consistente en la aparición de múltiples placas focales en la sustancia blanca del SNC, en las que destaca una pérdida de mielina y un grado variable de destrucción axonal. Nuestro paciente presenta una EM recurrente-remitente, que afecta alrededor del 85%, en forma de brotes con nuevos síntomas o los existentes se agravan, y remisión parcial o total.

El diagnóstico es clínico y apoyado por pruebas complementarias. En la actualidad contamos con el tratamiento para los brotes (corticoideo), y el que modifica la evolución de la enfermedad. La mayoría de los enfermos con EM presentan discapacidad neurológica progresiva, por lo que el verdadero pronóstico vendrá determinado por las recaídas y las remisiones.

#### HEMATURIA NON E CISTITE (REF 1438)

*Bernardo Álvarez Modroño, Andrea Figueira Vázquez, Mercedes A. Hernández Gómez CS Novoa Santos*

AMBITO DO CASO. Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA. Hematuria.

ANTECEDENTES PERSOAIS: Diabete e dislipemia.

ANAMNESE. Home de 80 anos, procede do Punto de Atención Continuada a onde acode por ouriños sanguinolentos sen outros síntomas. Páutanlle fosfomicina por cistite e nolo derivan. Non volveu a sangrar.

EXPLORACIÓN. Anódina; salvo tacto rectal, próstata consistencia normal, aumentada de tamaño, mantén o suco central, non dolorosa nin adherida.

PROBAS COMPLEMENTARIAS. Hemograma e bioquímica normal. PPD e urocultivo negativo. Sedimento: hematuria +++ e leucocituria ++. Ecografía vías urinarias feita nes días: riles de tamaño normal, parénquima normal, e ciste cortical esquerdo de 26 mm, e dereito de 10 mm. Vexiga normal. Próstata homoxénea de aproximadamente 46 cc. Citoloxías seriadas en ouriños: células atípicas inconclusivas para malignidade, nas 3 mostras. ENFOQUE FAMILIAR. Familia nuclear en fase de contracción. Convive coa parella, ambos os dous xubilados, independentes social e economicamente. Teñen dúas fillas que viven fóra e dous netos.

XUIZO CLINICO. Tumor renal.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. Infeccións do tracto urinario. Litiase. Tumores urolóxicos.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS. Hematuria ocasional. Citoloxías e ecografía inicial non concluíntes. Ante estes resultados derivase a uroloxía para cistoscopia e ampliación de estudos. Dez meses máis tarde nun TC Urografía: tumor renal infiltrante esquerdo.

TRATAMENTO E PLAN DE ACTUACIÓN. É intervidopor uroloxía, con posterior seguemento por oncoloxía. Realiza curas no noso centro de saúde, solicitando información e consello. Dada a extensión e a non tolerancia do tratamento quimioterapico, é derivado a unidade hospitalaria de cuidados paliativos. O doente máis a súa familia desexan o seguemento connosco non seu fogar ata o final, salvo complicacións, falecendo no seu domicilio 6 meses máis tarde acompañado pola súa esposa, ás fillas o xenro, e os seus netos.

CONCLUSION. A atención primaria é un punto estratéxico onde se poden atender ás necesidades dos doentes, contando coas súas opinións e preferenzas

#### ¿UNA QUEMADURA CON MALA EVOLUCIÓN? (REF 1439)

*María Carnicero Iglesias  
Centro de Salud Sárdoma (Vigo - Pontevedra)*

Mujer de 68 años sin alergias medicamentosas, hipertensa y dislipémica a tratamiento. Acude porque las lesiones que tiene en la región facial izquierda y que relaciona con quemaduras no mejoran tras haberse aplicado emolientes en domicilio. Refiere que desde hace dos días presenta vesículas en la región periorbitaria derecha y que se extendieron hasta la región frontal formando costras. Actualmente presenta intenso dolor con pérdida de agudeza visual.

En la exploración se encuentra afebril y se observan varias lesiones vesículo-costrosas confluyentes sobre base eritematosa que se extiende desde la región periorbitaria derecha hasta la región frontal. Ante la sospecha de un herpes zoster que afecta a la rama oftálmica del nervio trigémino se explora la córnea del ojo derecho con tinción de fluoresceína observándose una imagen dendrítica que confirma nuestro diagnóstico por lo que comenzamos con tratamiento antivírico oral y tópico, y la remitimos para valoración por S.Oftalmología. El herpes zoster (HZ) es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la varicela zoster, el cual se reactiva desde los ganglios de las raíces dorsales. Suele ser unilateral. En el 75% de los casos se localiza en la zona intercostal y en el 15% de los casos el trigémino se encuentra afectado, generalmente en su rama oftálmica, por lo que puede asociarse con alteraciones oculares. Los síntomas sistémicos preeruptivos pueden preceder a la aparición de la erupción cutánea (fiebre, fotofobia, cefalea y dolorimiento de la zona).

Cuando se aprecian vesículas en el dorso y punta nasal, puede existir afectación de la rama nasociliar, debemos inspeccionar la córnea (signo de Hutchinson) Se recomienda el tratamiento antivírico sistémico en las primeras 72 horas en mayores de 50 años, inmunocomprometidos o si existe afectación oftálmica u ótica. En el caso de afectación ocular se debe añadir aciclovir pomada y debe remitirse al S.Oftalmología. El HZ suele tener buen pronóstico, pero debemos recordar tanto en Atención Primaria como en los Servicios de Urgencias que siempre debemos explorar la córnea si existe afectación periorbitaria o nasal por el riesgo de complicaciones.

#### DOCTORA, ME HA HINCHADO EL BRAZO (REF 1440)

*Carnicero Iglesias, María  
Centro de Salud Sárdoma (Vigo - Pontevedra)*

Varón de 18 años sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés. Acude al PAC por inflamación en el hombro y brazo derecho, con la sensación de tener "como aire". Relata que estaba en una gasolinera y que tras manipularse una pequeña herida en el hombro y aplicarse aire con un compresor comienza a notar que aumenta de volumen la zona. En nuestra exploración se encuentra eupneico, observamos edema en región de pectoral mayor y brazo derecho de consistencia elástica, con crepitación a la palpación y que se desplaza a la presión digital extendiéndose a áreas cercanas. Ante el probable diagnóstico de enfisema subcutáneo lo derivamos a urgencias hospitalarias para pruebas complementarias. En la analítica no presentaba alteraciones significativas y en las radiografías se observaba atrapamiento de aire subcutáneo Para domicilio se le indicó antibioterapia y vigilancia según normas. El paciente presentó buena evolución clínica sin complicaciones. El enfisema subcutáneo se define como



la presencia de gas en tejido subcutáneo en un plano superficial a la fascia profunda que recubre el músculo esquelético.

Las causas más frecuentes en nuestro medio son las traumáticas (accidentes de tráfico, heridas de arma blanca) o barotraumatismos por rotura alveolar. Otro grupo de causas son las iatrogénicas comprenden procedimientos como inyecciones intramusculares o intervenciones dentales. La clínica puede variar dependiendo de la cantidad de aire que diseca los tejidos. La crepitación es patognomónica en la palpación, pudiendo presentar dolor retroesternal que aumenta con la tos y la inspiración profunda. Es poco frecuente la contaminación bacteriana o fúngica, no obstante, se emplean antibióticos de amplio espectro para prevenir posibles abscesos mediastínicos, celulitis, entre otros. El pronóstico es benigno y requiere sólo observación con una resolución espontánea en 8-10 días aproximadamente por difusión y metabolismo de los gases que componen el aire. El presente caso nos reafirma en la necesidad de realizar una anamnesis y exploración clínica completa, aunque inicialmente se realice una consulta por síntomas aparentemente banales.

#### ACATISIA POR SULPIRIDE, A PROPÓSITO DE UN CASO (REF 1442)

Villar Zamora, Guillermo<sup>1</sup>, Pato Pato, Antonio<sup>2</sup>, Bermejo Gestal, Iria<sup>1</sup>  
1 Centro de Salud Sárdoma, 2 Hospital Povisa

Ámbito del caso: Atención primaria, servicio de urgencias.

Motivo de consulta: inquietud psicomotriz.

Historia clínica: Mujer de 41 años con antecedentes de asma bronquial y síndrome ansioso- depresivo; y a tratamiento con salbutamol, formoterol-budesonida, betahistina, alprazolam y montelukast. Acudió a consulta por sensación de inquietud psicomotriz en ambas piernas de dos semanas de evolución. Refería sentir la necesidad de mover las piernas, descrita como "agobio", en múltiples momentos solo durante el día. La paciente relacionaba la aparición de los síntomas con el inicio de tratamiento con sulpiride para un síndrome vertiginoso, con mejoría del cuadro tras suspender dicho fármaco.

La exploración física y neurológica no demostró alteraciones. Se realizó análisis de sangre y orina incluyendo bioquímica, perfil hepático, vitamina B12, ácido fólico, función tiroidea y hemograma con valores normales. De tal manera, se diagnostica de acatisia por sulpiride, indicándose la suspensión de sulpiride.

Conclusiones: La acatisia, o incapacidad para permanecer inmóvil, es un posible efecto extrapiramidal producido por fármacos antidopaminérgicos como sulpiride, por bloqueo de los receptores D2. Su aparición se estima entre un 20 y un 30%. Causa gran malestar e incluso puede provocar agitación o movimientos estereotipados y repetitivos. Esta entidad de difícil diagnóstico frecuentemente es designada erróneamente como ansiedad, agitación, alteración del comportamiento, o síndrome de piernas inquietas. Ante un trastorno del movimiento en un paciente tratado con neurolépticos debe realizarse la historia clínica, exploración física exhaustiva, e identificar posibles fármacos causantes, lo que habitualmente nos conducirá al diagnóstico. La posible existencia de este tipo de trastornos inducidos por fármacos debe tenerse en cuenta al realizar una aproximación diagnóstica, puesto que son un motivo muy frecuente de consulta. La supresión del

fármaco suele ser suficiente para lograr la remisión de los síntomas. El conocimiento de la iatrogenia de los fármacos es fundamental para su correcta utilización.

#### HIPERTENSIÓN Y ALIMENTACIÓN - NO TODO ES SAL! (REF 1445)

Liliane Pereira Brito  
Centro de Salud de Coruxo – Vigo

Mujer de 54 años de edad que acude a consulta de atención primaria para control de su Hipertensión Arterial (HTA).

Como antecedentes personales presenta dislipidemia, EPOC, síndrome vertebral con irradiación, osteoartritis en rodillas necesitando colocación de prótesis bilateral en 2009. Paciente diagnosticada de HTA en 2000, bien controlada, a tratamiento con valsartan 160mg, hidroclorotiazida 25mg y nifedipina 30 mg. En consulta presenta cifras de tensión arterial (TA) de 179/110 mmHg. Al preguntar dirigidamente niega haberse olvidado de las toma, haber introducido nuevos tratamientos o haber tenido procesos infecciosos recientes. Cuestionada sobre hábitos alimentares, la única modificación ha sido introducir diariamente, jengibre, semillas de chía y lino. En vista a las cifras alteradas de TA se decide añadir a su tratamiento habitual torasemida 5 mg y se recomienda suspender la ingesta de los nuevos alimentos. Un mes tras la incidencia, la paciente presentaba cifras de TA de 117/78 mmHg, refiriendo haber cumplido con tratamiento y cuidados alimentares. Se decide suspender la torasemida y se agenda una cita de control, en la cual la paciente presentaba valores tensionales de 118/74 mmHg, con lo que se confirma la importancia de las modificaciones alimentares en las alteraciones del perfil tensional de un paciente.

Conclusión: Alimentos como los referidos en este caso clínico, jengibre, semillas de chía y lino, han sido introducidos progresivamente en la dieta de cada vez más españoles. Su posible interacción con el mecanismo de acción de diversos fármacos anti-hipertensivos, incluso en su influencia en la fisiopatología de la hipertensión arterial, han sido motivo de diversos estudios. De este modo, el médico de familia tiene un papel fundamental en el diagnóstico de estas situaciones, teniendo siempre presente la etiología multifactorial de la HTA. Caso contrario, podrá equivocadamente llevar a la introducción de nuevos tratamientos anti-hipertensivos, bien cómo gastar recursos de salud desnecesarios.

#### QUISTE DE BAKER Y ALGO MÁS... (REF 1448)

Lidia Ferreiro Vigo<sup>1</sup>, Carlos Alberto Luna Parda<sup>2</sup>  
1 MIR IV-C. S. Elviña, 2 MIR III-C.S. Elviña

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: dolor en pierna izquierda.

HISTORIA CLÍNICA: mujer de 44 años, sin antecedentes personales de interés, consulta por clínica de dos días de evolución de dolor y aumento de volumen en rodilla y pantorrilla izquierda, que se intensifica con la marcha. No eritema ni calor. Niega fiebre ni dificultad respiratoria.

EXPLORACIÓN FÍSICA: la paciente presenta buen estado general, estado estable hemodinámicamente. A nivel de rodilla y pantorrilla izquierda

presenta edema de 1 cm respecto a contralateral; no eritema ni otro dato de celulitis. Signo de Homans izquierdo dudoso. Pulsos pedios presentes y simétricos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Score de Wells -2: probabilidad baja. ECOGRAFÍA de partes blandas que muestra en la región poplítea izquierda una lesión de contenido heterogéneo aunque predominantemente anecoica, bien delimitada y de morfología bilobulada, que no muestra señal con doppler en relación con masa quística. Se asocia a cambios inflamatorios en el tejido subcutáneo y edema en tejido muscular en relación con la complicación del mismo.

JUICIO CLÍNICO: Quiste de Baker complicado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: 1. Ganglión quístico. 2. Quiste meniscal. 3. Trombosis venosa profunda (TVP) o infección de partes blandas. 4. Otras masas quísticas como hematomas, abscesos y linfangiomas, aneurisma de arteria poplítea y tumores de origen nervioso.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN: se decidió iniciar tratamiento conservador con medidas físicas y antiinflamatorios con mejoría clínica en dos semanas. En ocasiones, es necesario realizar una punción para vaciar la articulación de la rodilla e inyectar corticoides para evitar su reproducción. El tratamiento quirúrgico es raro.

CONCLUSIONES: en muchos casos, ante la similitud del cuadro clínico, sospechamos una TVP de la extremidad comprometida, pero al realizar la ecografía diagnosticamos con certeza un quiste de Baker al reconocer el canal de comunicación con el espacio articular, adyacente al cóndilo femoral medial, que es patognomónico.

#### DE LA ASTENIA A LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA (REF 1451)

*Esther Rego Sieira, Sandra Llanos Ulloa, Gabriela Fernández-Cervera Fernández-H, Carlos Chapela Villa*  
Centro Saúde Matamá

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria. Servicios de emergencias extrahospitalarias 061. Cardiología.

MOTIVO DE CONSULTA: Astenia.

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual: Antecedentes personales: NAMC. Intervenido hace 15 años de CIAOs mediante cierre quirúrgico. DM no insulino dependiente. HTA. Dislipemia. Sobrepeso. IVP. Tratamientos: Ramipril, Simvastatina, Omeprazol, Metformina. Anamnesis: Acude refiriendo cuadro de unas 24h de evolución de sensación de astenia y disnea con los esfuerzos, no dolor torácico ni palpitations, no mareo. No otra clínica. Exploración: Eupneica, TA 200/100, AC: Bradiarritmia, no soplos ni rones. AP: MVC. EEl: No edemas. Pruebas complementarias: EKG Bloqueo AV completo con ritmo ventricular a 35 lpm, elevación del ST y T negativas en precordiales dchas Enfoque familiar y comunitario: No fue necesario. Juicio clínico, diagnóstico diferencial, Identificación de problemas: BAV de 3º grado con bradicardia extrema, FV y PCR secundaria resueltas.

CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD PARA LA MEDICINA DE FAMILIA: Se trata de una paciente, mujer de 55 años, que acude a nuestra consulta por as-

tenia y mareo a la que al realizarle ECG que evidencia BAV de tercer grado que posteriormente deriva en bradicardia extrema y FV llegando a PCR que precisa de inicio de protocolo de RCP y CV eléctrica urgente. A su ingreso en Cardiología presenta BAV de 3º grado a unos 30 lpm con ocasionales episodios de bradicardia extrema, que precisa de implante de Marcapasos VDD como tratamiento definitivo.

La PCR representa una de las urgencias vitales más emergentes, su rápida detección e inicio de medidas de tratamiento debe ser prioritario para todo sanitario por lo que siempre debe tenerse en cuenta como diagnóstico probable, y todo facultativo a cualquier nivel asistencial debe estar entrenado y reciclarse periódicamente en los protocolos de SVB y SVA.

#### LINFEDEMA EN MEMBRO SUPERIOR (REF 1452)

*Quiroga Luis, Alba, Veras Castro, Ramón*  
C.S San Xosé B (A Coruña)

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria, Urgencias. MC: Linfedema. AP: Non AMC. Fumador de 10 cig/día. Fractura de clavícula 2010. EA: Varón de 52 anos que refire edema súbito e molestias a nivel de extremidade superior esquerda de dous días de evolución. Non antecedente traumático nin picadura. Non sobreesforzo con dito brazo. Non clínica infecciosa.

Exploración física : Non adenopatías supraclaviculares nin axilares. Non edema facial nin en parte superior de tronco. Non circulación colateral. Aumento de perímetro a nivel de MSE. Non cordóns flebiticos nin indurados. Mobilidade e forza conservada. Non celulite.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Linfedema por compresión linfática Síndrome de vena cava superior. Trombose venosa en MSE Neo de pulmón

PROBAS COMPLEMENTARIAS: Rx tórax: infiltrado en LSI que podría estar en relación con Neumonía. Ante o feito de non existir clínica compatible con proceso infeccioso derivamos ó paciente a Urgencias: Analítica e Eco-doppler sen alteracións. TAC tap: trombose venosa axilosubclavia esquerda. Cambios postraumáticos en clavícula esquerda.

XUÍZO CLÍNICO: Trombose axilosubclavia esquerda.

EVOLUCIÓN: foi candidato a terapia fibrinolítica con Urokinasa realizándosele Anxioplastia de control con melloría do fluxo,e estenose residual secundaria ó callo de fractura clavicular. Decidiuse instaurar tratamento ambulatorio con anticoagulación oral e control evolutivo. Neste momento o paciente foi dado de alta e na actualidade permanece pendente de valoración traumatolóxica para limar mediante abordaxe cirúrxico o callo de fractura de clavícula como tratamento definitivo.

CONCLUSIÓN: a trombose axilosubclavia é unha entidade que aparece en pacientes sen antecedentes de caterización venosa prolongada nin alteracións da coagulación. A causa é a compresión da vena subclavia. Tamén coñecida coma trombose de esforzo ou Síndrome de Paget-Schoroetter na maioría de estos pacientes existe un antecedente de sobreesforzo ou movementos repetidos de elevación da extremidade dominante. Por ese feito dáse en deportistas e profesións tales coma perruqueiras, repartidores de pizzas... As manifestacións clínicas inclúen dor en zona axilar, acompañados de edema e coloración cianótica no membro superior. O

diagnóstico é clínico polo que cobra relevancia para o médico de atención primaria sospeitalo coma posible diagnóstico diferencial ante un linfedema de membro superior.

#### UN DIAGNÓSTICO FINAL CON UNA CLÍNICA ATÍPICA (REF 1453)

*Capeáns González, Belén<sup>1</sup>, Castro Cives, Ana<sup>2</sup>, Ordonez Agrafojo, Noemí<sup>3</sup>*

*1 Centro de Salud Arzúa, 2 Centro de Salud Concepción Arenal, 3 Centro de Salud Conxo*

Ámbito del caso: Servicio de Urgencias

Motivos de consulta: Dolor torácico

Historia clínica: Mujer de 45 años que acude a urgencias por presentar molestias en región anterosuperior del tórax, desde hace 4 semanas que empeoran al colocarse en decúbito lateral derecho y al realizar esfuerzos pero no se acompaña de disnea, tos, ni expectoración, ni náuseas o vómitos, no dolor torácico ni sudoración, no disfonía ni halitosis, no pérdida de peso, no traumatismo previo. No otra clínica por aparatos.

Exploración física: Buen estado general, COC. Eupneica a aire ambiente. ACP: sin hallazgos. Exploración tórax: molestias a la palpación de cuerpo superior de esternón. Cuello y axilas no se palpan adenopatías. NRL: sin hallazgos. Pruebas complementarias Analítica de sangre y ECG: sin hallazgos. Radiografía de tórax: proceso neofornativo en LSI

Juicio clínico: Masa a nivel de LSI, de etiología desconocida pendiente de estudio.

Diagnóstico diferencial: Proceso neofornativo a nivel pulmonar LSI o a nivel mediastínico (timoma), tumor de células germinales, linfoma.

Tratamiento y planes de actuación : Se deriva a vía rápida de nódulo pulmonar, donde se realizan estudios complementarios (TAC y PAAF), realizándose Interconsulta e ingreso de la paciente en el servicio de hematología dado que el diagnóstico final es Linfoma no hodking de células grandes B mediastínico primario Evolución: Buena evolución con buena respuesta al tratamiento.

Conclusiones: El linfoma No Hodking primario de células grande B mediastínico; representa un 2% de todos los linfomas, tiene una alta prevalencia en mujeres, sobretudo jóvenes. Dado su origen mediastínico, su clínica habitual será dificultad respiratoria por compresión traqueal; aunque también puede aparecer síndrome de la vena cava superior. A pesar de su rápida capacidad de proliferación, responde bien al tratamiento con quimioterapia.

#### NO PUEDO SUBIR ESCALERAS (REF 1454)

*Capeáns González, Belé*

*Centro de Salud de Arzúa*

Ámbito del caso: Atención Primaria

Motivo de consulta: Pérdida de fuerza en extremidad inferior

Historia clínica: Paciente de 53 años, antecedentes personales: enfermedad de Dupuytren. Acude a nuestra consulta por pérdida de fuerza, sobre-

todo de la extremidad izquierda, y dificultad para subir escaleras, de 2 días de evolución; además desde hace 2 meses tiene episodios de espasmos musculares y fasciculaciones en las cuatro extremidades. Se deriva al servicio de urgencias para valoración por Neurología.

Exploración física: COC. ACP, abdomen y EEI: sin alteraciones. Neurológica: Púpilas isocóricas normorreactivas. MOEs conservados. Resto de pares craneales conservados. Debilidad 4/5 para flexoextensión codo y pinza en MSI y cadera y rodilla en MII. Fibrosis tendinosa de flexores en palmas. Fasciculaciones generalizadas, más en ambos MMII. Hiperrreflexia, babinski derecho y reflejo plantar flexor izquierdo. Marcha normal con dificultad para puntillas y talones. Romberg negativo.

Pruebas complementarias: Analítica, Tac craneal, Radiografía de tórax y EKG: sin hallazgos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial: Cuadro de debilidad con datos de afectación de primera y segunda motoneurona a estudio, diagnóstico diferencial: tumores, siringomiela, neuropatía motora multifocal, polimiositis...

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en neurología para estudio; diagnóstico final de Esclerosis lateral amniotrófica, por lo que inicia tratamiento con riluzole.

Evolución: Desfavorable, el paciente es portador de traqueotomía, ventilación mecánica invasiva y PEG para nutrición enteral.

Conclusiones: Esclerosis lateral amniotrófica es una enfermedad del SNC caracterizada por la degeneración progresiva de las neuronas motoras de la corteza cerebral, tronco del encéfalo y médula espinal. Se debe sospechar cuando un paciente presente debilidad con atrofia muscular, disartria, fasciculaciones o hiperrreflexia. Presenta un curso progresivo y su tratamiento es con riluzole. Nuestro papel se centra en: intuir la enfermedad, detectar complicaciones que indiquen progresión, mejorar la calidad de vida del paciente y dar apoyo y atención a los familiares.

#### PARKINSON Y ALGO MÁS (REF 1455)

*Elvira Santiago Janeiro, Mercedes A. Hernández Gómez, Elvira Castro Docabo*

*CS Novoa Santos*

Ambito: Centro de salud y domicilio. Marzo 2012, cambio de cupo. Consultan por deterioro global en la salud de su madre que tiene enfermedad de Parkinson (EP).

Antecedentes personales. EP severa desde 2009; hipertensión arterial. Intervenciones: facotomía, 2011; prótesis total de cadera, 2003; estenosis de canal, 2009. No alergias medicamentosas. Tiene diabetes, pero no consta. Sólo hay revisiones hospitalarias.

Anamnesis. Tiene 80 años, desde hace 5 años su calidad de vida se ha visto mermada, no se vale por sí misma para las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales; no quiere salir de casa; apenas come, y presenta heridas en los pies.

Exploración. En domicilio hacemos valoración médica y enfermera. Destacamos ánimo depresivo, estreñimiento, insomnio, polimedicación, diabetes, rigidez marcada, sequedad de piel, callosidades en pies, dedos en martillo, heridas de roce, uña encarnada. Elaboramos plan común de cuidados con la trabajadora social, proponemos seguimiento en centro de salud. En

consulta de enfermería se harán curas, actualización problemas, educación sanitaria, y recibirá atención médica. Se tramita minusvalía y dependencia. Acude contenta, familia más relajada. Febrero 2013: fractura de rodilla por caída, hay que inmovilizar, aumenta la dependencia. Por infecciones urinarias se desencadenan cuadros confusionales agudos graves. Desde abril de 2014 se considera terminal, fallece en noviembre en su casa. Familia nuclear con 4 convivientes, ella, su marido sano y dos hijas que trabajan. Hija mayor, cuidadora principal.

Juicio clínico. EP, demencia, nefropatía diabética, paciente con necesidades paliativas. En este tiempo dejan su casa con huerta para vivir en piso con ascensor y sin escaleras, pasillos amplios, sin alfombras, se adaptó al proceso instalando ducha, barandillas y agarraderas. Les ayuda una fisioterapeuta y una cuidadora externa.

Tratamiento. Imprescindible según criterios START/STOPP.

Conclusión. Trabajar con plan de cuidados funcional multidisciplinar es fundamental en atención primaria.

#### CUANDO EL TRATAMIENTO ES PARTE DEL PROBLEMA...A PROPÓSITO DE UN CASO (REF 1457)

*Torres, María, Martins, Hugo*  
UCSP Boticas

MOTIVO DE CONSULTA: Evaluación en Atención Primaria por deyecciones pastosas, 5 a 7 por día, diurnas y nocturnas, con 5 semanas de evolución, sin sangre, moco o pus.

##### HISTORIA CLÍNICA:

###### A-Enfoque individual:

-Paciente de 65 años, hipertensión diagnosticada hace 3 meses por lo que fué medicado con olmesartan 20 mg., fumador, sin hábitos alcohólicos, sin contacto habitual con animales ni pacientes con diarrea infecciosa u otras, sin viajes recientes al extranjero.  
-Exploración: Pérdida de 10 Kg. desde el inicio del cuadro. ACP sin alteraciones. Abdomen inocente. Hemodinámicamente estable.  
-Pruebas complementares: Análiticamente sin alteraciones. Ac. anti transglutaminasa, anti gliadina e anti endomisio negativos. Colonoscopia total y E.D.A sin alteraciones; Realizadas biopsias de intestino delgado y colon siendo la histología de delgado compatible con enfermedad celíaca y la de colon con colite microscópica tipo linfocítico. Tránsito baritado sin alteraciones. RMN abdominal sin alteraciones. Cápsula endoscópica de delgado sin alteraciones.

###### B-Enfoque familiar y comunitario:

-Sin antecedentes familiares de enfermedad celíaca o inflamatoria intestinal, sin convivientes enfermos.

###### C-Diagnósticos diferenciales:

-Enfermedad celíaca.  
-Intolerancia a la lactosa.  
-Enfermedad inflamatoria intestinal.  
-Síndrome Intestino irritable.  
-Gastroenteritis infecciosa u otra.  
-Enteropatía semejante a la del glúten inducida por OLMESARTAN.

##### D-Tratamiento y Evolución.

-Prescritos antidiarreicos, dieta astringente, sin gluten, leche y derivados, sin mejoría.  
-Durante el ingreso remisión de las deyecciones.  
-Ya en el domicilio reinició olmesartan, que había suspendido durante el ingreso, con reinicio de la diarrea 3 semanas después.  
-Substituido olmesartan por IECA con remisión permanente hasta el momento.

CONCLUSIONES Después del estudio de las pruebas, revisión de la historia clínica y de la medicación que tomaba, se colocó la posibilidad de enteropatía "Sprue-like" inducida por OLMESARTAN, a confirmar definitivamente con biopsias de delgado para verificar la regresión de la enteropatía. Debemos tener en cuenta los efectos secundarios de los medicamentos a pesar de infrecuentes.

#### BOCIO EN LA INFANCIA. ¿UN CASO ESPERADO? (REF 1458)

*Torres, María, Martins, Hugo*  
UCSP Boticas

ÁMBITO Y MOTIVOS DE CONSULTA: Los autores presentan un caso de un niño de 10 años, que acudió a la consulta de su médico de familia por fiebre de 39 ° C con 3 días de evolución y odinofagia, fué diagnosticada una amigdalitis aguda y medicado con amoxicilina y AINEs. Dos meses más tarde, acude nuevamente por tumefacción en el cuello, visible a distancia. La comunidad en la que reside este niño no pertenece a área de bócio endémico.

##### HISTORIA CLÍNICA:

- Antecedentes personales irrelevantes. Sin antecedentes de irradiación cervical, dieta variada.  
-Antecedentes familiares: Familia nuclear, fase IV del ciclo de Duvall. Clase IV de Graffar. Genograma familiar con patología tiroidea en ambas líneas familiares.  
-Exploración y anamnesis: voluminosa tumefacción cervical anterior, homogénea, móvil con la deglución, no existente en la consulta previa; adenomegalias laterocervicales infracentimétricas. Restante exploración física sin alteraciones. Sin clínica de hipo o hipertiroidismo. Peso: 33 Kg. Perímetro cervical: 29.5 cm.  
-Pruebas complementares: Análítica sin alteraciones excepto TSH, Ac. antitiroideos y antitiroglobulina que estaban elevados. Ecografía cervical: aumento de tamaño de la glándula tiroidea compatible con Graves o bócio difuso.  
-Diagnóstico Fue diagnosticado un hipotiroidismo secundario a un cuadro de Tiroiditis de Hashimoto. -Tratamiento Inició tratamiento con levotiroxina 0.075 mg por día con reevaluación cada 4 semanas.  
-Evolución Favorable, con reducción del perímetro cervical y disminución de TSH.

CONCLUSIONES La aparición de alteraciones de la función tiroidea en los niños es muy frecuente siendo la más frecuente, en regiones no endémicas, la Tiroiditis de Hashimoto. Existe una elevada incidencia de enfermedades autoinmunes en la familia. En niños el hipotiroidismo suele ser subclínico. El diagnóstico precoz evitará las secuelas de la enfermedad. Puede estar asociado a infecciones víricas previas y debemos excluir siempre tumores.



### FIBRILACIÓN AURICULAR Y NÓDULO PULMONAR SOLITARIO (REF 1467)

Sandra Yáñez Freire, Manuel Portela Romero  
Centro de Salud de Padrón

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: control rutinario.

Historia clínica: A continuación presentamos el caso de un paciente de nuestra consulta. Se trata de un varón de 68 años asintomático y sin antecedentes personales de interés, a quien de forma accidental detectamos una FA a 70 lpm y un NPS en el lóbulo inferior derecho. Dada que la actitud a seguir ante el hallazgo de un NPS es descartar malignidad, inmediatamente se activa la vía rápida correspondiente. De este modo, el paciente es sometido a un TAC torácico y a una broncoscopia con biopsia. Con anterioridad a los resultados de ambas pruebas, decidimos valorar las probabilidades de malignidad y las posibles hipótesis diagnósticas, basándonos en datos aportados únicamente por la clínica y la radiografía de tórax. Así, la probabilidad de malignidad calculada (edad, antecedentes de tabaquismo, diámetro, bordes, localización...) se situaba entorno al 93%. Conociendo las causas malignas más frecuentes de NPS, nuestras hipótesis diagnóstica se inclinaban hacia un carcinoma broncogénico. Aunque esta hipótesis parecía encajar a la perfección, seguíamos sin encontrar una causa que justificase adecuadamente la FA. Con los resultados de las pruebas, se estableció el diagnóstico de tumor carcinoide pulmonar. Se trataba de una neoplasia de estirpe neuroendocrina productora de catecolaminas, que explicaba al fin la presencia de FA (de hecho, tras su extirpación nuestro paciente regresó a ritmo sinusal). Este tipo de tumores tienen una baja incidencia y un pronóstico favorable con cirugía.

Conclusiones: Como conclusiones, y de especial interés para atención primaria, destacamos dos: En primer lugar, recalcar la importancia de activar siempre la vía rápida ante la presencia de un NPS para descartar malignidad. En segundo lugar, recordar que pese a que el cáncer de pulmón aparece como causa poco frecuente de fibrilación auricular, no se debe olvidar su asociación.

### ACERCA DE TEMBLORES (REF 1468)

Fernando Cuadrado García  
Urgencias Hospital Universitario A Coruña

Enfermedad actual: mujer de 69 años acude a urgencias. Disminución nivel de conciencia y temblor.

Antecedentes personales: Trastorno bipolar de 30 años de evolución: plerur 400mg 0-0-1; olanzapina 10mg 0-0-1; lorazepam 1mg 0-0-1; ca de mama 1992 (qt + tamoxifeno); Inh 2011. Qt sin datos de recidiva. Colecistomía Vive sola. Supervisada por la familia.

Anamnesis: disminución de nivel de conciencia y astenia de aproximadamente una semana de evolución. Se asocia temblor tipo fino que ha ido en aumento, por lo que consultaron hace tres días en centro privado, con diagnóstico de temblor esencial. Exploración Glasgow 11, estuporosa. Ligeramente deshidratada. Mioclonías en miembros superiores. PINR, sin otros datos de focalidad neurológica. Ausencia signos meníngeos. Resto de la exploración por aparatos normal.

Diagnóstico diferencial: Farmacológicas (Olanzapina; Litio; Otros tóxicos), Infecciosas, Infección (de orina); Cardiovasculares (ACV); Metabólicas (Hipoglucemia, Hiponatremia, alteración potasio, alteración del calcio)

Pruebas complementarias: Analticia: hemograma normal. Bioquímica: gl 122; urea 47; crea 1,38; sodio 137; potasio 4; prot totales 6,7; calcio 101,1; got 14. Rx torax: sin alteraciones agudas Tac craneal: sin alteraciones significativas Gasometría: ph 7,64; pco 17; po 84 Uroanálisis: no tóxicos ni datos infección. Litio: 2,4

Plan: Monitorización; Lavado gástrico si agudo; Forzar diuresis; Hemodiálisis

Conclusiones: Causas aumento concentración litio (Sobredosis, Deshidratación, hiponatremia, fallo renal, Fármacos: haloperidol, fluoxetina, carbamacepina, AINES, IECAS, tiazidas). Sospecha: Temblor fino, debilidad muscular, disartria, ataxia, convulsiones mioclonías, hemodinámica

### INFECCIÓN POR CMV (REF 1469)

Sofía Díaz Mosquera, Noa Otero Leiro, Romina Liñares  
O Grove

• Ámbito del caso: Atención primaria.

• Motivos de consulta: Astenia, dolor abdominal.

• Historia clínica:

o Enfoque individual:

· Antecedentes personales: Sin interés.

· Anamnesis: Hombre sano de 34 años que acude a consulta por astenia, dolor en hipocondrio izquierdo e hiporexia, sin alteración del hábito intestinal ni fiebre y/o vómitos.

· Exploración: Dolor a la palpación en hipocondrio y flanco izquierdos. Resto de exploración anodina.

· Pruebas complementarias: en 1ª consulta solicitamos serología VIH, sífilis, VHB, VHC y analítica general (destaca GOT:78, GPT: 102, GGT: 76, LDH: 818, linfocitos: 8200).

• En 2ª consulta tras una semana de evolución y persistencia clínica a pesar de analgesia con metamizol, solicitamos 2ª analítica con serología para CMV y VEB, destacando: GOT: 93, GPT: 167, GGT:58, linfocitos 6300, IgG e IgM para CMV positivo, IgG VEB positivo, IgM VEG negativo.

o Juicio clínico: Hepatitis aguda por CMV

o Tratamiento: Reposo y analgesia. Evitar contacto íntimo con personas no inmunes.

o Evolución: Favorable. Tras un mes, las enzimas hepáticas se normalizan, IgM CMV se negativiza y cede la sintomatología.

• Conclusiones: La infección por CMV suele ser asintomática o causar síntomas inespecíficos. La transmisión puede ocurrir a través de múltiples vías: sexual, contacto cercano o la sangre y el tejido de la exposición. El síndrome más común relacionado con la infección primaria es la mononucleosis por CMV, que se caracteriza por fiebre y síntomas sistémicos como dolor abdominal. Es generalmente autolimitada, con recuperación completa en

un período de días a semanas. La terapia antiviral no suele estar indicada. Como hallazgo de laboratorio destaca linfocitosis absoluta y linfocitos atípicos. Ante un paciente con síntomas inespecíficos y linfocitosis en analítica, debemos sospechar infección vírica y solicitar serología oportuna.

#### A RAÍZ DUNHA PICADURA (REF 1470)

Noemí Ordóñez Agrafojo<sup>1</sup>, Belén Capeáns González<sup>2</sup>, Ana Castro Cives<sup>3</sup>  
1 C.S. Conxo, 2 C.S. Arzúa, 3 Concepción Arenal

ÁMBITO DO CASO: Servicio de Urgencias.

MOTIVO DE CONSULTA: Febre e malestar xeral.

#### HISTORIA CLÍNICA:

1) ENFOQUE INDIVIDUAL: Antecedentes persoais: Dislipemia sin tratamento. Anamnesis: Paciente de 72 anos, residente nunha aldea de Lugo, que acude a urxencias por un cadro de 20 días de evolución de astenia, anorexia, febre e cervicalxia Refire presenza de lesións non prurixinosas en espalda, ombreiro e xeonllo dereito nos últimos días. Como dato reseñable relata que fai dous meses notou un bultoma axilar que arranca, comprobado que se trataba dunha garrapata. Consulta no noso SUH por fluctuacións no nivel de conciencia e fala farfullante Exploración física: Placas eritematosas ben definidas en brazos, espalda, perna dereita e axila esquerda. Resto sen achados. Probas complementarias Analítica: GPT 51, GGT 360, FA 378, resto dentro da normalidade. Serología Borrelia Burgdorferi: IgM+, IgG+. Resto de probas sen alteracións.

2) XUICIO CLÍNICO: Neuroborreliosis Afectación do plexo braquial secundaria.

3) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Malaria ou outras febres recurrentes (babesiosis, etc).

4) TRATAMENTO: Ceftriaxona e Doxiciclina

5) EVOLUCIÓN: Iníciase antibioterapia empírica con Doxiciclina e Ceftriaxona con progresiva melloría clínica e posterior resolución do cadro. CONCLUSIONES: A enfermidade de Lyme é unha zoonosis cuxo axente etiolóxico é a espiroqueta Borrelia Burgdorferi. O resevorio confórmano diversas especies de mamíferos (roedores, cabra, vaca, etc). É unha enfermidade multisistémica con gran variedade de manifestacións clínicas; dende lesións cutáneas, sendo a máis característica o eritema migratorio, ata neurolóxicas, cardíacas ou osteomusculares. O diagnóstico baséase no cadro clínico e debe ser confirmado mediante estudos serolóxicos. O tratamento con antibióticoterapia ten por obxectivo aliviar os síntomas e previr as secuelas. Trátase dunha enfermidade pouco frecuente pero que dende Atención Primaria deberíamos ter en conta ante pacientes coa sintomatoloxía antes mencionada e que se adiquen a ganadería ou ó campo.

#### DROGAS NO (REF 1471)

Noya Vázquez, Leticia, Mirás Garrido, Iria  
Centro de Salud de Conxo

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

MOTIVOS DE CONSULTA: Dolor torácico.

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual: Antecedentes personales: Sin interés. Anamnesis: Varón de 23 años que acude a consulta por dolor centrotorácico opresivo, sin irradiación, con sensación de mareo y cortejo vegetativo. En la exploración destaca un soplo sistólico en todos los focos. El electrocardiograma es normal. Se obtiene una Troponina T de 2,85 con el sistema portátil Cobas h 232. Se administra Aspirina 300 mg, un comprimido de Solinitrina 0,8 mg y Alprazolam 0,5 mg y se traslada del paciente al hospital de referencia en ambulancia medicalizada. Exploración: se corrobora la existencia del soplo sistólico en los cuatro focos. Resto normal. Pruebas complementarias: Analítica de sangre: Troponina 7,92. Etanol: no se detecta. Tira reactiva y analítica de orina: normal. Escrutinio de drogas en orina: se detecta cocaína y opiáceos. Enfoque familiar y comunitario: Consumidor cocaína los fines de semana. Juicio clínico Síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Tratamiento: En Urgencias se perfunde Nitroglicerina controlando el dolor y se valora por Cardiología. Evolución Se completa el estudio con Coronariografía (no lesiones coronarias significativas. Tendencia al espasmo coronario en la Interventricular posterior). También se realiza RMN (focos de edema y realce tardío lineal en localización subepicárdica de cara lateral del ventrículo izquierdo compatibles con miocarditis).

CONCLUSIONES: En el infarto agudo de miocardio (IAM) existe necrosis de células del miocardio tras isquemia prolongada. Se diagnostica con una valoración clínica cuidadosa y un electrocardiograma. No todos los pacientes con dolor sugestivo de IAM muestran cambios en el electrocardiograma, y la confirmación de patología coronaria depende de pruebas bioquímicas. Ahí la importancia de herramientas rápidas para detectar la necrosis. Surgen así tiras reactivas para detección de Troponina T (prueba inmunológica cualitativa) que ofrecen en minutos, diagnóstico de necrosis miocárdica.

#### ¿POR QUÉ ME DUELE LA CABEZA A MI EDAD? (REF 1473)

Ana Castro Cives<sup>1</sup>, Noemí Ordóñez Agrafojo<sup>2</sup>, Belén Capeáns González<sup>3</sup>  
1 C.S. Concepción Arenal, Santiago de Compostela, 2 C.S. Conxo, Santiago de Compostela, 3 C.S. Arzúa

Ámbito del Caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Cefalea.

#### Historia Clínica:

##### Enfoque individual:

- Antecedentes Personales: RTU en 2014. Cirugía cataratas OD. No tratamientos. No AMC.

- Anamnesis: Varón de 82 años que acude por disminución de visión de ojo izquierdo y cefalea holocraneal desde hace 4-5 días. Hace dos meses presentó dificultad para levantar ambos brazos, que no consultó, acompañado de astenia sin pérdida de peso.

- Exploración Física: Constantes normales. COC. Arterias temporales induradas, pulsos palpables. ACP: normal. Abdomen: sin alteraciones. NRL: pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad normal. ROTs presentes. No rigidez de nuca. Musculoesquelético: movilización cintura escapular y pelviana conservada.

- Pruebas complementarias: Analítica sangre: Anemia normocítica normocrómica. VSG: 97. Proteinograma, estudio hierro y vitamina B12 normales. ECG, orina y radiografía tórax normales. TAC cerebral: Atrofia cerebral.

Biopsia Arteria temporal: Arteritis de células gigantes. Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares.

Juicio Clínico: Arteritis de Células gigantes.

Diagnóstico Diferencial: Cefalea de origen tumoral, Hipertensión intracranial, Cefaleas primarias.

Identificación de problemas: Es necesario un tratamiento corticoideo a altas dosis de forma precoz para la remisión del cuadro y paliar los posibles efectos secundarios del mismo.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en Medicina Interna para completar estudio, realizar biopsia de arteria temporal y tratamiento esteroideo. Solicitan valoración por Oftalmología, visualizando hemorragia intraretiniana y catarata en ojo izquierdo.

Evolución: Remitida la cefalea, se mantiene el tratamiento durante 4 semanas más, iniciándose a continuación descenso escalonado de corticoides.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia): La arteritis de la temporal es una enfermedad inflamatoria de grandes vasos. Se debe sospechar ante un paciente mayor de 50 años con cefalea de reciente aparición y síntomas visuales. En un 50% de los casos se asocia a Polimialgia reumática. Es imprescindible el tratamiento corticoideo para la mejoría clínica y evitar las complicaciones.

#### “SOBRE LA PALMA DE MI LENGUA VIVE EL HIMNO DE MI CORAZÓN” (REF 1474)

Noya Vázquez, Leticia<sup>1</sup>, Conde Rodríguez, Ana<sup>2</sup>  
1 Centro de Salud de Conxo, 2 Centro de Salud de Ordes

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVOS DE CONSULTA: Preocupación por aspecto lingual y halitosis.

HISTORIA CLÍNICA: Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No enfermedades médico-quirúrgicas de interés. Fumador de 20 cigarrillos/día.

Anamnesis: Varón de 35 años que acude a consulta por presentar halitosis y sensación de cuerpo extraño en orofaringe. Además refiere excesiva preocupación por el aspecto que muestra su lengua. Niega otra clínica asociada. No fiebre ni sensación distérmica.

Exploración: En la exploración física solo destaca en el dorso lingual una hiperplasia de las papilas filiformes con una coloración pardo-negruzca. Pruebas complementarias: Análítica de sangre: sin alteraciones significativas.

Enfoque familiar y comunitario: Fumador. Déficit higiene bucodental.

Juicio clínico: Lengua negra vellosa oral.

Tratamiento: Tranquilizar al paciente e instruirle en técnicas higiénico-dietéticas específicas

Evolución: Desaparición del cuadro en pocos días.

CONCLUSIONES La lengua negra vellosa es un proceso benigno, relativamente frecuente, pero pocas veces es consultado. Afecta al dorso de la lengua. Presenta formaciones papilomatosas con coloración oscura de intensidad variable. Suele ser asintomática. En las formas intensas puede asociar mal sabor de boca, trastornos del gusto y sensación de cuerpo extraño. Es resultado de varias condiciones: la mala higiene oral es la prioritaria. También influye: antibioterapia prolongada, colutorios con agentes oxidantes y astringentes, medicamentos, pigmentos alimentarios o tabaco. Posteriormente hay un sobrecrecimiento bacteriano y micótico. A veces estos microorganismos producen porfirinas que dan la apariencia negra. El tratamiento consiste en corregir los factores etiopatogénicos y mejorar la higiene con el cepillado regular, hacer lavados con peróxido de hidrógeno diluido (una parte de agua oxigenada diluida en cinco partes de agua), o aplicar esta solución con cepillo de dientes y enjuagues bucales con colutorios antimicrobianos suaves. Suele remitir espontáneamente a medida que la flora se va restituyendo.

#### ¿POR QUÉ PIERDO PESO SIN ESTAR A DIETA? (REF 1475)

Cristina Rúa Castro, Ana Castro Cives, Jesús Sueiro Justel  
C.S. Concepción Arenal, Santiago de Compostela

Ámbito del Caso: Atención primaria.

Motivo de consulta: Astenia y pérdida de peso.

Historia Clínica: Enfoque individual:

- Antecedentes Personales: FA crónica. HBP.
  - Tratamientos: A.A.S, Dutasterida/Tamsulosina.
  - Anamnesis: Varón de 75 años que acude a consulta por astenia, pérdida de peso de 12 kilos desde hace un año, que no consultó previamente, y coluria de reciente aparición.
  - Exploración Física: Constantes normales. COC. Tinte subictérico conjuntival. Lesiones de rascado en tórax y antebrazos. ACP: arrítmico, MVC. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, sin defensa. No masas ni megalias.
  - Pruebas complementarias: Ecografía abdominal consulta de primaria: Imagen hipoeoica en cabeza de páncreas sugestiva de tumor con dilatación de vías biliares.
- Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares.  
Juicio Clínico: Neoplasia de cabeza de páncreas, estadio IIb (T3N1M0).

Diagnóstico Diferencial:

- Hepatitis crónica, cirrosis.
- Neoplasias quísticas benignas, tumores neuroendocrinos de páncreas.
- Pancreatitis crónica.

Identificación de problemas: La carencia de una vía rápida ante la sospecha de neoplasia pancreática, obliga a utilizar el servicio de urgencias como medio para poder programar su estudio lo antes posible.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva al servicio de Urgencias donde programan estudio ambulatorio, diagnosticándose de Adenocarcinoma de cabeza de páncreas T3N1M0. Posteriormente se realiza esplenopancreatometomía total asociada a Gemcitabina.

Evolución: A seguimiento en consultas de Oncología y Atención Primaria persistiendo astenia con buena tolerancia a quimioterapia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia): El cáncer de páncreas es un tumor con elevada mortalidad ya que en el momento del diagnóstico solemos encontrarnos un estadio avanzado. Un 90% son adenocarcinomas y la mayoría se localizan en cabeza de páncreas. Dado lo inespecífico de los síntomas iniciales, el hecho de disponer de ecografía en la consulta de primaria nos orienta el diagnóstico, disminuyendo el tiempo de espera para el estadiaje y tratamiento.

### CÁNCER DE COLON EN PACIENTES JÓVENES SIN ANTECEDENTES FAMILIARES (REF 1476)

Ana Castro Cives, Cristina Rúa Castro, Jesús Sueiro Justel  
C.S. Concepción Arenal, Santiago de Compostela

Ámbito del Caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Dolor abdominal.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

- Antecedentes Personales: Sin interés.
- Anamnesis: Varón de 34 años que acude por dolor abdominal tipo cólico de un mes de evolución con hábito intestinal normal. No síndrome general asociado.
- Exploración Física: Constantes normales. COC. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho sin defensa. Blumberg negativo. Ruidos hidroaéreos conservados.
- Pruebas complementarias: Análítica sangre: Anemia microcítica hipocrómica, déficit selectivo IgA, estudio celiaca negativa. Radiografía abdomen: Hallazgos inespecíficos. Ecografía Abdominal en consulta: sin hallazgos sugestivos de patología. SOH (3muestras): negativa.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares.

Tratamiento, planes de actuación: Tras persistir clínica se deriva a Medicina Interna para completar estudio, donde solicitan TAC Abdominal sin hallazgos sugestivos de patología. Cuatro meses después, el paciente acude a Urgencias por agudización de la clínica, donde solicitan Ecografía visualizándose masa hipoecoica en colon transverso por lo que se repite TAC, objetivándose proceso neoforativo de colon transverso confirmándose posteriormente con biopsia.

Juicio Clínico: Adenocarcinoma de colon transverso de bajo grado estenosante (T4bN0M0).

Diagnóstico Diferencial:

- Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
- Celiaca.
- Tumores benignos de colon.

Identificación de problemas: Es importante un diagnóstico precoz para detectar esta patología en estadios iniciales, donde es posible un tratamiento quirúrgico con intención curativa sin neoadyuvancia.

Evolución: Se realiza colectomía derecha ampliada sin complicaciones con buena tolerancia posterior.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia): Lo destacable del caso radica en la corta edad del paciente, sin antecedentes familiares y la ausencia de hallazgos en las pruebas de imagen iniciales que hacía pensar en otros diagnósticos. La incidencia de cáncer colorrectal en jóvenes aumentó en los últimos años. La baja sospecha clínica y el retraso en acudir a consulta hace que se encuentren en estadios avanzados traduciéndose en un peor pronóstico.

### TIÑA DE LA PIEL LAMPIÑA (REF 1477)

Noya Vázquez, Leticia  
Centro de Salud de Conxo

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVOS DE CONSULTA: Lesiones pruriginosas en miembro inferior derecho.

HISTORIA CLÍNICA: Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Resto sin interés.

Anamnesis: Mujer de 54 años que acude a consulta en Agosto. Presenta lesiones pruriginosas en cara interna de pierna derecha desde hace 7 días. Niega fiebre u otra clínica por aparatos y sistemas.

Exploración: Lesiones anulares con extensión centrífuga y curación central, con bordes bien definidos y sobrelevados, con pápulas y vesículas. Lesiones periféricas de rascado.

Pruebas complementarias: Análítica de sangre: sin alteraciones significativas. Fluorescencia verde brillante con luz de Wood. Examen directo y cultivo (en medio de Sabouraud) de escamas obtenidas por raspado: *Microsporum canis*.

Enfoque familiar y comunitario: Convive con su familia y un perro en área rural.

Diagnóstico: Tiña de la piel lampiña

Tratamiento: Clotrimazol en crema cada 12 horas, 4 semanas. Evolución Adecuada respuesta, mejoría clínica y desaparición de las lesiones.

CONCLUSIONES: Las dermatosis o tiñas comprenden un grupo de infecciones de la epidermis, el pelo y las uñas por hongos queratinofílicos (dermatofitos). Las tres especies patógenas para el hombre son: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*. Pueden proceder de animales (zoo-fílicos), personas (antropofílicos) o del suelo (geofílicos). Puede ocurrir a cualquier edad, más en niños, en verano y en área rural. Se presenta como lesiones anulares de borde activo, con extensión centrífuga y curación central. El borde es bien definido y sobrelevado, con escamas, vesículo-pústulas y a veces ampollas. Las lesiones se localizan habitualmente en zonas descubiertas y con distribución asimétrica. En general, el diagnóstico clínico de sospecha, no ofrece grandes dificultades. Pero siempre es aconsejable la confirmación diagnóstica mediante la búsqueda microscópica de los elementos fúngicos por examen directo (en escamas o cabellos parasitados) y el aislamiento por cultivo y posterior identificación del hongo.

### "NEUROPATÍA POR ATRAPAMIENTO DEL NERVILO RADIAL" (REF 1478)

Noya Vázquez, Leticia  
Centro de Salud de Conxo

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias, Neurología.  
MOTIVOS DE CONSULTA: Pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo.



**HISTORIA CLÍNICA:**

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Fumador de 20 cigarrillos/día. Apendicectomizado. No tratamientos habituales.

Anamnesis: Varón de 47 años. Presenta debilidad en miembro superior izquierdo, torpeza y dolor en epicóndilo ipsilateral. Iniciado de forma brusca con estabilidad clínica desde el principio. Niega sobreesfuerzos, traumatismos, apoyo prolongado sobre el mismo o episodios previos similares. No fiebre.

Exploración: Debilidad para la extensión de los dedos, muñeca (4/5) y maniobra de pinza (4/5) de la mano izquierda. Fuerza normal en el resto de grupos musculares. Sensibilidad normal. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre: normal. TAC Craneal: normal. Enfoque familiar y comunitario: Mariscador.

Diagnóstico: Neuropatía del nervio radial izquierdo probablemente relacionado con atrapamiento.

Diagnóstico diferencial: patologías centrales, lesiones de médula espinal, radiculopatías, miopatías...

Tratamiento: Se solicita electromiografía. Se recita al paciente en consultas de Neurología.

Evolución En la revisión presenta mejoría, persistiendo ligera debilidad para la extensión de la mano. El electromiograma muestra: parámetros de conducción motora y sensitiva normales. Ante estos hallazgos y la sospecha de una parálisis pseudoradial se solicita Resonancia Magnética Nuclear y analítica completa.

**CONCLUSIONES:** El Síndrome de atrapamiento del nervio radial idiopático es raro. Se afecta más el nervio interóseo posterior, rama motora del radial. Este cuadro puede presentarse como: Síndrome del Nervio Interóseo Posterior (parálisis no dolorosa) y Síndrome del Túnel Radial (cuadro doloroso en el margen lateral del codo, cuyo diagnóstico diferencial es con la epicondilitis). Ambas, pueden aparecer tras: sobreuso extremo del antebrazo o traumatismo cerrado... El tratamiento inicial de elección es conservador, salvo excepciones (cirugía). Es importante prestar atención a otros cuadros, en especial a la pseudoparálisis radial de origen cerebral.

**DE LO QUE SE COME SE CRÍA (REF 1479)**

*Noya Vázquez, Leticia*  
Centro de Salud de Conxo

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria.

MOTIVOS DE CONSULTA: Dolor abdominal.

**HISTORIA CLÍNICA:**

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Hemorroides. No cirugías.

Anamnesis: Mujer de 69 años que acude a consulta por dolor abdominal de tipo cólico con meteorismo y flatulencia además de diarrea líquida intermitente desde hace 5 días. Niega productos patológicos en las deposiciones. Refiere sensación distérmica.

Exploración: A la exploración está normohidratada, normocoloreada y normoperfundida. Afebril. Destaca un abdomen globuloso, blando, depresible, con dolor a la palpación en ambas fosas ilíacas con Blumberg negativo. Ausencia de masas o visceromegalias. Timpanismo. Resto de la valoración por aparatos y sistemas dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre: eosinofilia. Coprocultivo: aislados Blastocystis hominis.

Enfoque familiar y comunitario: Trabajó como ama de casa, agricultora y ganadera.

Juicio clínico: Parasitosis por Blastocystis hominis.

Tratamiento: Se inicia terapia con Metronidazol 500 mg cada 8 horas y se mantiene el tratamiento durante 10 días. Evolución

**CONCLUSIONES:** El protozoo Blastocystis hominis habita en el intestino del hombre y de otros animales (monos, cerdos, conejos, caballos...). Su transmisión es fecal oral, incluyendo agua y alimentos contaminados. Incrementan la prevalencia: malas condiciones de saneamiento, hacinamiento, malnutrición... Es más frecuente en niños que en adultos. Existen publicaciones que relacionan este parásito con manifestaciones gastrointestinales, agudas o crónicas. También hay casos asintomáticos o con manifestaciones extraintestinales: cutáneas (urticaria crónica) sinovitis. No siempre existe eosinofilia. El diagnóstico se basa en el examen de heces. No hay un acuerdo en el tratamiento y se ha usado una gran variedad de drogas antiparasitarias, la más utilizada es el metronidazol. Las medidas preventivas se basan en: lavarse las manos, lavar los alimentos, evitar contacto con animales, evitar que los alimentos estén expuestos a las moscas, evitar las condiciones de hacinamiento, evitar las practicas sexuales buco-anales...

**SÍNDROME DE SWEET (REF 1480)**

*Karla Freire Nivelá<sup>1</sup>, Portal González Lorenzo<sup>2</sup>*  
*1 Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, 2 Consultorio O Val*

Mujer de 49 años, con antecedentes de dermatitis alérgica, posible alergia a tintes capilares y fumadora activa. Consulta por cuadro de odinofagia y fiebre de 48 horas de evolución. Tras valoración clínica, sin hallazgos destacables salvo la presencia de fiebre (39º) e hiperemia faríngea, se llega al diagnóstico de posible cuadro vírico, gripal, y se pauta tratamiento sintomático. Transcurridas 48 horas y ante la persistencia de la clínica, consulta con ORL quien le pauta una cefalosporina oral, bajo el diagnóstico de Faringitis aguda. Al tercer día de la toma de antibióticos, la fiebre persiste y se surgen lesiones de tipo de rupción cutánea poliforma distribuidas de forma diseminada por cuero cabelludo, tronco y extremidades, se acompaña de intenso dolor articular en tobillos y rodillas. La paciente acude a su MAP con la sospecha de posible alergia al antibiótico como origen de las lesiones cutáneas y persistencia de la fiebre a pesar del tratamiento antitérmico. Se realiza analítica y estudio serológico, que muestra marcada leucocitosis y elevación de los marcadores e inflamación, fundamentalmente VSG. De manera paralela se realiza Teleconsulta al servicio de Dermatología, quien ante la clínica y el resultado de las pruebas complementarias cita a la paciente en consulta presencial bajo la sospecha diagnóstica de Síndrome de Sweet. Se realiza biopsia cutánea que confirma dicho diagnóstico: dermatosis neutrofílica. Tras instauración de tratamiento con corticoides orales la paciente evolucionó favorablemente.

**A PESAR DE NUESTRO ESFUERZO... LOS ANATOMOPATÓLOGOS SE PUSIERON LA MEDALLA (REF 1482)**

*Mato Raposo, Raquel, Gómez Hung, Mairene, Rodríguez Álvarez, Rosa*  
*CS Adormideras*

Ámbito do caso: Atención primaria.

Motivo de consulta: Dispepsia e ictericia.

Historia clínica: Varón de 60 anos, sen alerxias medicamentosas coñecidas, hábitos tóxicos nin factores de risco cardiovascular, con antecedentes de hipotiroidismo autoinmune, bronquiectasias e madre finada por hepatopatía sen filiar, presenta en analítica de control de hormonas tiroideas aumento de transaminasas, atopándose asintomático, cunha exploración abdominal completa normal. Tras axustar niveis de TSH (previamente descompensados), descartamos posible hipertransaminasemia por hipotiroidismo. En sucesivas analíticas de control obxectívase unha fluctuación dos niveis destas enzimas, completándose o estudo diferencial cunha ecografía abdominal que resulta normal, xunto con determinación de marcadores de autoinmunidade (ANA, AMA, ASMA, anti-LKM, proteinograma, IgG, IgA, IgM), ceruloplasmina, IgA antitransglutaminasa, alfa-1 antitripsina, CPK e seroloxías de VHA, VHB, VHC, VEB e CMV, atopándose dentro dos intervalos de normalidade. Tras 2 anos asintomático, pendente de consulta en dixestivo, acude por dispepsia, momento no que se evidencia ictericia cutánea, polo cal se deriva a urxencias. Durante o seu ingreso en Medicina Interna, tras nova determinación de transaminasas elevadas e ecografía abdominal sen alteracións, realízase una biopsia hepática informada como hepatitis crónica activa de interfase, polo que se diagnostica de hepatitis autoinmune. Iníciase tratamento inmunosupresor con prednisona 20mg diarios, dase de alta hospitalaria e comeza a seguimento en consultas externas de dixestivo, onde se evidencia boa evolución clínica e analítica e se aumenta o tratamento a prednisona 30mg máis azatioprina 50mg diarios, sendo incrementadas as doses en varias ocasións, con boa tolerancia, normalizando practicamente as transaminasas e manténdose o paciente asintomático, ata o día de hoxe.

Conclusións: A pesar de excluir en atención primaria, analítica e ecograficamente, tras revisión exhaustiva de causas de hipertransaminasemia, os diagnósticos posibles que a xustifican, foi preciso chegar neste caso á biopsia hepática para o diagnóstico definitivo e tratamento óptimo.

#### XUIZO CLÍNICO VS ANALÍTICO (REF 1483)

de Bernardo Roca, Daniel  
PAC Ordes

Ámbito do caso: Paciente ¿compartido? entre Atención Primaria (PAC) e Urxencias

Antecedentes: Varón de 62 anos de idade, co único antecedente persoal de interese de unha dislipemia sen tratamento.

Antecedentes familiares: por vía paterna descoñecidos, nai sá.

Anamnese: Acode por presentar episodio de dor retroesternal opresiva de corenta minutos de duración acompañada de náuseas e suoración. No momento da súa atención presenta só molestias que describe como pinchazos en epigastrio e hemitórax esquerdo. Realízase ECG que non demostra alteracións.

Xuizo clínico: SCASEST Actuación: Administramos 300 mg de ácido acetilsalicílico e trasladamos a Urxencias Hospitalarias.

Evolución: Ao paciente realízase una análise sanguínea que inclúe una moi discreta elevación de troponina e una gran elevación de transami-

nasas. O paciente, tras ser valorado por Cardiología é diagnosticado de hipertransaminasemia a estudo e dado de alta con cita de seguimento en Hepatología

Tres meses máis tarde: Acode ao PAC por novo episodio de dor retroesternal, desencadeada con mínimo esforzo (camiñar uns metros). Interrogado dirixidamente refire episodios de anxina de esforzo dende fai aproximadamente tres meses, que atribuíra a problema hepático. Neste caso o ECG si presentaba alteracións (infradesnivel ST)

Xuizo clínico (bis): SCASEST. Anxina inestábel. Confirmado por Cardiología, sométese a cateterismo con implantación de stent.

Conclusións: Pese ao refinamento dos métodos diagnósticos na síndrome coronaria aguda, o diagnóstico de anxina segue a ser eminentemente clínico. Un ECG normal non descarta a procedencia miocárdica dunha dor anxinosa. Neste caso cremos que a aparición de alteracións analíticas non concordantes centrou máis o espectro diagnóstico que a sintomatoloxía do paciente. Esta focalización centrou o seguimento por completo, sen que en ningún caso se producira un reencadre, e sen que este paciente consultara de novo en Atención Primaria.

#### ITUS DE REPETICIÓN (REF 1485)

Íciar Martínez Pereira<sup>1</sup>, Bea Rodríguez Vaz<sup>2</sup>, Marta Peña Rodríguez<sup>1</sup>  
1 Porriño, 2 Sárdoma

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivos de consulta: Clínica urinaria de repetición.

Historia clínica: Mujer de 35 años, maestra de profesión, sin alergias medicamentosas conocidas, usuaria de anticonceptivos orales. Refería clínica de unos meses de evolución disuria, poliuria, polaquiuria y urgencia miccional. Desde hacía unas semanas asociaba dolor quemante en suelo pélvico, sensación de ocupación anal y dispareunia. A la exploración física presentaba dolor a la palpación de musculatura pélvica, músculos acortados y contracturados y signo de tinnel positivo a la compresión del nervio. Se le hicieron análisis, citología, ecografía abdominal, urocultivos y todas resultaron normales. Como antecedentes familiares cabe destacar madre con cáncer de mama en remisión.

El diagnóstico fue neuralgia del pudendo. El síntoma guía es el dolor neuropático en periné que mejora con la bipedestación y empeora al sentarse. Secundario a profesiones o deportes donde se permanezca sentado mucho tiempo, cirugías pélvicas, traumatismos directos o estreñimiento crónico. Entre los posibles diagnósticos diferenciales aparecen sacrococci-godinia, infección urinaria recurrente, enfermedad inflamatoria pélvica, osteopatía púbica o neoplasias vulvo-vaginales. La incidencia es desconocida aunque se sabe que está subestimada, por lo abigarrado de sus síntomas, en ocasiones sin relación entre ellos, por lo que se suele tardar en llegar al diagnóstico. El tratamiento consiste en antidepresivos como la amitriptilina, que sería el tratamiento de elección, asociado a antiepilépticos como la pregabalina. Se podría complementar con tratamiento fisioterapéutico, estiramientos de musculatura pélvica. Es una patología con buen pronóstico aunque a veces puede llegar a precisar cirugía para descomprimir el nervio. Conclusiones: La neuropatía compresiva del nervio pudendo es una entidad sencilla de reconocer, si se piensa en ella, que no precisa de pruebas

complementarias para su diagnóstico y que es fácilmente abarcable con tratamientos que se puede manejar fácilmente desde Atención Primaria.

### CAÍDAS COMPLICADAS (REF 1486)

Bermejo Gestal, Iria<sup>1</sup>, Domínguez Rodríguez, Antía<sup>2</sup>, Rodríguez Villalón, Xiana<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sárdama, <sup>2</sup> Bembrive

Ámbito del Caso : Atención Primaria

Historia Clínica: Mujer de 80 años que acude a la consulta por aparición de lesión eritematosa nodular en cara posterior de brazo derecho tras caída accidental hace 5 días. La paciente niega tener ninguna lesión previa en esa zona. Como antecedentes personales sabemos que la paciente es hipertensa, presenta una taquicardia supraventricular paroxística, colitis isquémica y está a seguimiento por Digestivo por quiste pancreático. A la exploración se objetiva un nódulo de coloración rojiza, bien definido, friable de aproximadamente 12 mm de longitud. Se realiza Teledermatología con diagnóstico de posible granuloma piogénico, y citan a la paciente de forma presencial para exéresis y estudio de la lesión. Como posibles diagnósticos diferenciales sugieren granuloma piogénico; carcinoma basocelular, melanoma amelanocítico, nevus de Spitz (en niños). El resultado de Anatomía Patológica fue de Melanoma Nodular maligno extensamente ulcerado, nivel IV de Clark, con márgenes respetados. Ante este diagnóstico la paciente fue derivada a Cirugía para ampliación de márgenes y ganglio centinela que fue negativo. El estudio de extensión también fue negativo.

Conclusiones: El melanoma nodular maligno tiene una aparición brusca, normalmente sobre tejido sano que únicamente presenta crecimiento vertical por lo que a la hora de su diagnóstico ya suele estar en estadios avanzados; con una supervivencia del 80% a 5 años en estadio III y IV: Ante una lesión que aparente ser un granuloma piogénico pensar siempre en diagnóstico diferencial de melanoma nodular y su rápido crecimiento por lo que siempre será conveniente mandar toma a anatomía patológica para confirmación.

### AMAUROSIS FUGAX (REF 1487)

Barreiro Cambeiro, Alicia, Buceta Eiras, Goretti, Ferreiro Vigo, Lidia

Centro de Saúde Elviña-Mesoiro

Ámbito do caso: Atención Primaria, Servizo de Urgencias e Neuroloxía.

Muller, 81 anos. Ex-fumadora e osteoporótica. Acude a consulta relatando episodio de perda de visión súbita en ollo esquerdo tres días atrás, "como unha tela que me cubriu o ollo de arriba a abaixo", de aproximadamente 5 minutos de duración, con recuperación "ad integrum" posterior, sen outra clínica asociada, concretamente non cefalea nin claudicación mandibular. Actualmente asintomática, realizamos exploración física con tensión arterial de 160/85 mmHg, auscultación carotídea sen soplos, auscultación cardíaca rítmica con reforzo segundo tono en foco mitral e mínimo soplo aórtico, exploración ocular con cataratas pero deixando ver fondo de ollo na que se visualiza unicamente tortuosidade vascular, as arterias temporais latían simétricas e exploración neurolóxica con nistagmus á mirada cara a dereita en ollo dereito e marcha con leve inestabilidade (impresiona de subxectiva). Ante sospeita de amaurosis fugax, derivamos a paciente a urgencias, sendo ingresada, realizándose analítica sanguínea con mínima elevación de reactantes de fase aguda, electrocardiograma en ritmo sinusal,

TAC cerebral con enfermidade de pequeno vaso e ecodoppler de troncos supraaórticos con depósitos ateromatosos milimétricos que non producen repercusión hemodinámica nin estenose significativa. É dada de alta con antiagregación e estatina. Estable ocular e neuroloxicamente dende entón.

Conclusiones: ante unha perda visual transitoria nunha paciente de idade avanzada, dous dos cadros máis importantes a ter en conta son a etioloxía isquémica (AIT) e a arterite de células xigantes. No primeiro caso, haberá que descartar sobre todo embolismo carotídeo ou coronario e previr o desenrolo nos seguintes días doutro episodio isquémico tipo transitorio ou xa establecido, controlando os factores causais (na nosa paciente, tratamento da arterioesclerose). No caso da arterite, a súa sospeita obriga a un tratamento con altas doses de corticoides polo alto risco de evolución a unha cegueira absoluta bilateral sen tratamento.

### NEUMONÍA POR LEGIONELLA (REF 1488)

Barreiro Cambeiro, Alicia, Alvar Pariente, Sara, Caeiro Castela, Jesús Manuel

Centro de Saúde Elviña-Mesoiro

Ámbito do caso: Atención Primaria, Servizos Urgencias.

Varón, 53 anos, fumador activo de 25 cigarros/día, dislipemia a tratamento cun fibrato. Acude a consulta por malestar xeral dunha semana de evolución, fiebre de ata 39.5 °C e diarrea sen produtos patolóxicos. Á exploración, regular estado xeral, febril, taquipneico e crepitantes en base pulmonar ata campo medio esquerdos.

Coa sospeita de neumonía, derivamos a urgencias para valoración. Nas probas realizadas, obxectívase hipoxemia, leucocitosis con neutrofilia, leve hiponatremia e unha consolidación extensa en lóbulo pulmonar superior esquerdo. O paciente é ingresado instaurándose antibioterapia empírica e solicitándose antixeno de Neumococo e Legionella en orina, sendo positivo para este último. Páutase quinolona, con boa evolución clínica, desaparición dos crepitantes e desaparición da consolidación na radiografía de tórax de control.

Conclusiones: Legionella é un bacilo gramnegativo intracelular, un dos principais responsables da neumonía adquirida na comunidade. Trátase dunha bacteria ambiental cuxo hábitat natural son as augas doces, ríos e lagos. O mecanismo responsable da súa diseminación é o aire ambiente e a inhalación de aerosois de auga a través de torres de refrixeración, condutos de ventilación, etc. Entre os factores de risco máis comúns atópanse o tabaquismo e a EPOC. O cadro clínico é variable, sendo a neumonía a forma clínica máis frecuente.

Os síntomas respiratorios non son os predominantes, podendo ser a diarrea, dor abdominal, náuseas e vómitos os primeiros síntomas en aparecer. A hiponatremia é a alteración analítica máis frecuente comparada con outras neumonías producidas por outros xermes. O cultivo de secrecións respiratorias así como a detección de Legionella pneumophila serotipo 1 nos ouriños son as probas diagnósticas máis específicas.

No tratamento da infección por Legionella os fármacos de elección son as quinolonas e macrólidos, recomendando pautas de tratamento prolongado naqueles pacientes inmunodeprimidos ou con afectación extrapulmonar grave.

### SÍNDROME DE DUMPING (REF 1489)

*Barreiro Cambeiro, Alicia, Alonso Otero, José Manuel, Caeiro Castelao, Jesús Manuel*  
*Centro de Saúde Elviña-Mesoiro*

Ámbito do caso: Atención Primaria.

Muller, 69 anos. Ex-fumadora, hipotiroidismo, colecistectomizada e intervi- da de adenocarcinoma gástrico dez anos atrás, realizándose gastrectomía subtotal e posteriormente radioterapia e quimioterapia, sen datos de re- cidiva. Acude á nosa consulta por clínica de tres meses de evolución de malestar epigástrico e sensación de mareo "como se fose perder o coñe- cimento", sen chegar a facelo, en sedestación e sempre tras a inxesta. Na exploración, bo estado xeral, boa coloración de pel e mucosas, auscultación rítmica con soplo mitral, exploración neurolóxica normal e abdome con leve molestia á palpación de epigastrio sen defensa. Electrocardiograma sen alteracións. Realízanse estudos complementarios xunto con Atención Especializada: analítica normal, TAC cerebral e electroencefalograma nor- mais, holter con extrasístoles ventriculares ailladas sen outras alteracións, ecocardiograma tratorácico con insuficiencia mitral grado  $\frac{3}{4}$  con función sistólica preservada, sen datos de hipertensión pulmonar e unha endosco- pia dixestiva alta sen cambios. Coa sospeita de que a clínica fose secunda- ria ao by-pass gástrico, recoméndase cambios dietéticos, distribuindo máis a comida ao longo do día e evitando alimentos ricos en glúcidos e lácteos, con melloría clínica substancial.

Conclusións: o síndrome de Dumping caracterízase por síntomas gastroin- testinais, como sensación de plenitude, retortixóns, náuseas, vómitos e diarrea explosiva, e por síntomas vasomotores, como sudación, inquietude, debilidade, flushing e palpacións. A resección cirúrxica reduce o reservorio gástrico fúndico, debilitando a capacidade de acomodación aos alimentos, e paralelamente a vagotomía incrementa o ton gástrico. O baleirado precoz dos líquidos provoca a chegada ao intestino delgado de solucións hiperos- molares, provocando un secuestro intraluminal de fluídos con hipovole- mia e hipotensión así como distensión abdominal con dor. O diagnóstico faise por historia clínica co antecedente cirúrxico e tras unha endoscopia que descarte outras causas. As modificacións dietéticas son fundamentais: comer pequenas cantidades de comida frecuentemente, rexeitar azucres simples, engadir fibra á dieta, azúcares complexos e proteínas.

### ECOGRAFÍA E FRACTURAS: COMÉNDOLLE TERREO Á RADIOLOXÍA CON- VENCIONAL (REF 1490)

*Chaves Serantes, Noelia, Eirea Eiras, Juan Carlos, Fariñas Vázquez, José Ángel*  
*Centro de Saúde de Bueu*

Paciente que acude á consulta de atención primaria por dor e limitación funcional do pe esquerdo tras unha torcedura dez días atrás, que non cedeu con analxesia nin coa vendaxe funcional realizada no PAC a semana anterior. Na exploración física destaca tumefacción dorsal e dor localizado a nivel do extremo distal do segundo e terceiro metatarsianos, sen dor a nivel das articulacións tarsometatarsianas nin metatarsofalánxicas, con mobilidade conservada pero dolorosa. Solicitamos unha radiografía do pe, informada como: non evidencia de fracturas nin outra patoloxía osteoten- dinosa. Ante a persistencia da clínica, decidimos realizar unha ecografía na consulta de atención primaria, evidenciándose unha zona hipoecoica sobre o segundo e o terceiro metatarsianos, compatible con edema postraumá- tico, e unha perda de continuidade a nivel do tercio distal da liña diafisaria do segundo metatarsiano, compatible con fractura. Derivamos á paciente ó

servizo de urxencias, onde é valorada por traumatoloxía e diagnosticada de probable fractura de estrés. Tras cinco semanas con bota de xeso e descar- ga con apoio parcial sobre tacón de marcha, unha nova radiografía mostra a presenza de callo óseo e confirma o noso diagnóstico. As fracturas de estrés son causadas por traumatismos de baixa enerxía pero repetidos de forma cíclica. A fractura de estrés do segundo metatarsiano foi descrita en 1921 por Deuschländer, en militares sometidos a entrenamentos con- tinuos, polo que tamén é coñecida como pe do recluta. Nun primeiro momento manifestase clinicamente, con radiografía negativa, e posterior- mente aparece reacción perióstica. A ecografía é unha técnica que pouco a pouco se está a introducir nos centros de atención primaria. Ademais de ser unha proba inocua, barata e accesible, pode ser clave para establecer un diagnóstico de certeza e polo tanto instaurar un tratamento máis precoz, reducindo a comorbilidade para o paciente e os custos sanitarios. (Dispo- ñemos das imaxes ecográficas)

### SE A MIN SÓ ME HINCHARA A PERNA... (REF 1492)

*Paula Cabanelas Pousa<sup>1</sup>, Noa Valiño Ferraces<sup>2</sup>, Noemí García Varela<sup>3</sup>*  
*1 CS Conxo, 2 CS Concepción Arenal, 3 CS Vite*

Ámbito: Urxencias.

MC: Edemas MMII e disnea.

HC: AP: Vida cama-sillón. Non AMC. Exfumador 10 paquetes/ano. EPOC severo. Insuficiencia respiratoria crónica con OD. Esquizofrenia. Hemicolec- tomía por perforación colónica. PTC Dereita. AF: Sen interese

Tratamento: Broncodilatadores, coritoides inhalados, IBP, furosemida, ris- peridona, sertralina. EF: TA 96/58. FC: 90 lpm. 36, 2°C. SatO<sub>2</sub>: 76% COC. NH, NC. CeC: Non IVI. Non adenopatías. AC: Rítmica, sen sopros. AP: Dimi- nución MV, sobretudoo hemitórax dereito. EEII: Edemas ata tercio superior ámbas pernas. MIE aumentado de diámetro. Pulsos pedios presentes e simétricos. Homans negativo. Resto normal. PPCC: GSA basal: pH 7.45, pCO<sub>2</sub> 50.8, pO<sub>2</sub> 34.2, HCO<sub>3</sub> 34.8, SatO<sub>2</sub> 66%, lactato 1.04, glucosa 83. AS: Hematimetría e bioquímica en rango, coagulación normal salvo dímero D de 4312 ng/mL. RXT: Cardiomegalia e derrame pleural dereito. Probable descompensación cardíaca. ECG: RS 85 lpm. BRDHH. EcoDoppler: TVP re- cente femoral común esquerda. Trombo antigo en femoral común dereita, superficial e poplítea esquerda. AnxioTC: Masa mediastínica con extensión a esófago. Atelectasia de pulmón D. TEP agudo e crónico en arterias pul- monares esquerdas. Hipertensión pulmonar.

ENFOQUE: Varón 85 anos. Vida cama sillón. Vive coa filla. Acode ao PAC por disnea maior do habitual dende hai 2 días e edemas en MMII. Ademais ten tos con expectoración esbrancuxada. Non febre. Non outra clínica. De- rivación hospitalaria por posible TVP.

XUÍZO CLÍNICO: Masa mediastínica a estudo. TEP agudo e crónico. HTAp. EPOC reagudizado. Insuficiencia respiratoria global.

TRATAMENTO: Ingreso. Clexane 120/24h. Soroterapia. Osioxenoterapia/ nebulizacións

EVOLUCIÓN: Tras permanecer ingresado en Neumoloxía, presenta una evolución favorable. Dacordo coa familia, e dada a comorbilidade e vida



previa, decídese non incidir no estudo da masa mediastínica atopada incidentalmente.

**CONCLUSIÓNS:** Este caso recórdanos a importancia dunha derivación hospitalaria dende Primaria tras realizar una correcta anamnese, con una exhaustiva exploración física e atopar un signo clínico de sospeita. O paciente, que só acodía por disnea e edemas en MMII, e que foi derivado correctamente, resultou ter una patoloxía que conleva gravidade.

#### **HAI QUE IR AO MÉDICO! (REF 1493)**

Noa Valiño Ferraces<sup>1</sup>, Paula Cabanelas Pousa<sup>2</sup>

1 CS Concepción Arenal, 2 CS Conxo

Ámbito: Urxencias.

MC: Febre

AP: NAMC. HTA. FRD en agosto 2014. Lesións en rostro dende hai 20 anos, que nunca consultou. AF: Sen interese. Tratamento habitual: Olmesartan.

EF: TA 104/46 mmHg FC 113 lpm Tª 38,5° CeC: Lesións ulcerosas infiltrantes e necrosantes en beizo e rexión temporo mandibular dereita AC: Rítmica, sen sopros. AP: Mvc. NRL: PINR. Non focalidade aguda aparente. Pares craneais normais. Non alteracións na marcha. Non signos menínxeos. Forza e sensibilidade conservadas. Lesión infiltrante e necrosada en antebrazo dereito. PPCC:

- AS: Leucocitose de 17.81x10e3/uL. (Neutrófilos 90,6%.Linfocitos 4.1%). Hb7.2 g/dL. Glucosa: 726 mg/dL.Urea 84. Creatinina 2.16. Fe 21. Transferrina 220. Ferritina 46. HbA1C 9.9%.
- GSA: pH 7.48. pCO2 30.5. pO2 86.5 HCO3 22.3. Sat O2 95.3%.
- TC Cerebro: Sen patoloxía intracraneal aguda.
- Hemocultivos: S.Aureus e S.Mitis sensibles a todos os AB testados.
- Urocultivo: Negativo.
- Seroloxías: Positivo para Lues.
- Biopsia de lesións faciais: Epiteliomas basocelulares

ENFOQUE: Muller de 81 sen ingresos previos, sen antecedentes coñecidos salvo HTA, e con escaso contacto con AP, que acode a Urxencias por episodio sincopal con recuperación completa en 1 hora. Ao día seguinte comeza con perda de forza e febre. Última AS hai 15 anos normal. A acompañante cóntanos poliuria e nicturia de anos de evolución, que nunca consultou. XC: DM de debut con mal control metabólico. Epiteliomas basocelulares. Anemia severa multifactorial. Bacteriemia. IR prerrenal resolta. HTA.

TRATAMENTO: Insulina. Transfusión de hemancias. Soroterapia.

EVOLUCIÓN: Ingresa en MIR por descompensación diabética non cetósica, anemia normocítica severa e IRA prerrenal. Trátase con insulina, transfusión de hematies e soroterapia con boa evolución e comézase con penicilina. Polos epiteliomas consúltase a Dermatoloxía, que decidirá un tratamento de maneira ambulatoria. Para domicilio páutase penicilina im temporalmente, ADO, insulina, e antihipertensivos.

**CONCLUSIÓNS:** Recalcar a importancia das actividades preventivas en AP: Factores de risco cardiovascular, cancro de pel, ETS... antes de que un doente acabe sendo pluripatolóxico.

#### **NON NOTO MELLORÍA... (REF 1494)**

Noa Valiño Ferraces<sup>1</sup>, Paula Cabanelas Pousa<sup>2</sup>

1 CS Concepción Arenal, 2 CS Conxo

Ámbito: Urxencias.

MC: Odinofaxia.

HC: AP: Non AMC. Diagnosticada hai 7 días en Urxencias de mononucleose. Non tóxicos AF: Sen interese Tratamento: Ibuprofeno, metoclopramida.

EF: TA 120/70. FC: 103 lpm. 37, 7°C. SatO2: 96% COC. NH, NC, NP. CeC: Adenopatías submandibulares. Orofaringe: Hiperémica, leve edema de úvula. Pracas esbrancuxadas. AC: Rítmica, sen sopros. AP: MVC. Abdomen: Brando, depresible, non doloroso. Non visceromegalias. Non peritonismo. Resto normal. PPCC: AS: Hematimetría e coagulación normais. 19.000 Leucocitos/µl. Bilirrubina total 1.8 mg/dl, bilirrubina directa 1.5 mg/dl. GOT 182 UI/L. GPT 416 UI/L. GGT 892 UI/L. FAL 819 UI/L. RXT: Sen patoloxía. Seroloxías: VEB: IgM VCA+ alto. IgG VCA+, AcEBNA – CMV: IgM no límite de reactividade +, IgG – Hepatotropos e retrovirus: - Hemocultivos: Negativos.

ENFOQUE: Muller 29 anos derivada do seu MAP por mononucleose con mala evolución. Presenta odinofaxia e dificultade para a deglución, así como diminución do apetito. Non disnea. Non dor abdominal. Non febre en domicilio.

XUÍZO CLÍNICO: Mononucleose. Hepatite aguda por VEB. Amigdalite vírica con sobreinfección bacteriana.

TRATAMENTO: Ingreso en MIR. Soroterapia, corticoides e antibioterapia. Paracetamol.

EVOLUCIÓN: A paciente presenta boa evolución en pranta tras tratamento endovenoso, próbase tolerancia oral con bo resultado. É dada de alta en situación semellante á basal e afebril. Recoméndase repouso 3 semanas, evitando traumatismos abdominais e antiinflamatorios se persistisen molestias.

**CONCLUSIÓNS:** Este caso fainos reflexionar na necesidade de facer un seguimento en Primaria da patoloxía aguda que presenten nosos pacientes, xa que neste caso, a evolución foi mala. Tras ser diagnosticada de mononucleose e recibir tratamento sintomático, empeorou, presentando complicacións como una hepatite aguda viral polo VEB e una sobreinfección bacteriana, precisando de ingreso en pranta de MIR. Tras a súa estancia, e con tratamento endovenoso evolucionou favorablemente, sendo dada de alta en situación basal. O papel do Médico de Familia foi o seguimento da paciente, detectar a tempo a complicación e derivar.

#### **¿QUÉ SERÁ O QUE ME PASA? (REF 1495)**

Paula Cabanelas Pousa<sup>1</sup>, Noa Valiño Ferraces<sup>2</sup>, Noemí García Varela<sup>3</sup>

1 CS Conxo, 2 CS Concepción Arenal, 3 CS Vite

Ámbito: Urxencias.

MC: Rectorraxia.

HC: AP: Non AMC. Non tóxicos.

AF: Sen interese Tratamento: Non realiza.

EF: TA 116/82. FC: 71 lpm. 36, 7°C. SatO2: 100%. COC. NH, NC, NP. CeC: Non adenopatías. AC: Rítmica, sen sopros. AP: MVC. Abdomen: Brando, depresible, doloroso en HID sen Murphy. Non visceromegalias. Non peritonismo. RHA presentes. EEI: Non edemas. Non datos TVP. Pulsos presentes e simétricos. Non adenopatías inguinais. PPCC: AS: Hb 10.6 g/dl, Hcto 31%, VCM 75.2 fl. Bioquímica con perfil hepático e coagulación normal. ECG: RS 68 lpm. Sen alteracións na repolarización. RXT/RXA: Sen achados. TR: Esfínter con tono normal. Non fisuras. Non masas palpables. Non sangue. Colonoscopia: Pedículo hemorroidal conxectivo a nivel de válvula ileocecal. Ecografía abdominal: Sen alteracións.

ENFOQUE: Muller de 21 anos, estudante, que consulta por dor epigástrica de 2 semanas de evolución, que empeora tras comer. Non náuseas nin vómitos. Ademais, dende hai 2 días ten sangue vermella brillante con coágulos misturada coas deposicións. Non diarrea, non cambios en hábito deposicional, feces de consistencia normal. Non AINES en días previos.

XUÍZO CLÍNICO: Hemorroides internas conxectivas. HDB como complicación. Anemia aguda moderada.

TRATAMENTO: Soroterapia. Ferro oral tras a alta.

EVOLUCIÓN: Ingresa en Dixestivo para filiar a causa das rectorraxias. Realízanse diversas PPCC, todas sen achados significativos, salvo a colonoscopia, que atopa como posible causante un pedículo hemorroidal interno conxectivo. Introdúcese dieta oral con adecuada tolerancia e permanece asintomática, polo que é dada de alta.

CONCLUSIÓN: Este caso poden facer reflexionar no papel que tería o MAP se a paciente consultase primeiro nel. A paciente non consultou por motivo de ser de outra rexión e atoparse na nosa área por un período limitado de tempo. Poderíase ter manexado de maneira ambulatoria dende o comezo da clínica, solicitando PPCC no CS, como despistaxe para H. Pylori e sangue oculto en feces, dar IBP empíricamente e posteriormente valorar derivar a CCEE de Dixestivo.

#### É DE MALA EDUCACIÓN ERUCTAR CADA TRES SEGUNDOS? (REF 1498)

*Gloria González Cristobo, José Quintela Martínez, Antonio Ángel Regueiro Martínez*  
Centro de Saúde Vilanova de Arousa, 2Consultorio de Baión

ÁMBITO DO CASO: Atención Primaria.

MOTIVO DA CONSULTA: Eructos incoercibles.

HISTORIA CLÍNICA: Enfoque individual: Varón de 42 anos con antecedentes de HTA e múltiples intervencións cirúrxicas tras accidente de tráfico en 2002 con fractura de fémur, ambos xeonllos e nocello. Dende hai 3 meses, refire sensación de distensión abdominal e molestias abdominais que no último mes empeoran, aparecendo ademais eructos que o paciente non é quen de controlar. A clínica cede durante o sono e empeora co exercicio e tralas comidas, chegándolle a provocar pirose, náuseas e vómitos practicamente con tódalas inxestas, con perda duns 7kg de peso. Á exploración

física só destaca a dor á palpación da zona infradiaphragmática e fosa ilíaca dereita e a forte contracción do hemiabdomen superior que se produce cada vez que o paciente eructa, aproximadamente cada 3-5 segundos. Evolución e tratamento: Tras ser tratado dende Atención primaria con IBP e procinéticos sen bo resultado, o paciente acode a Urgencias Hospitalarias en tres ocasións por empeoramento do cadro. Inténtase o tratamento con Sucralfato, Almagato, Antieméticos e Neurolépticos sen ser tampouco efectivo, e mellorando lixeiramente con Simeticona e Espasmolíticos anticolinérxicos. Probas complementarias: As radiografías de tórax e abdomen non presentan alteracións, ao igual que o TAC. A gastroscopia amosa gastrite antral con duodenite non erosiva que trala biopsia indica mínima hiperplasia foveolar na zona antral. Presenta proba do Helicobacter en feces negativa, e SOH e calprotectina positivas, cunha ileopanoscopia normal. Xuízo clínico e diagnóstico diferencial: Tras descartar razoablemente ERGE, EI, úlcera gástrica ou patoloxía biliar, podemos considerar que o cadro sexa de orixe psicóxeno. Plan de actuación: Valoración pormenorizada da esfera psiquiátrica no paciente.

CONCLUSIÓN: É importante dende atención primaria valorar a orixe psicóxena en pacientes refractarios a tratamento, tentando indagar en posibles causas que desencadeen un estado de ansiedade no paciente.

#### REACCIÓN CUTÁNEA PROBABLEMENTE A PICADURA DE ARAÑA (REF 1499)

*Romina Martínez Liñares, Sofía Díaz Mosquera, Noa Otero Leiro*  
Centro de Salud O Grove (Pontevedra)

ÁMBITO DEL CASO CLÍNICO: Urgencias, primaria y especializada.

MOTIVO DE CONSULTA: Lesión eccematosa en zona lumbar.

HISTORIA CLÍNICA:

-Antecedentes Personales: No AMC. Sin antecedentes de interés.  
-Anamnesis: Mujer de 58 años que acude a su médico por lesión eccematosa de pequeño tamaño, con ampolla central, en región lumbar tras haber estado en el Courel. Tratada inicialmente con corticoides tópicos durante 5 días sin mejoría. Acude a Urgencias por extensión de la lesión y prurito, a pesar de tratamiento. Se suspenden corticoides y se añade antibiótico y antihistamínicos. La paciente acude nuevamente, por aumento del área de la lesión alcanzando unos 15cm de extensión, y aparición de área necrótica central. Se completa pauta antibiótica e interconsulta con dermatología.

-Exploración: Placa eritematosa pruriginosa en región lumbar con área necrótica central con un punto costroso claramente diferenciado. No signos de impetigización, ni adenopatías.

-Pruebas Complementarias: Análítica: Proteína C reactiva elevada, resto de valores normales.

-Diagnóstico diferencial: picadura insecto, impétigo, celulitis.

-Juicio Clínico: Reacción cutánea a picadura probablemente de araña.

- Tratamiento: Suspender antibiótico. Baños de Sulfato de cobre templado. Prednisona 30 mg /24h durante 4 días. Después 2 días más Prednisona 15 mg / 24h. Omeprazol 20 mg/24h. Fucidine pomada hasta caer la postilla.

- Evolución: La lesión disminuyó en extensión a los pocos días de tratamiento y el prurito desapareció. A las dos semanas la postilla había caído y la placa estaba resuelta.

**CONCLUSIONES:** Las reacciones a picaduras de arácnidos en nuestro medio, producen una reacción local leve, con dolor, picor e inflamación. Aparece reacción eritematosa con ampolla central y área necrótica (veneno citotóxico). Se trata con agua y jabón, aplicación de hielo y posteriormente antihistamínicos, corticoides tópicos y orales (lesión extensa) y antibiótico si sobreinfección. Es importante informar al paciente sobre la evolución de las lesiones para su tranquilidad, confianza en su médico y buena adherencia al tratamiento.

#### OS INFARTOS NOS DIABÉTICOS SON MOI MENTIREIROS (REF 1500)

Quintela Martínez, José, González Cristobo, Gloria, Regueiro Martínez, Antonio  
C.S. Baión (Vilanova de Arousa)

Varón de 69 a. con antecedentes de neoplasia de cabeza de páncreas e DM insulinodependiente tras pancreatectomía. (lantus 0-0-18). Acude ó seu médico de cabeceira por polimialxias de 7 días de evolución. Dores que o paciente localiza sobre todo en rexión cervical, subescapular dereito e mais levemente en hemitórax dereito que define como ardor ou queimazón interno que se estende desde epigastrio a rexión torácica dereita. Tamén añade ter un formigueo constante que se estende polo brazo e mana dereita. Molestias constantes que non se intensifican ni se alivian cas maniobras respiratorias nin cos cambios de posición. Non conta historia de sobreesforzo nin de traumatismo previo. Non cuadro vexetativo asociado. Ante esto, o médico de cabeceira interpreta a cuadro como unha dorso-cervicalxia mecánica, pautalle tramadol e pídelles unha RX cervical. O paciente a semana seguinte acude de novo, por non melloría e incluso empeoramento do dolor e das parestesias en MSD, rexión torácica e subescapular dereita. Ante esto o seu MAP derivao o hospital de referencia. Donde tras interrogalo, explórase por aparatos, sendo totalmente normal, sin atopar hallazgos de interés. Faiselle unha RX (normal) EKG: RS a 75 lpm, con T negativas de V1-V5 (non presentes nun rexistro de facía 6 meses).

Análise: destaca a presenza de Troponina T de 9 ng/l. AS 3 hs. repítese a Troponina T e sube a 12, polo que se avisa o cardiólogo de referencia pola sospeita de SCASEST. Dáselle tratamento antitrombótico e faise cateeterismo, donde se obxetiva: "lesión trombótica oclusiva do 100% da DA", colocándolle un stent farmacactivo.

Relevancia para Atención primaria: No paciente diabético, ante calquer dor, ben sexa, torácico, lumbar ou gástrico, sempre temos que ter as isquemia cardiaca como diagnóstico diferencial a descartar. Son moitas, difusas e vagas as maneiras de presentarse.

#### TUBERCULOSIS MILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO (REF 1501)

Sandra M<sup>a</sup> Ayude Díaz<sup>1</sup>, Carlota Fariña Vereá<sup>1</sup>, Fátima Bea García<sup>2</sup>  
1 Centro de Salud de Lárez, 2 Centro de Salud de Marín

Ámbito del caso: AP, SUH, M.Interna.

•Motivos de consulta Fiebre y dolor abdominal.

•Historia clínica

oEnfoque individual:

-AP: NAMC. Fumador. HTA. FA. Insuficiencia renal crónica por vasculitis ANCA+. Anemia multifactorial.

-Tratamiento: Prednisona, Cellcept, adiro, bisoprolol, Simvastatina, Ixia, hidroferol, aranesp.

oAnamnesis: Varón 65 años, refiere picos febriles de 38°C de 3 semanas de evolución. Dolor hemiabdomen inferior acompañado ocasionalmente de vómitos desde hace 4-5 días que desapareció hoy. Hábito intestinal normal. No clínica miccional. Se valora nuevamente en consulta tras pruebas complementarias. Refiere entonces nuevo pico febril y se añade también disnea de mínimos esfuerzos. Decidimos derivación a SUH por: Síndrome febril (en paciente inmunodeprimido e I.Renal crónica), en posible relación con infección respiratoria. Preciso ingreso en medicina interna, presentando finalmente diagnóstico definitivo de Tuberculosis miliar con las pruebas complementarias realizadas en el ingreso.

oExploración:

-AC: aritmico. No soplos.

-AP: mvc.

-Abdomen: globuloso, blando no doloroso a la palpación sin masas ni megalias. PPR bilateral negativa.

-NRL: no rigidez de nuca. No focalidad aguda grosera.

-MMII: no edemas ni datos de TVP.

oPruebas complementarias:

-Tira orina: leucocitos negativos. Nitritos negativos. Sangre +++, Proteinas +++.

-Hemograma, coagulación y bioquímica normales salvo PCR 7.

-Sedimento orina normal.

-Rx tórax: sombra en lóbulo medio compatible con infección pulmonar aguda.

-Cultivo de esputo y orina positivos para micobacterias.

-Ecografía abdominopélvica normal.

-TC abdominopélvico: sospecha de Tuberculosis.

-Colonoscopia + biopsia: ileitis tuberculosa.

oJuicio clínico: Tuberculosis miliar en paciente inmunodeprimido.

oTratamiento: El paciente se encuentra en el momento actual recibiendo tratamiento para enfermedad tuberculosa y ha presentado una mejoría importante.

•Conclusiones La importancia de realizar estudios previo inicio de tratamiento inmunosupresor, solicitando Prueba de tuberculina y serología (VHB,VHC, CMV, VIH), para minimizar los riesgos de enfermedad y/o reactivación en el paciente, y a su vez el de su entorno más próximo derivados del contacto próximo-intimo con el paciente.

#### LO INESPERADO CONFIRMA LA INCERTIDUMBRE (TRG 1504)

Pazos Gonzalez, Jessica, Gómez Fernández, Ana, Iglesias Losada, Ricardo  
C.S. Vite

Ámbito del caso: Atención primaria, interrelación con atención especializada.

Motivo de consulta: Mujer de 59 años. Refiere dolor de cabeza de 15 días de evolución que no cede con el tratamiento pautado hace 3 días en el PAC (ibuprofeno y paracetamol). La cefalea es pulsátil y se localiza en la región fronto-parietal derecha, interfiere en su vida diaria pero no la despierta. No refiere traumatismos previos.

Antecedentes personales: Anemia macrocítica por déficit de B12, poliartalgias con FR y antiCCP positivo, síndrome miofascial, artrosis de manos, meniscopatía pendiente de cirugía, síndrome del túnel carpiano bilateral, vitíligo, varices de miembros inferiores.

Exploración: Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora, TA 130/70mmHg, ACR sin alteraciones, exploración neurológica sin alteraciones groseras de focalidad.

Juicio clínico: Ante la cefalea de perfil etiológico dudoso y la falta de respuesta a tratamiento, realizamos una interconsulta al neurólogo, quien valora el caso como probable cefalea tensional.

Plan de actuación: Se instaura inicialmente tratamiento con: Dexketoprofeno, Diazepam y Amitriptilina. Se solicita TC cerebral para descartar causas de cefalea secundaria debido a la edad de la paciente. Un mes más tarde se realiza TAC craneal que se informa como: pequeño higroma subdural frontoparietal izquierdo de 6,3 mm de diámetro mayor. Pequeña lesión hiperdensa a nivel frontal cortical que no sabemos si puede estar en relación con mínima área de sangrado. Sin desplazamiento de la línea media.

Evolución: La paciente continua con cefalea intensa y el neurólogo modifica el tratamiento, pautando prednisona 30 mg/día durante 10 días y posteriormente descenso estándar de dosis hasta suspender. Solicita una valoración al neurocirujano, quién propone intervención quirúrgica de un hematoma subdural crónico.

Conclusiones: Las cefaleas son un motivo de consulta frecuente en atención primaria, y en ocasiones están ligadas a causas no esperadas y requieren ser valoradas con ayuda del nivel especializado.

#### UNA CAÍDA EN ÁFRICA (REF 1506)

*Patricia Felpete López<sup>1</sup>, José Quintela Martínez<sup>2</sup>, José María Rey Tasende<sup>1</sup>*

*1 Centro de Salud de Vilanova de Arousa, 2 Consultorio de Baión*

Ámbito del caso: Servicio de Urgencias del Hospital de Ruli (Ruanda).

Motivos de consulta: Tumefacción a nivel del muslo derecho con incapacidad funcional.

Historia clínica: Varón de 16 años remitido por sospecha de fractura, que refiere que tras una caída dos semanas antes, comienza presentar tumefacción a nivel del muslo derecho con incapacidad funcional. A la exploración: aumento de volumen generalizado del muslo con una consistencia que impresiona de colección fluctuante. No se palpan adenopatías inguinales ni presenta ninguna lesión cutánea.

A su llegada se instaura tratamiento con Cloxacilina intravenosa. Se realiza un punción en la región fluctuante y se obtiene una muestra de contenido hemopurulento, en la que no se aíslan microorganismos. Se solicita también una ecografía del muslo (que finalmente no llega a realizarse). El primer día de ingreso pico febril de 38° C. En la analítica destaca leucocitosis: 24.000 leucocitos con 90% de polifomonucleares y PCR positiva. La determinación de VIH fue negativa. El paciente es intervenido, se realiza limpieza y drenaje de 400 mL de pus con mejoría evidente tras cirugía y tratamiento antibiótico, aunque ya presentaba un flexo estructurado de cadera y rodilla. La hipótesis diagnóstica sería una piomiositis. Se pensó en

una piomiositis tropical, aunque el buen estado general que presentaba el paciente parecía ir en contra. En la radiografía simple de fémur, parecía existir una rarefacción anormal el hueso que podría ser compatible con osteomielitis y que secundariamente se hubiese producido la infección de partes blandas. Los médicos locales opinaban que esta segunda opción era la más plausible.

Conclusiones: La dificultad en la historia clínica y la ausencia de estudios complementarios son premisas con las que debe contar el médico cooperante. La colaboración con el personal sanitario local es fundamental para prestar la mejor asistencia a los pacientes durante estos proyectos.

#### COMPENDIO DE MEDICINA INTERNA EN ÁFRICA (REF 1508)

*Patricia Felpete López<sup>1</sup>, Carlos Seoane Suárez<sup>1</sup>, María Pilar Aboy Parda<sup>2</sup>*

*1 Centro de Salud de Vilanova de Arousa, 2 Consultorio de Baión*

Ámbito del caso: Servicio de Urgencias del Hospital de Ruli (Ruanda).

Motivos de consulta: astenia, fiebre y diarrea.

Historia clínica: Mujer de 38 años, VIH positiva (se desconocen más datos), que al parecer había abandonado tratamiento antiretroviral. Ingres por cuadro de una semana de evolución de astenia y fiebre con diarrea. Como tratamiento inicial se pauta sueroterapia y Cotrimoxazol.

En la exploración destaca un exantema generalizada con lesiones de tipo máculo-papular hiperpigmentadas y muy pruriginosas. Adenopatía supraclavicular izquierda de unos 2 cm de diámetro, dolorosa y adherida a planos profundos y otra adenopatía axilar izquierda de las mismas características. Marcada asimetría mamaria con aumento de volumen de la mama izquierda, que se encontraba edematosa y levemente empastada, con piel de naranja, sin palpase nódulos ni masas claras. En este caso no disponemos de los estudios de laboratorio, pero se solicitó un hemograma, carga viral y recuento de CD4 desde Urgencias.

En la anamnesis la paciente también refirió tos no productiva. Añadimos al estudio una radiografía de tórax, que fue normal y además de solicitamos Ecografía de la mama y de las adenopatías, que estaban pendientes de realizar. Como posibilidades diagnósticas, además de la diarrea en una paciente VIH positiva, que en los países tropicales nos obliga a incluir en el diagnóstico diferencial la infección por Isospora, Cyclospora, Entamoeba histolytica y Strongyloides stercoralis, las lesiones cutáneas impresionaban de una erupción papular pruriginosa asociada al VIH (tras consulta de Telemedicina con Dermatología). La lesión mamaria podría tratarse de un carcinoma inflamatorio o una mastitis tuberculosa (más frecuente en los países del Sur que el carcinoma).

Conclusiones: La formación específica en patología tropical es fundamental para los médicos que trabajan en países desarrollados y desean colaborar en proyectos de voluntariado en diferentes lugares del mundo.

#### ALGO MÁS QUE POLIMIALGIA. UN CAMBIO DE VIDA (REF 1509)

*Adalid Maldonado Díaz, Mercedes A. Hernández Gómez, Andrea Figueira Vázquez C.S. Novoa Santos*

Ámbito: Atención Primaria (CS).



Motivo de consulta: Dolor de cadera y cansancio.

Historia Clínica. Enfoque individual.

Antecedentes personales: Obesidad. DM-II. Incontinencia urinaria. Histerectomía, doble anexectomía. Anamnesis. Mujer de 76 años, consulta en CS por segunda vez en 15 días. Empezó con dolor desde cadera a rodilla derecha y cansancio 2 semanas antes. En este tiempo el dolor se ha generalizado, afecta a miembros superiores e inferiores.

Exploración. Inicial: dolor cadera sin limitación funcional y crepitantes en rodilla. Segunda visita: febrícula, sudoración profusa, pérdida de fuerza en cintura pelviana y escapular.

Pruebas complementarias. Rx cadera. Calcificaciones tendinosas.

Enfoque familiar. Vive sola, viuda. Independiente. Tiene una hija.

Juicio clínico. Polimialgia reumática PMR. Arteritis de la temporal. Neuropatía óptica isquémica anterior bilateral (NOIA).

Diagnóstico diferencial. Artrosis. Bursitis trocantérea. Neuralgia. PMR.

Tratamiento. Plan de actuación. Es viernes, 19:30h, derivamos a urgencias para analítica con VSG, por sospecha de PMR.

Evolución. Ingresa en Medicina Interna (MI), diagnóstico al alta: radiculopatía L5-S1 bilateral;

Tratamiento: Pregabalina e Ibuprofeno; control en un mes. A los 3 días del alta, se llama para evolución, no hay mejoría, cada vez peor. De pruebas realizadas durante ingreso destaca VSG:76, compatible con sospecha inicial; se informa, prescribimos prednisona e insulinizamos. Mejora en 48 horas. Mantenemos cita MI, inician reducción de corticoide y pierde visión de forma brusca, ingresando de nuevo por sospecha de neuropatía óptica isquémica anterior bilateral (NOIA). Biopsia temporal negativa.

Diagnóstico: brote de Arteritis de la Temporal. En primaria, solicitamos apoyo domiciliario, tramitamos dependencia/minusvalía. Se reduce dosis 4 meses después, con nuevo brote, del que recupera visión, añaden metotrexate. En primaria destaca depresión reactiva, dependencia para actividades de vida diaria, sobrecarga familiar. Identificación de problemas. Los médicos de familia y residentes, debemos detectar signos de alarma, y no perder la visión integral.

#### **ERUPCIÓN PRURIXINOSA PERIPARTO (REF 1511)**

*Cerdeira Couceiro, Sandra María, Chaves Serantes, Noelia, Eirea Eiras, Juan Carlos*  
Centro de Saúde de Bueu

Muller de 23 anos. Antecedente de parto por cesárea 7 días antes. A tratamento con ferro e complexo vitamínico dende o segundo trimestre, sen outras medicacións crónicas nin agudas. Unha semana antes do parto inicia cadro de proído abdominal, con posterior aparición de lesións maculosas supradxacentes, momento no cal acude ó PAC, sendo tratada con antihistamínicos por sospeita dunha posible reacción alérxica sen desencadeante coñecido. Regresa á consulta de atención primaria dous días

despois, por persistencia da erupción e do proído, e por extensión das mesmas a cara posterior de muslos. A erupción preséntase con lesións eritemato-edematosas de aspecto anular circinado, confluentes entre si, e intensamente prurixinosas, sen outra clínica sistémica. Decidimos suspender o antihistamínico por non estar indicado durante a lactancia materna, e iniciamos empiricamente un corticoide tópico potente (Mometasona). Unha semana despois de iniciar tratamento, a paciente é vista en Dermatoloxía, persistindo lesións moi residuais con hiperpigmentación postinflamatoria e xa sen proído. Establecen como diagnóstico máis probable o Penfigoide do embarazo ou Herpes gestationis. Este subtipo de dermatose bochosa, ten unha baixa incidencia, e pode presentarse ben con bochas a tensión, placas urticariformes ou con lesións eritemato-edematosas. Acostuma a aparecer entre o cuarto e sétimo mes de xestación, pero tamén pode aparecer no primeiro trimestre ou no postparto inmediato. En raras ocasión poden darse as mesmas lesións no neonato, sen ser este o caso. Nalgunhas ocasións remite espontaneamente no puerperio, sen ser preciso o tratamento. En moitas ocasións, na consulta de atención primaria é preciso iniciar tratamento antes de chegar a un diagnóstico. Por isto sempre debemos ter en conta as características e condicionantes de cada paciente á hora de escoller o fármaco que máis se axeite á clínica, e que menos morbilidade cause. (Dispoñemos de imaxes das lesións)

#### **ENFERMIDADE DE PEYRONIE INCIPIENTE (REF 1512)**

*Chaves Serantes, Noelia, Eirea Eiras, Juan Carlos, Fariñas Vázquez, José Ángel*  
Centro de Saúde de Bueu

Home de 38 anos, que se presenta na nosa consulta por notar unha induración no pene e molestias coas relacións sexuais. Non presenta antecedentes persoais de interese. Non hipertenso nin diabético. Relata que a súa anterior parella foi diagnostiçada de condiloma acuminado. A inspección é completamente normal, sen observarse lesións nin deformidades. Sen embargo á palpación percíbese unha induración a nivel distal de dorso peneano, de aproximadamente un centímetro de diámetro maior, forma poligonal e límites ben definidos. Realizamos ecografía na consulta, obxectivando dita lesión como unha zona hiperecoxénica con sombra posterior.

Con estes datos clínicos e exploratorios, establecemos como diagnóstico de sospeita a Enfermidade de Peyronie, pese a non presentarse no grupo de idade habitual nin ter o paciente outros factores relacionados, como a hipertensión, e derivamos a uroloxía para valoración. En uroloxía comparten o diagnóstico e informan ó paciente da posibilidade de ciruxía, decidindo finalmente realizar controis anuais con fotografía para detectar incurvación.

A enfermidade de Peyronie consiste na formación dunha placa de fibrose nos corpos cavernosos ou na albugínea que os rodea, o que fai que o pene se incurve hacia a dirección da cicatriz, podendo provocar dor durante as relacións sexuais e trastornos funcionais. Pode asociarse a fibrose da fascia palmar e plantar. Existen varias teorías sobre a etioloxía da enfermidade. En ocasións relaciónase coa idade, coa hipertensión arterial e a disfunción eréctil, iniciándose entre os 55 e os 60 anos. Outra causa posible son os traumatismos co pene en erección, como as relacións sexuais, e algúns estudos relaciónana con alteracións do sistema inmune. Pola contra non se atopa relación con enfermidades de transmisión sexual, e en xeral tampouco con procesos malignos, se ben o tumor carcinoide pode producir fibrose a varios niveis, incluíndo a enfermidade de Peyronie. (Dispoñemos de imaxes ecográficas)

### PRIMOINFECCIÓN POR VIH. NO PUNTO DE MIRA (REF 1513)

*Cerdeira Couceiro, Sandra María, Chaves Serantes, Noelia, Eirea Eiras, Juan Carlos*  
Centro de Saúde de Bueu

Paciente varón de 36 anos que consulta por úlcera en glande, de aproximadamente un mes de evolución. Interrogado sobre factores de risco de Enfermedades de Transmisión Sexual, relata relacións sexuais sen protección cunha nativa en Madagascar. Relata que inicialmente presentou tres lesións milimétricas eritematosas, que coalesceron formando unha úlcera. Á exploración presenta úlcera de 0.5 cm de consistencia elástica, bordes netos e base de fibrina. Non é dolorosa nin prurixinosa. Adenopatías móbiles en rexión inguinal dereita. Procedemos a tomar mostra para cultivo, e iniciamos tratamento con Mupirocina 2%. Solicitamos hemograma e seroloxía vírica incluíndo VIH e Treponema. Á espera de resultados derivamos ó paciente ás consultas de Dermatoloxía. O cultivo da úlcera é negativo para fungos e aerobios, e un frotis solicitado por dermatoloxía para VHS tamén é negativo. En canto á seroloxía os resultados son negativos para Treponema, pero con positividade para VIH, que se confirma en estudos sucesivos. Pese a que a incidencia da infección por VIH acadou o seu máximo na década dos 90, dende o ano 2009 estase a ver un novo incremento da incidencia. Por este motivo é importante non deixar de sospeitar esta infección co fin de detectala precozmente e tratar de evitar a transmisión e a propagación. (Dispoñemos de fotos da úlcera)

### STREPTOTEST: UNHA FERRAMENTA IDEAL PARA A CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA? (REF 1514)

*González Pérez, María Belén, Fariñas Vázquez, Jose Ángel, Chaves Serantes, Noelia*  
Centro de Saúde de Bueu

Ámbito do caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Odinofaxia.

Historia Clínica: Trátase dun home de 44 anos de idade, fumador activo, que inicia un cadro de 24 horas de evolución de odinofaxia, sen febre, tos ou rinorrea. No exame físico obxectívase hiperemia farínxea sen exudados e adenopatía submaxilar esquerda, con otoscopia normal (dous criterios de Centor), practicándosele un test de detección rápida do antixeno do estreptococo que foi negativo. Co diagnóstico de farinxite aguda non bacteriana foi tratado de forma sintomática. Ós tres días acode ó servizo de Urgencias de Atención Primaria con clínica similar acompañada de febrícula, practicándosele un novo estreptotest que resulta negativo e decídese pautar Azitromicina durante 3 días. Un día máis tarde acode de novo a consulta, tras comezar con febre e dificultade para a apertura bucal. Na exploración apréciase abombamento do pilar anterior esquerdo. Indícase seguir coa pauta de Azitromicina, pídesese analítica con seroloxías para CMV e EBV, recóllese mostra para cultivo de exudado farínxeo e derívase ó servizo de Urgencias hospitalarias co diagnóstico de absceso periamigdalino. O paciente é ingresado en planta hospitalaria, e tras drenaxe do material purulento iníciase tratamento con Amoxicilina-Clavulánico e Clindamicina i.v. con boa evolución. No cultivo illouse *Streptococcus constellatus* (grupo alfa hemolítico)

Conclusións: Aínda que os estreptotest teñen unha alta sensibilidade para a detección do estreptococo, temos que ter en conta que unicamente detectan as especies beta hemolíticas do grupo A.

### RETENCIÓN AGUDA DE URINA SECUNDARIA AL USO CONCOMITANTE DE DOS ANTICOLINÉRGICOS INHALADOS (REF 1516)

*Romero de Ávila Cabezón, Gabriel*  
PAC A Guarda

ÁMBITO DEL CASO: Urgencias de Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA: Retención de orina de aparición brusca hoy.

ANTECEDENTES PERSONALES: Paciente varón de 82 años con antecedentes de dislipemia (en tratamiento con simvastatina), hipertrofia de próstata (en tratamiento con tamsulosina) y EPOC muy grave fenotipo agudizador (en tratamiento inhalado con tiotropio y la combinación de salmeterol y fluticasona). Atendido tres días antes por agudización de su EPOC, pautando al alta salbutamol e ipratropio, ambos en cartucho presurizado con cámara, manteniendo su tratamiento previo.

ANAMNESIS: El paciente acude refiriendo cuadro de inicio hoy de imposibilidad para la micción, con molestias importantes.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Abdomen: Blando y depresible. Globo vesical marcado. Resto normal.

JUICIO CLÍNICO: Retención aguda de orina secundaria al uso concomitante de dos anticolinergicos inhalados.

TRATAMIENTO: Se realizó en Urgencias sondaje vesical, logrando evacuación de gran cantidad de orina. El paciente fue dado de alta, portando sonda para seguimiento en su Centro de Salud, y anulando el tratamiento con ipratropio inhalado. En consulta se logró posteriormente retirada de la sonda, no volviendo a presentar síntomas urinarios.

DISCUSIÓN: Entre los efectos adversos más habituales de los fármacos anticolinergicos se encuentran la sequedad de boca y la retención de orina, más frecuente esta última en pacientes con antecedentes de prostatismo, como era este caso. Aunque bien es cierto que la biodisponibilidad de estos fármacos es mucho menor cuando se administran por vía inhalada, debe extremarse el cuidado cuando se asocian dos de ellos, sobre todo si el riesgo es importante. En el caso que nos ocupa, una vez que se retiró uno de los anticolinergicos y se realizó sondaje, el efecto adverso pudo resolverse de manera satisfactoria, no presentando recidivas.

### DOCTORA, SAIUME UN BULTO NO BRAZO (REF 1517)

*Noemí García Varela<sup>1</sup>, Noa Valiño Ferraces<sup>2</sup>, Paula Cabanelas Pousa<sup>3</sup>*  
1 C. Saúde de Vite, 2 C. S. Concepción Arenal, 3 C. S. Conxo

Ámbito do caso: Atención Primaria

Motivo de consulta: Tumoración dolorosa no brazo dereito.

Historia clínica:

1. ANTECEDENTES PERSONAIS: Varón de 63 anos. Diabete Mellitus tipo II a tratamento con metformina. Non outros antecedentes de interese médicos nin quirúrxicos.

2. ANAMNESE: Doente cos antecedentes descritos que acude a consulta de atención primaria porque tras caída accidental fai dúas horas presenta

una tumoración dolorosa en cara anterior e distal de brazo dereito. Refiere ademais calambres nese mesmo nivel. Non refire dificultade na mobilización do brazo nin do ombro. Non refiere febre nin sensación distérmica. Ningunha outra clínica por aparatos.

3. EXPLORACIÓN FÍSICA TA: 125/68 FC:86 Tº: 36.2 Sat: 98% Exploración Xeral: Sen datos de interese. Exploración dirixida: Aumento de diámetro na rexión distal do brazo dereito. Non aumento de temperatura nin ruboración. Tumoración en cara anterior, dolorosa e productora de calambres na zona á palpación. No alteración dermatolóxicas nin hematomas. Movilidade do ombro normal. Movilidade do cóbado: flexión conservada pero dolorosa. Extensión e pronosupinación conservada. Ángulo de transporte dentro de cifras normais. Non dor á palpación da cabeza do radio, de epicóndilo medial nin de olecranon. Signo de Popeye: Positivo. Signo de Speed: positivo. Signo do abrazo do oso: negativo. Signos de Thomsen e proba da silla: negativos.

Xuízo clínico: Rotura do bíceps braquial distal. Despois de relatarnos a historia e ca exploración clínica do doente, debemos sospeitar a ruptura da porción larga do bíceps.

Plan de actuación: Debemos remitir o noso doente para a realización dunha ecografía (de non posuir medios no centro de saúde) que determine o tipo de rotura e para ser valorado por un traumatólogo, xa que o tratamento dunha ruptura completa é principalmente quirúrxico. Unha detallada historia clínica e unha completa exploración son a clave para o diagnóstico da lesión distal do bíceps braquial.

#### O QUE O OLLO NON VE (REF 1518)

*Silva Penas, Martina<sup>1</sup>, Rodríguez Piñeiro, Paloma<sup>1</sup>, Buceta Eiras, Goretti<sup>2</sup>*  
1 Centro de Saúde de Adormideras - CHUAC, 2 Centro de Saúde de Elviña - CHUAC

Ámbito do caso: Atención Primaria.

Motivos de consulta: Dor dorsolumbar.

Historia clínica: O primeiro caso, trátase dunha paciente de 81 anos, sen antecedentes de interese, que consulta por dor dorsal dereito de 3 días de evolución inicialmente diagnosticado de contractura dorsal e tratado con antiinflamatorios e analxésicos, con mala resposta ó tratamento. 2 días despois, a paciente consulta novamente, presentado na zona afecta, lesións vesículo-papulosas compatibles con infección por HZ. Iniciase tratamento con valaciclovir e analxesia. A pesar disto, continua con molestias a ese nivel, polo que asociamos pregabalina e tapentadol, con gran melloría posterior. No segundo caso, a paciente de 70 anos sen patoloxía previa, consulta por dor lumbar esquerdo e FIE, sen outra clínica acompañante.

Na exploración destaca unha dubidosa PPR dereita positiva, sen outras alteracións. Realízase tira de ouriños, que presenta leucocituria. Ante a sospeita de cólico renal Vs ITU, solicítanse estudio radiolóxico e urocultivo, sendo ambas probas normais.

Recibe analxesia, con escasa melloría. 4 días despois, acode a consulta presentando erupción cutánea na zona, tamén compatible con HZ. A continuación tras recibir tratamento tópico con sulfato de Zn, analxesia, valaciclovir e amitriptilina a paciente presenta remisión progresiva, tanto das lesións cutáneas como da dor.

Conclusións: A infección por virus Varicela-Zóster cursa con dúas formas clínicas: Varicela, preséntase principalmente en nenos; e Herpes Zóster (HZ), típico de adultos. O HZ, prodúcese pola reactivación do VVZ, que tras a primoinfección atópase en estado latente nos ganglios dos nervios raquídeos posteriores e nos ganglios sensitivos dos pares craneais. Afecta con máis frecuencia a pacientes de idade avanzada e con inmunidade diminuída. A presentación típica consiste nunha erupción cutánea con pápulas e vesículas, dor neuropático e alteracións na sensibilidade con distribución metamérica. A dor é o síntoma máis común polo que os pacientes consultan en Atención Primaria.

#### URTICARIA REBELDE (REF 1519)

*Rodríguez Álvarez, Rosa<sup>1</sup>, Silva Penas, Martina<sup>2</sup>, Quintana del Río, Leticia<sup>2</sup>*  
1 Centro de Saúde de Adormideras, 2 Centro de Saúde de Adormideras -CHUAC

Ámbito do caso: Atención Primaria.

Motivos de consulta: Muller de 72 anos que consulta por aparición de lesións eritematosas evanescentes, principalmente en tronco e raíz de membros, con dermografismo moi chamativo.

Historia clínica: Como antecedente, 10 días antes recibía tratamento con Amoxicilina por infección dentaria. Inicialmente tratada con antihistamínicos, con escasa resposta, posterior asociación de pauta descendente de corticoide durante 2 semanas. Realizamos estudio analítico básico con determinación de HT, ANAs, antiFl, IgE, Triptasa; co resultado de ANAs positivos a título baixo e aumento de IgE, co resto e parámetros dentro da normalidade. Dada a mala evolución, asociamos tratamento con montelukast, co que a paciente refire empeoramento, polo que se suspende. Derivamos a consultas de alergoloxía, onde se realiza analítica incluíndo Ac-actiTPO que se presentan elevados e proteinograma normal e engádesse tratamento con ranitidina, sen presentar mellora. Realízanse ademais, test do alento e test de presión, ambos negativos. Finalmente o diagnóstico é de Urticaria Crónica Inducida (Urticaria Facticia).

Conclusións: A urticaria é un grupo heteroxéneo de patoloxías cunha lesión cutánea común: o habón, placa de bordes redondeados confluentes, edematosa e carácter evanescente asociada a un intenso prurito. Distinguimos dous tipos de urticaria: aguda (duración do proceso é menor de 6 semanas); e crónica (episodios recorrentes de lesións durante un período superior a 6 semanas). En función do mecanismo polo que os factores desencadenantes levan á reacción urticariforme, distinguimos: Inmunolóxico: reacción de hipersensibilidade mediada por IgE (alimentos, infeccións parasitarias, fármacos, etc.); Non inmunolóxico: factores que producen degranulación directa de mastocitos, reaccións mediadas por complemento, urticarias físicas ou relacionadas co metabolismo do ácido araquidónico; Idiopáticas: factores desencadenantes non identificados, máis frecuente en casos de urticaria crónica. A incidencia da urticaria crónica idiopática é dun 0'6% da poboación. Un 15% das urticarias crónicas idiopáticas asóciase a urticaria por presión.

#### SU DOLOR TORÁCICO... ES UN SCA? (REF 1522)

*Fernando Cuadrado García*  
Centro de Salud Cambre

Ámbito de estudio: Atención primaria y Urgencias.

Motivo de consulta: Varón 73 años, disnea de 2 semanas de evolución y dolor hemitórax derecho.

Historia clínica: Antecedentes personales: DL, HTA, DM2, Arteriopatía periférica MMII. BAV completo, marcaposos DDR 2012

Vida basal: Vive con la mujer. CCS 1-2

Enfermedad actual: Disnea de un mes de evolución asociado a dolor hemitorax derecho acentuado a leve- moderados esfuerzos desde hace una semana, que en reposo. No sd vegetativo.

Exploración: Eupneico. Normohidratado, Normocoloreado. Sat 100%. BMtest 210.TA 140/90. CyC: No IY. ACP: Ritmico, sin soplos. MVC, sin ruidos patológicos. EEII: No edemas ni TVP. EKG: Ritmo de marcapasos, 105 lpm. Similar a previos.

Juicio clínico: Descartar lo más urgente

- Cardiopatía isquémica . Factores de riesgo. Angor "típico", considerandose al disnea equivalente de angor en paciente anciano. Angor inestable por ser mínimos esfuerzos.
- Insuficiencia cardiaca (clínica de fallo ventricular izquierdo. Pero no crepitantes)
- Tromboembolismo pulmonar (Pero criterios de Well, buena saturación)
- Osteomuscular (El dolor se relaciona con el movimiento de brazo)

Plan: Derivación a Urgencias para estudio con marcadores cardíacos y estudio.

Evolución:

- Troponinas 4,3
- Rx: Compatible con edema intersticial
- Cateterismo Enfermedad significativa tronco común y 2 vasos
- Ecocardiograma de esfuerzo: VI dilatado, con función sistólica severamente deprimida a expensas de hipocinesia severa global. Aplicabilidad Médico de Familia
- Prevalencia cardiogénica dolor torácico no muscular: 25%
- Síntomas y signos con diferentes coeficientes de probabilidad
- Sudoración: 2,92
- Irradiado brazo derecho: 2,89
- Empeora con el ejercicio: 2,53
- Irradiado cuello: 1,48 - Irradiado brazo izquierdo: 1,42
- Opresivo: 1,42
- Antecedentes FRCV: 4,51-2,55
- Ausencia de dolor al presionar: 1,47
- EKG: Hasta 13 si está alterado, ó 0,14 si es normal.

#### ¿CÓMO OBTENER DATOS CLAVE EN UNA ENTREVISTA CLÍNICA? (REF 1523)

*Laura Méndez Castro, Luis Prieto Robisc*  
*Centro de Saúde A Carballeira*

Varón de 56 años sin alergias conocidas, HTA e hiperuricemia a tratamiento médico que acude a consulta de su MAP por presentar desde hace 4 días dolor abdominal tras haber cenado en restaurante setas entre otros. El paciente había acudido al PAC y a urgencias hospitalarias 24 horas después

del inicio de las molestias donde es dado de alta pautándosele omeprazol y buscapina, sin mejoría. La exploración es anodina salvo ligera hipoventilación en base izquierda. Se indica observación domiciliaria y dieta ligera. Dos días después vuelve a su médico por presentar intolerancia oral salvo líquidos tipo aquarius y vómitos de coloración oscura sin sangre ni posos de café. Se administra primperan iv y se indica observación domiciliaria probando tolerancia oral y se explican datos de alarma. Unas horas después el paciente acude a urgencias hospitalarias por deterioro general e imposibilidad para la ingesta con vómitos sanguinolentos. Se realiza un TC toraco-abdominal urgente que evidencia hernia hiatal complicada con volvulación que contiene gran parte de la cámara gástrica hemiada que provoca atelectasia pulmonar junto con derrame pleural y desplazamiento mediastínico. Se coloca tubo de tórax y se realiza cirugía urgente con gastrectomía total por necrosis hemorrágica gástrica ; se le realiza una anostomosis esofago-yeyunal con reconstrucción del tránsito en Y de Roux. Tras un complicada recuperación en Reanimación es dado de alta con control nutricional y evoluciona favorablemente.

En conclusión, un enfermo sin signos de gravedad puede albergar un proceso urgente grave, siendo muchas veces complejo diagnosticar hasta que el proceso está evolucionado y es irreversible. Destaca además, en este caso, un antecedente traumático una semana antes que el paciente negaba y que no reconoció hasta haber sido de alta y que habría sido un dato clave en la evolución del caso, de ahí cuan importante es una buena anamnesis inicial.

#### "NO TODO ES LO QUE PARECE..." (REF 1524)

*Laura Méndez Castro, Luis Prieto Robisc*  
*Centro de Salud A Carballeira*

Varón de 57 años con antecedentes de dislipemia e hiperuricemia a tratamiento médico. Bebedor de 3 vasos de vino/ día. Vive con su mujer, independiente y con FMS conservadas.

Acude a consulta de su MAP por cuadro de 3 días de evolución de dolor de garganta acompañado de malestar general con artromialgias generalizadas. El último día inicia fiebre de hasta 39. A la exploración no presenta alteraciones salvo faringe hiperémica sin exudados. Ante sospecha de síndrome febril probablemente gripal se le pauta paracetamol e ibuprofeno. Dos días después vuelve por persistencia de sintomatología con picos febriles, otalgia izquierda y astenia importante que le dificulta cualquier actividad. La exploración sin nuevos hallazgos salvo eritema en membrana timpánica. Dada la persistencia del cuadro y la severidad de la clínica se solicita analítica y se pauta amoxicilina 500 . En los resultados de esta, al día siguiente, se aprecia importante alteración del perfil hepático: GOT 176, GPT 195, GGT 521, FA 269. Se deriva a urgencias hospitalarias con sospecha de hepatopatía tóxica medicamentosa o infecciosa. Ingresa en medicina interna para estudio donde se realiza serología con positividad para CMV. El paciente recibe tratamiento hospitalario durante una semana en que es dado de alta ante la ausencia de complicaciones. Posteriormente, evoluciona favorablemente con normalización de pruebas hepáticas y ecografía de control normales a los dos meses.

En conclusión, destaca la importancia de la sospecha clínica en un paciente con síntomas inespecíficos compatibles con un síndrome gripal sin afectación orgánica. Como dato clave destaca el conocimiento cercano



del paciente por lo que su médico aprecia un significativo decaimiento y cuyo estudio permite llegar a un diagnóstico y tratamiento específicos con controles posteriores que podfrán evitar posibles complicaciones como la hepatitis autoinmune o la cirrosis descritas en algunso casos tras hepatitis por este virus.

#### UNHA MANCHA QUE MEDRA (REF 1525)

Noemí García Varela<sup>1</sup>, Noa Valiño Ferraces<sup>2</sup>, Paula Cabanelas Pousa<sup>3</sup>

1 C. Saúde de Vite, 2 C. S. Concepción Arenal, 3 C. S. Conxo

AMBITO: Atención primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Mancha na cara

ANTECEDENTES: Varón de 45 anos. Ganadeiro. Ten na casa: vacas cans e galiñas. Sen antecedentes de interés.

ANAMNESE: Acude a consulta porque fai unha semana apareceu un "grano" na cara sublabial esquerdo que foi aumentando o tamaño ata hoxe e agora semella unha "mancha" de cor vermello. Non refiere prurito, dor nin fotosensibilidade. Non outra sintomatoloxía local nin xeral. Nega a toma de fármacos nos últimos meses. Nunca antes tivera algo semellante.

EXPLORACIÓN XERAL: normal.

EXPLORACIÓN DIRIXIDA: mácula de 2 cm de diámetro, ben circunscrita, eritematosa con borde elevado e regresión central. Non signos de infección. Non exudado. Non afectación do pelo da barba. Non lesións centinelas. Non dor a palpación. Non outras lesións cutáneas.

PROBAS: Solicítase cultivo. Lampa de Wood: Fluorescencia azul da lesión.

XUIZO CLÍNICO: Tiña facial

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Dermate seborreica, de contacto, eritema migratorio, LES, erupción actínica polimorfa, erupción medicamentosa fototóxica, infiltrado linfocitario.

PLAN: Pautase tratamento antimicótico tópico durante catro semanas. O tratamento debe sobrepasar hasta dous centímetros. a lesión cutánea. Pasados os síntomas débese continuar co tratamento durante 7-10 días para evitar recaídas.

EVOLUCIÓN: Pasada una semana do inicio do tratamento a lesión cutánea practicamente desapareceu, permanecendo unha pequena coloración vermello-marrónácea no seu lugar. O cultivo en preparación de hidróxido de potasio (KOH) mostra múltiples estruturas tubulares, tabicadas e formación de esporas nas escamas, o que corrobora o noso diagnóstico.

CONCLUSIÓN: A tiña facial é unha infección por fungo na pel facial glabra. É máis frecuente en nenos, en adultos é máis habitual no ámbito rural. Entre os factores predispoñentes para sufrila destaca a exposición a animais. Os antecedentes persoais do noso doente son de especial importancia para chegar o diagnóstico e así sucede habitualmente na consulta, de aí a importancia da realización dunha boa Historia Clínica.

#### DA DOR EPIGÁSTRICA Á PERFORACIÓN, SÓ HAI UNHA ESPÍÑA (REF 1526)

Noemí García Varela<sup>1</sup>, Noa Valiño Ferraces<sup>2</sup>, Paula Cabanelas Pousa<sup>3</sup>

1 C. Saúde de Vite, 2 C. S. Concepción Arenal, 3 C. S. Conxo

ÁMBITO: URXENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA: Dor epigástrica

ANTECEDENTES PERSOAIS: DM II, HTA, SAOS, FA.

TRATAMENTO HABITUAL: Sintrom, metformina, insulina, coropress, astucor, vesicare, secalip, kalpress.

ENFERMIDADE ACTUAL: Doente que acude a urxencias porque presenta intensa dor epigástrica que comezou de madrugada, non irradiada. Non presenta nauseas nin vómitos. Non alteración no hábito deposicional nin nas características das heces. Non dor retroesternal nin cervical. Non febre nin sensación distérmica. Ó preguntarlle explícitamente o noso doente pola cea de onte, lembra que comeu pescado e que se atragantou cunha espiña, pero que el mesmo a fixo descender con miga de pan.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Sin alteración excepto a presenza de dor á palpación profunda en epigastrio.

PROBAS COMPLEMENTARIAS:

ECG: FA a 76lpm, sin alteración da repolarización. GSA: Normal.

ANALÍTICA DE SANGRE: Normal.

RX TÓRAX: Agrandamento da silueta cardiopericárdica.

RX ABDOMEN: Imaxe de densidade aire paraesofágica esquerda suxestiva de neumomediastino, polo que se decide completar estudo con TC. TC ABDOMINAL: Presencia de pequeno neumomediastino adxacente á parede lateral esquerda de esófago distal, posiblemente secundario a microperforación. Non se evidencia corpo extraño.

XUIZO CLÍNICO: Perforación esofágica. Neumomediastino secundario.

PLAN: Ingreso.

CONCLUSIÓN: A importancia da boa realización da historia clínica ponse de novo en evidencia. Se non lle houberamos preguntado explícitamente pola inxesta do día anterior, de motu proprio non nolo contaría debido a pouca importancia que lle deu o feito. Os nosos doentes non teñen porque coñecer os aspectos da súa forma de vida, habitual ou puntual, que son importantes para facilitarlle o traballo ós doutores que se encargan da súa saúde, así que, a falla diso, debemos ser nós mesmos os encargados. Non deben importar as condicións nas que teñamos que desenrolar o noso traballo para atopar a forma de extraer toda a información importante para a resolución do noso caso, das súas vidas.

#### DESPISTAJE DE SÍNDROME POLIGLANDULAR (REF 1527)

Cabanelas Pousa, Paula<sup>1</sup>, Janeiro Caramés, María Pilar<sup>2</sup>

1 C.d.S Conxo, 2 C.d.S Brión

Ámbito: Primaria.

Descrición: Varón de 53 anos que acude por dificultad para caminar y hablar. A la anamnesis dirigida refiere astenia e hipersensibilidade al frío desde hace días.

AP: Vitíligo, hipercolesterolemia y cardiopatía isquémica hace años

y angina estable NYHA III. En 2008 diagnóstico de probable AIT por síncope(urgencias).

EF: COC; Marcada bradipsiquia en la consulta. NRL:Cierta deambulación atáxica. Resto sin alteraciones.

EVOLUCIÓN: Se realiza analítica donde se evidencia TSH 65,57 mUI/L, T4 0,41 ng/dl, T3 libre 1,96 pg/ml, ATgAb <100 y anticuerpos antiTPO 67 UI/ml. Resto normal. Se confirma hipotiroidismo de perfil autoinmune. Se deriva a Servicio de Endocrinología.

Sospecha diagnóstica: SPA tipo III

COMENTARIO: Las disfunciones glandulares son de diagnóstico frecuente en AP, siendo necesaria la realización de pruebas para llegar a despistar un SPA. Un correcto diagnóstico aporta información tanto para tratamiento como para realizar seguimiento familiar ya que se trata de una enfermedad heredada. Se clasifican en 3 subgrupos: SPA tipo I: Debe cumplir al menos dos de las siguientes enfermedades: candidiasis crónica, hipoparatiroidismo crónico, Insuficiencia suprarrenal autoinmune. SPA tipo II: Requisito padecer insuficiencia suprarrenal y al menos enfermedad tiroidea autoinmune (tiroiditis de Hashimoto o Graves- Basedow) y/o diabetes mellitus tipo 1. SPA tipo III: Padecer enfermedad tiroidea autoinmune y otras enfermedades autoinmunes, exceptuando la ISR, hipoparatiroidismo o candidiasis crónica debiendo existir al menos una de las siguientes enfermedades autoinmunes: vitíligo, alopecia, anemia perniciososa o DM tipo I.

CONCLUSIÓN:

- Está recomendado un screening funcional de SPA cada 3 años hasta los 75 años a los pacientes con una endocrinopatía autoinmune uniglandular.
- En caso de aparición de segunda enfermedad endocrinológica autoinmune sería necesario completar el estudio con anticuerpos específicos de órgano y screening funcional en los familiares de primer grado en aquellos pacientes con diagnóstico reciente de PSA tipo I.
- Un diagnóstico precoz permite instauración de tratamiento sustitutivo con el fin de evitar desequilibrios a nivel hidroelectrolítico o alteraciones a otros niveles.

#### CONTROVERSIA DEL USO DE ANTIAGREGANTES EN PACIENTES CON ALTO RIESGO DE SANGRADO INTESTINAL (REF 1528)

Paula Cabanelas Pousa<sup>1</sup>, Noa Valiño Ferraces<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CS Conxo, <sup>2</sup> CS Concepción Arenal

Ámbito:Urgencias.

MC: Dolor torácico.

AP:

- HTA.
- FA permanente.
- Cardiopatía valvular-isquémica en 2012. E.Ao grave(gran calcificación).
- Gastritis crónica. EDA 2012:mucosa fúndica que evidencia 2 angiodisplasias.
- Diverticulosis colónica. Colonoscopia 2012:Colon redundante.
- GMSI y anemia crónica multifactorial.
- Ingreso el 8/02/2013 por ICdescompensada, IRA y FA rápida. Ingreso 22/2/2013 por anemización por hemorragia digestiva. Se suspende Sintrom por alto riesgo de sangrado.

Tratamiento: Adiro 100 mg, Acol, Ferrosanol, Pantoprazol, Bisoprolol, Dolicatil.

EF: TA 118/60mmHg; FC 68lpm; Tª 36,9º; Palidez cutánea. Eupneico a FIO2 ambiental. Tofos en manos y signos de artritis activa en codo izquierdo. ACP:Arritmico. Soplo sistólico grado IV foco aórtico irradiado a cuello y segundo ruido conservado.IVY a 45º. No edemas EE. IVC pero no datos TVP. Escasos crepitantes bibasales.

EECC:

- A/S: Glucosa110 mg/dl,urea 176mg/dl,creatinina1,67 mg/dl,Troponinas 0.031ng/ml,Hb 10,1 g/dl, leucocitos 6810 (fórmula leucocitaria normal), plaquetas 230000, Ác. Úrico 14,9 mg/dl.
- ECG: FA 72 lpm. BRDHH.
- R(x)torax: Prominencia de la trama peribroncovascular. Agrandamiento de la silueta cardiopericárdica. Elongación aórtica y ateromatosis calcificada del cayado.

Enfermedad actual/Evolución: Paciente con IC descompensada en relación a anemia ferropénica crónica agudizada y secundaria a hemorragia digestiva. Se realizaron endoscopias y colonoscopias que no confirmaron sospecha de angiodisplasia de colon. Presenta dolor centrotorácico opresivo no irradiado a ambos brazos,sin cortejo vegetativo que se presenta con los esfuerzos y disnea que cede cuando lo hace el dolor. Tomó corticoides debido a artritis gotosa en días previos. Transfunden 2 HC y se inicia tratamiento con Metilprednisona por artritis gotosa con mejoría progresiva de los síntomas.

Juicio clínico: Angina hemodinámica secundaria a anemización.

Conclusiones:Se trata de un caso de complejidad en la que hemos de valorar el alto riesgo de sangrado que padece el paciente aunque no se pudiese confirmar la presencia de angiodisplasia al menos de momento en un paciente que continua anemizándose a pesar de la retirada de Sintrom. Se retira Adiro presentándose el paciente asintomático a día de hoy teniendo en cuenta que hemos de tener precaución con el uso de corticoides que aumenta el riesgo de sangrado gastrointestinal.

#### DOLOR TORÁCICO, ALTERACIONES EN EL ECG Y ELEVACIÓN DE BIOMARCADORES: ¿INFARTO, ANGINA O ALGO MÁS? (REF 1530)

Juan Francisco Ollarves, Leticia Boyero Fernández, Carmen Castiñeira

Centro de salud Fingoi – Lugo

Ámbito del caso: Servicio de urgencias.

Motivo de consulta: Dolor torácico.

Historia clínica: Mujer de 58 años. FRCV: DLP; no DM, HTA ni tabaquismo. No antecedentes cardiológicos. Consulta a PAC por presentar dolor precordial irradiado a espalda de 15 min de duración, acompañado de náuseas y sudoración, en contexto de situación familiar estresante. Se realiza ECG: RS a 62lpm con T aplanada en aVL. Por sospecha de SCA es derivada a URG hospitalarias, donde se repite ECG: T negativa en I y aVL, con mala progresión de R en cara anterior. Tnl: 0,234 ng/ml (pico a las 6h de 1,021ng/ml). ETT: disfunción ventricular severa a expensas de discinesia apical y de cara inferior y anterior media. Ingresa con diagnóstico de SCASEST para

tratamiento y coronariografía, que muestra arterias coronarias de aspecto angiográfico normal, VI no dilatado con hipoquinesia leve anteroapical y FE global normal. Metanefrinas en orina dentro de valores normales. Se repite ETT a las 72 horas: VI no dilatado, FEVI global conservada y leve hipocinesia anterior apical.

Juicio clínico: Cardiomiopatía de Takotsubo.

Evolución: La paciente evoluciona satisfactoriamente, con normalización de biomarcadores de daño miocárdico y recuperación de la función ventricular. Al alta es seguida por Cardiología y AP.

Conclusiones: El dolor torácico es un motivo frecuente de consulta en Servicios de urgencias. Representa un gran reto, pues incluye infinidad de diagnósticos diferenciales que precisan una actuación rápida. Si bien la Prevención primaria debe ser el eje de nuestro plan para la prevención de la enfermedad coronaria también es importante que manejemos los algoritmos y métodos diagnósticos de urgencias, que nos permiten apoyar nuestra sospecha clínica y ofrecer un correcto tratamiento, disminuyendo la morbimortalidad que pueda derivarse de estas patologías.

#### **ALTERACIONES SENSITIVAS E INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTE JOVEN. ¿CÓMO ACTUAR? (REF 1531)**

*Leticia Boyero Fernández, Juan Francisco Ollarves, Carmen Castiñeira*  
Centro de salud Fingoi – Lugo

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria y Especializada

MOTIVO DE CONSULTA: Alteración de la sensibilidad e incontinencia urinaria.

HISTORIA CLÍNICA: mujer de 29 años. Sin antecedentes patológicos a excepción de L-SIL. Consulta a médico de atención primaria por presentar desde 4 meses previos urgencia miccional e incontinencia de esfuerzo al que se asocio episodios de parestesias y anestesia en tercio distal de extremidad inferior derecha con sensación de pérdida de fuerza.

Niega alteraciones visuales, fiebre, otros. Se deriva a servicio de urgencias donde a la exploración se evidencia hipoestesia táctil y dolorosa hasta la rodilla en MID. Reflejos miotáticos +++. Plantares flexores. No dismetría ni alteraciones de la marcha.

Se solicita RM cerebral y medular donde se evidencian varias lesiones en sustancia blanca (dedos de Dawson) y lesión medular (D11) ovalada. Durante ingreso empeoramiento clínico con pérdida de fuerza en MII que limita la marcha por lo que se administra ciclo largo de corticoterapia IV (metilprednisolona) con buena respuesta por lo que egresa.

JUICIO CLÍNICO: Esclerosis múltiple. (Primer brote: mielitis transversa)

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN: dado que se trata de una forma de Esclerosis Múltiple de inicio agresivo se inicio tratamiento con Natalizumab previa consulta con ginecología por antecedente de L-SIL el cual cumple sin presentar efectos adversos y con buena respuesta, actualmente se encuentra en remisión completa haciendo vida normal y bajo seguimiento de AP y neurología.

CONCLUSIONES: Se trata de un caso de especial interés por la presentación rápida y agresiva que represento un alto riesgo de invalidez para la paciente lo que obliga al medico de atención primaria a mantenerse alerta y reconocer de forma oportuna los signos y síntomas de esta y otras enfermedades similares para instaurar tratamiento adecuado y oportuno.

#### **LESIÓN ESPONTÁNEA DEL NERVIU CIÁTICO PERONEO EXTERNO (REF 1532)**

*María Belén González Pérez, Jose Ángel Fariñas Vázquez, Sandra María Cerdeira Couceiro*  
Centro de Saúde de Bueu

Ámbito do caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Dificultade para camiñar co pé dereito de forma súbita

Historia Clínica: Trátase dun home de 16 anos de idade sen antecedentes patolóxicos de interese nin hábitos tóxicos que xoga nun equipo de fútbol. A clínica comeza bruscamente ó erguerse de sofá no que estivo sentado pola tarde e darse conta de que non é capaz de apoiar ben o pé dereito, e decide consultalo co fisioterapeuta do seu clube. Dúas semanas máis tarde tras varias sesións de fisioterapia sen melloría, ó paciente é remitido á nosa consulta. Nega traumatismo nin outra sintomatoloxía previa. Na exploración destaca a dificultade para a flexión dorsal do pé e para camiñar cos talóns provocando a marcha en estepaxe e hipoestesia da cara lateral de perna e dorso de dito pé. Os reflexos osteotendinosos son normais e simétricos. Coa sospeita de neuropatía peronea solicítase un EMNG co seguinte resultado: "Signos de rotura parcial do nervio ciático poplíteo externo con bloqueo do 90% no xeonllo". Remítese preferente á consulta de rehabilitación dende a que se solicita unha radiografía e unha RM de xeonllo, iniciándose rehabilitación precoz tres días á semana. As probas de imaxe foron informadas como normais e o paciente recupera a marcha normal despois dun mes de tratamento.

Conclusiones: A neuropatía peronea e a causa máis frecuente do pé caído e aínda que na maioría dos casos adoita deberse a traumatismos no xeonllo, unha porcentaxe deles preséntanse espontaneamente coma neste caso e o desencadeamento puido ser o feito de ter as pernas cruzadas durante un tempo.

#### **PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA (REF 1534)**

*Noa Valiño Ferraces<sup>1</sup>, Paula Cabanelas Pousa<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup> CS Concepción Arenal, <sup>2</sup> CS Conxo

Ámbito: Primaria.

Descripción: Se trata de una paciente de 70 años traída por sus familiares por un cuadro de 4 años de evolución caracterizado por torpeza motora, que se inició en MMII acompañado de caídas frecuentes.

AP: no interés.

EF: Limitación de la mirada superior. Fascies de extrañeza, leve retrocolis, bradicinesia generalizada, marcha cautelosa y a pasos cortos. Test empujón muy positivo. Resto no alteraciones. Se deriva a Neurología con la sospecha clínica de Parkinson/Parálisis supranuclear progresiva.

Evolución/conclusiones: La PSP constituye una enfermedad de difícil diagnóstico en fases iniciales siendo de fatal pronóstico y rápida evolución y presentando los pacientes en estadios avanzados un síndrome clásico caracterizado entre otros por:

- Oftalmoplejía supranuclear. Da clásicamente el nombre a la enfermedad.
- Distonía del cuello muchas veces para compensar el déficit campimétrico que les genera la oftalmoplejía.

- Fascies típica en forma de "cara de sorpresa".

- Síntomas parkinsonianos (bradicinesia generalizada, temblor de reposo).

En numerosas ocasiones en fases iniciales resulta imposible diferenciar un parkinson idiopático de una PSP.

- Alteraciones del comportamiento. Se caracteriza por acompañarse de una demencia rápidamente progresiva.

- Caídas frecuentes y falta de equilibrio. En la mayoría de los casos estos pacientes suelen presentar caídas hacia atrás en contraposición con los paciente que padecen Parkinson que suelen presentar caídas hacia delante. La paciente que presentamos llevaba con un cuadro progresivo de 4 años de evolución en el que sutilmente se ha ido añadiendo síntomas que no llevaron a nuestra alta sospecha de PSP. Hemos de estar alerta en todo paciente con síntomas parkinsonianos a cerca de la aparición en el tiempo de otros síntomas de los mencionados anteriormente para llegar a perfilar el diagnóstico.

#### DOCTORA, NO VEO BIEN (REF 1539)

*Verónica Rodríguez Fernández, Fernanda Morales Ortiz*

*C.S. El Greco. Getafe*

Ámbito: Atención primaria

Motivo de consulta: pérdida de visión

Historia clínica: Varón de 58 años. Fumador, dislipémico en tratamiento con Atorvastatina y Sildenafil esporádicamente. Acude refiriendo pérdida progresiva de visión en los últimos 2 días del ojo derecho asociada a visión borrosa en campo superior. Exploración neurológica normal excepto hemianopsia superior en ojo derecho y oftalmoscopia directa sin midriático que parece normal (en oftalmología, fondo de ojo con borde temporal borrado). Derivado urgentemente y se diagnostica de Neuritis óptica isquémica no arterítica. Alta con AAS 100mg/día y Atorvastatina 40mg/día.

Diagnóstico diferencial: trastornos vasculares retinianos, desprendimiento de retina y hemorragia vítrea. Todas verdaderas urgencias, así que aunque no sepamos cuál es, debemos derivarlo.

Plan en Atención Primaria: control de FRCV (diabetes, dislipemia, fumador, obesidad) y evitar sildenafil (relacionado con esta patología).

Evolución: Evento de mayo 2015, que actualmente AV 0.1 con atrofia papilar en 3 cuadrantes y hemianopsia superior. Fotógrafo de profesión que está en situación de baja laboral, pendiente de Tribunal Médico porque es irrecuperable y tiene grandes dificultades para trabajar.

Conclusiones: La Neuritis óptica isquémica no arterítica es una causa frecuente de pérdida súbita monocular (puede afectar al otro ojo años después). Es indolora, aparece con 40 o 50 años y es típico el defecto de campo altitudinal. Presentan edema de papila difuso o segmentario con

hemorragias peripapilares y en 4 semanas evoluciona a palidez de papila. Asociado a arteriosclerosis, hipertensión y diabetes. Frecuente la hipotensión arterial nocturna (por cambios en antihipertensivos), así como con sildenafil, sumatriptán o amiodarona. En Atención Primaria cuando un paciente acude con disminución de visión, es fundamental la historia clínica dado que hay pocas exploraciones factibles, salvo el oftalmoscopio directo para visualizar fondo de ojo que se realiza poco en nuestro medio y precisa de cierto entrenamiento.

#### SINTOMATOLOGÍA ANXINOSA RELACIONADA CON TEP (REF 1544)

*Fernández Grandal, Montserrat<sup>1</sup>, Vidal Blanco, Laura<sup>2</sup>, Rivas Vidal, María Dolores<sup>3</sup>*

*1 C.S. A Parda, 2 C.S. Monteporreiro, 3 C.S.O Grove*

Ámbito: servizo de urxencias hospitalario.

Motivo de consulta: ángor.

Antecedentes persoais: Non alerxias medicamentosas coñecidas Nega hábitos tóxicos FCRV: HTA. Trombocitose (pendente de valoración en CCEE de Hematoloxía) Intervencións cirúrxicas: fractura de húmero dereito, polipectomía en farinx, cataratas en ambos ollos.

Tratamento domiciliario: Bonviva, Irbesartán/Hidroclorotiazida, Natecal, Tanakene, Alprazolam.

Anamnese: Paciente de 77 anos remitida dende PAC por cuadro de dor torácica, disnea e cansancio duns 20 días de evolución. Refire opresión centrotorácica non irradiada asociada a disnea tras levantarse polas mañás e ao realizar esforzo físico moderado, que percibe como máis intensos cuando sube costas, con duración dos episodios duns 30 minutos e que ceden espontaneamente ao deixar de realizar esa actividade. Estes episodios acompañanse de suoración profusa y, en ocasións, a palpitations. Engade cansancio que percibe como máis intenso polas mañás e que mellora durante as tardes.

Non refire náuseas o unvómitos. Non febre ou sensación distérmica. Non refire oturos síntomas. Non inmovilización ou intervencións cirúrxicas os meses previos.

Exploración física: Destaca saturación de osíxeno de 92% respirando aire ambiente. Resto anodino.

Probos complementarias: Analítica: bioquímica básica e CK e troponina con parámetros en rango, no hemograma destaca leucocitos en rango con neutrofilia (79.9%), coagulación con Dímero D 4795. Gasometría arterial: Destaca pO<sub>2</sub> 66, saturación O<sub>2</sub> 93%. ECG: Ritmo sinusal, T negativa en DIII. Radiografía de tórax: Non enfermidade parenquimatosa pulmonar nin pleural aguda. AnxioTC torácico: Tromboembolismo pulmonar bilateral masivo.

Xuízo clínico: TEP

Diagnóstico diferencial: Inicialmente con cardiopatía isquémica.

Tratamento: O<sub>2</sub> por cánulas nasais. Clexane 60. Evolución: Tras ingreso, iniciase tratamento anticoagulante, con melloría da sintomatoloxía, polo que tras catro días pasa a segmento ambulatorio.



Conclusións: O TEP é unha urxencia cardiovascular potencialmente reversible que pon en perigo a vida do paciente, na que é importante unha correcta historia clínica e a toma precoz de decisións terapéuticas.

#### ESTREÑIMIENTO CON SÍNTOMAS DE ALARMA (REF 1545)

*Silvia Santana Ramos<sup>1</sup>, Javier Guzmán Valenzuela<sup>2</sup>, Susana Friande Pereira<sup>3</sup>*  
1 Coruxo, 2 Bolívia, 3 Matamá

Motivo de consulta: estreñimiento y dolor abdominal

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Depresión.

Tratamiento actual: escitalopram 20 mg. Bebedor de alcohol >80g/diario  
Anamnesis: hombre de 51 años que refiere dolor abdominal, con estreñimiento de una semana de evolución, acompañado de anorexia y pérdida de peso. No fiebre ni vómitos actualmente. Hace una semana consultó a su médico por un cuadro de vómitos y se le pautó primperan.

Exploración: Tª: 37°C TA 90/60 Mal estado general. Fetor hepático. Abdomen: Escasos ruidos peristálticos. Distensión abdominal, dolor a palpación con defensa de forma difusa, con Blumberg positivo.

Pruebas complementarias: Bioquímica: función renal e iones normales. Amilasa normal (62.0 U/L). Destaca Gamma GT: 140 U/L. Hemograma: leucocitosis ( $14.93 \times 10^3 / \text{mm}^3$ ) con predominio de segmentados:  $11.05 \times 10^3 / \text{mm}^3$  (74.0 %); Hemoglobina: 9.7 g/dL; Hematocrito: 28.9 %; V.C.M: 108.2 fL. Rx tórax: sin alteraciones TAC abdomen: el páncreas muestra pérdida del patrón acinar normal. Rodeándolo se objetiva una enorme colección líquida con pared y aire en su interior además de otras colecciones en vacío y fosa iliaca derecha en contacto con el colon al que comprime pero no obstruye, compatibles con colecciones necróticas peripancreáticas sobreinfectadas sugestivo de pancreatitis necrotizante.

Juicio clínico: Pancreatitis necrotizante

Tratamiento: cirugía urgente

Conclusiones: La aparición por primera vez de un estreñimiento en un paciente mayor de 50 años, asociado a síntomas obstructivos, dolor abdominal, anemia y pérdida de peso son considerados síntomas de alarma en el estreñimiento y que no se deben olvidar en atención primaria. Pensar en la posibilidad de una pancreatitis aguda y sus complicaciones ante la presencia de dolor abdominal e íleo paralítico. Importantísimo detenemos a escuchar los ruidos intestinales en la consulta. Y, a pesar de que las cifras de amilasa sean normales, no descartarla, dado que después de 48 horas la amilasa se normaliza.

#### TOSO E TOSO E NON MELLORO (REF 1546)

*Santana Ramos, Silvia, Pérez Sánchez, Beatriz, Rosana Izquierdo Fernández*  
Coruxo

Motivo de consulta: Tos persistente y fiebre

Historia clínica:

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Exfumadora de 12,5 paquetes/año. Hipotiroidismo primario.

Tratamiento: Eutirox 125 mcg.

Anamnesis: mujer de 57 años que se remite a neumología por tos seca persistente de más de 8 semanas de evolución, que aumenta en decúbito. Refiere fiebre diaria de predominio vespertino, con sudoración nocturna profusa. Mala evolución clínica a pesar de tratamiento broncodilatador y antibioterapia.

Exploración: Tª: 37,7°C Sat O2 al 96% AC: rítmica sin soplos. AP: sibilancias y roncus diseminados. Extremidades: sin edemas en miembros inferiores. Lesiones eritematosas en pulpejos de los dedos de las manos. La paciente refiere que aparecieron hace 4 semanas.

Pruebas complementarias: Hemograma: leucocitosis de  $13.73 \times 10^3 / \text{mm}^3$  con predominio de eosinófilos (51.2 %) y una velocidad de sedimentación de 117 mm / h; Frotis: Eosinofilia sin displasia; Bioquímica sin alteraciones. Espirometría: normal con prueba broncodilatadora negativa. RX tórax: Lesiones parcheadas bilaterales de predominio en LSD. TAC tórax: Lesiones alveolares parcheadas de predominio periférico y campos pulmonares superiores, a considerar neumonía eosinófila crónica. Broncoscopia: escasa secreciones mucosas. Punch de 2º dedo de mano derecha: edema con disposición de mucina y eosinofilia inespecífica. Punción de médula ósea: no se observan blastos. Aumento de eosinófilos que corresponde al 33%.

Juicio clínico: Síndrome hipereosinofílico.

Diagnóstico diferencial: Sdme linfo/mieloproliferativo.

Tratamiento: corticoterapia

Evolución: Desaparición de la tos y de la fiebre. Ausencia de lesiones cutáneas. Disminución de eosinófilos al 11%.

Conclusiones: No toda la tos persistente es EPOC o ASMA. Es fundamental observar al paciente en su conjunto y realizar una exploración física exhaustiva. El cuadro neumológico sería compatible con neumonía eosinofílica crónica, pero dado las lesiones cutáneas y el aumento de celularidad en médula ósea por eosinófilos sin blastos, es compatible con síndrome hipereosinófilo.

#### ENFERMIDADE DE KIKUCHI-FUJIMOTO. A PROPÓSITO DUN CASO (REF 1549)

*Ángela Mayo Martínez, Joanna Acuña Márquez, Juan Carlos Eirea Eiras*  
C.S. Bueu

Ámbito : Urgencias.

Motivo de consulta: Febre. Mal estado xeral.

Historia clínica: Muller 36 anos, sen antecedentes de interese. Acude a urxencias por febre e mal estado xeral. Astenia progresiva.

Exploración física sen alteracións. Solicítanse radiografía de senos e tórax, sen anormalidades. No hemograma destacan  $2.700 / \text{l}$  leucocitos,  $1.100$  neutrófilos,  $87.000 / \text{p}$  plaquetas. No frotis sanguíneo a anormalidades linfocitarias.

Dase de alta co diagnóstico de “sospeita de viriase”. Trátase con Paracetamol e entrégaselle un volante para repetir a analítica. Aos 10 días acude de novo por persistencia de febre. Astenia e anorexia con perda de 6 kg. Sudoración nocturna. En analítica realizada 3 días despois da asistencia en urxencias e en nova analítica solicitada polo seu MAP, persiste leucopenia e trombopenia. Notouse un bultoma na axila esquerda. Na E.F. obsérvase esplenomegalia e adenopatías cervicais bilaterais, axilares e inguinais. Solicítase analítica, onde persiste a bicitopenia, e eco abdominal onde se observan adenopatías en hilio hepático e retroperitoneo. Coméntase con Medicina Interna, ingrésana para estudo co diagnóstico de “Sospeita de síndrome proliferativo”. Solicitan TAC cérvico-tóraco-abdomino abdómino-pélvico e interconsulta a O ORL para biopsia de adenopatía. No TAC obsérvanse adenopatías nos niveis descritos, non podendo excluír proceso linfoproliferativo. Tras realizar biopsia da adenopatía, iníciase tratamento corticoideo, con desaparición da febre e melloría do estado xeral. Na biopsia: ganglio linfático con cambios morfolóxicos e IHQ compatibles con linfadenitis histiocítica necrotizante (Enfermidade de Kikuchi-Fujimoto). Esta enfermidade é un tipo moi raro de linfadenitis necrotizante, cuxa evolución soe ser benigna. Relaciónase con infinidad de enfermidades, entre as que destaca o LES. A súa etioloxía non está esclarecida. Actualmente a paciente continua asintomática, a tratamento con dosis baixas de prednisona. Desenvolveu lesións cutáneas compatibles con LES. Conclusións: As veces non todo é o que parece, hai que ter sempre en mente outras alteracións. “Cosas veredes, amigo Sancho, que farán fa fablar las piedras...”

#### NEUMONÍA ORGANIZATIVA CRIPTOXÉNICA EN PACIENTE ANCIÁN (REF 1550)

*Gestoso Lamazares. M.T, Conde Guede.L., López-Alvarez Muiño. J.L.  
Centro de Saúde Mariñamansa*

A neumonía organizativa criptoxénica é un tipo de enfermidade pulmonar intersticial difusa que afecta aos bronquiolos distais, respiratorios e aos conductos e paredes alveolares.

MOTIVO DE CONSULTA E ANAMNESE: Paciente varón de 75 anos con antecedentes de FA, HTA e DM2, que presenta clínica de varias semanas de evolución de tos seca, disnea de esforzo, síndrome constitucional e febrícula de predomínio vespertino. Na exploración destaca a presenza de crepitantes pulmonares bilaterais ata campos medios, con diminución do marmulo vesicular en campo basal esquerdo e apical dereito. Realízanse diferentes probas analíticas, sen detectarse anomalías salvo unha gasometría arterial indicativa de insuficiencia respiratoria. Radiograficamente no momento do ingreso, o paciente presenta infiltrados en LS e LI dereitos. Por este motivo, ingresa no hospital tratándose inicialmente con tuberculostáticos ante a sospeita de TB.

Dado a non melloría, complétase o estudo co realización dun TAC no que se obxectivan infiltrados alveolares de LIE e LSE, con patrón en vidro deslustrado e derrame pleural bilateral asociado. Posteriormente realízase unha broncoscopia con biopsia transbronquial. Ante a espera dos resultados anatomopatolóxicos, o paciente presenta deterioro do estado xeral, polo que se inicia tratamento con corticoides producíndose unha evidente melloría clínico radiolóxica. Finalmente, os resultados da biopsia mostran un patrón histolóxico compatible con neumonía organizativa aguda fibrinosa. O paciente é dado de alta con tratamento vía oral con Prednisona 60 mg diarios que foi diminuíndo de maneira paulatina, permanecendo asintomático.

CONCLUSIÓNS A BONO: é un síndrome clínico-patolóxico cunha clínica inespecífica que se encadra dentro das enfermidades intersticiais pulmonares. No paciente presentado, iniciase o tratamento con corticoides sen esperar ós resultados anatomopatolóxicos, experimentando unha evidente melloría que se considera practicamente diagnóstica. De maneira que, aínda que para establecer un diagnóstico de certeza é preciso a realización dunha biopsia, podería valorarse a realización dun ensaio terapéutico con corticoides.

#### NEUMOTÓRAX TRAS TRAUMATISMO TORÁCICO LEVE (REF 1551)

*Conde Guede. L., Gestoso Lamazares. M.T., López-Alvarez Muiño. J.L.  
Centro de Saúde Mariñamansa*

Chámase neumotórax á entrada de aire na cavidade pleural provocando unha alteración no equilibrio das presións pleural e pulmonar, o que resulta nun colapso do pulmón. A causa máis frecuente de neumotórax é a traumática (accidental ou iatrogénica), aínda que tamén poden ocorrer de maneira espontánea.

MOTIVO DE CONSULTA E ANAMNESE: Paciente varón de 39 anos que acode á consulta de Atención Primaria por clínica de dor torácico no costado dereito dun día de evolución tras traumatismo torácico de leve intensidade, que aumenta cos movementos respiratorios, cos cambios posturais e coa tos (dor de características pleuríticas). Ante a clínica que presenta o paciente, solicítase unha radiografía de parrilla costal, na que se detecta neumotórax dereito moderado. Derívase ó Servizo de Urxencias hospitalarias, onde proceden á colocación dun tubo de drenaxe pleural e ingreso hospitalario na área de cirurxía.

RESULTADOS: No caso presentado tanto as características do paciente (xóven e sen antecedentes patolóxicos importantes nin tratamento crónico) coma o mecanismo do traumatismo van en contra do diagnóstico que finalmente se acadou, pondo de manifesto a importancia da valoración clínica. A clínica habitual do neumotórax é dor de características pleuríticas, disnea, taquicardia sinusal e manifestacións vexetativas. O diagnóstico levarase a cabo coa realización dunha radiografía de tórax en espiración.

CONCLUSIÓN: Ante un traumatismo costal a radiografía de parrilla costal e a radiografía de tórax teñen baixa rendabilidade.

Con este caso tratamos de discutir a importancia da valoración clínica antes de solicitar probas complementarias.

#### Y TÚ, TE AUTOMEDICAS? (REF 1553)

*María Dolores Rivas Vidal<sup>1</sup>, Laura Vidal Blanco<sup>2</sup>, Ángela Mayo Martínez<sup>3</sup>  
1 C.S. O Grove, 2 C.S. Monteporreiro, 3 C.S. Bueu*

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 35 años que presenta vómitos de 3 días de evolución y malestar general.

ANTECEDENTES PERSONALES: NAMC. Fumadora 10 cigarrillos/días. Síndrome depresivo en 2013 a tratamento con Paroxetina. Niega tratamento domiciliario.

ENFERMEDAD ACTUAL: En la entrevista clínica su acompañante refiere que la paciente consume laxantes y diuréticos que consigue sin receta médica.

Se envía al Servicio de Urgencias Hospitalarias por sospecha de hipopotasemia debido los vómitos y abuso de laxantes y diuréticos.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Peso 42 kg. Talla 1.52 cm. TA 96/62. Afebril. Resto de exploración normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Bioquímica: sodio 128, potasio 1.7, resto normal. Hemograma: hemoglobina 10.9, VCM 80.2. Estudio de anemia: hierro 38, ferritina 61, Saturación transferrina 18%, TIBC 216. Rx torax: normal Rx abdomen: nefrocalcinosis unilateral.

JUICIO DIAGNÓSTICO: Nefrocalcinosis unilateral. Hipopotasemia severa por consumo de diuréticos/síndrome emético. Probable trastorno de la conducta alimentaria. Anemia ferropénica.

COMENTARIO: El médico es una figura central en las estrategias de impulso de la calidad en la prestación farmacéutica dado su papel en el cuidado de la salud del paciente y en la prevención y diagnóstico de la enfermedad, así como en la prescripción, en su caso, de tratamiento con medicamentos. El trabajo que los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios realizan en los procedimientos de atención farmacéutica también tiene una importancia esencial ya que asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes. El abuso de laxantes y diuréticos en una persona sana puede provocar hipotensión, insuficiencia renal, desnutrición, aumento del riesgo de diabetes y riesgo de gota. En este caso, la paciente desarrolló, además de alteraciones electrolíticas, nefrocalcinosis unilateral por formación de depósitos de calcio y oxalatos o fosfato en los túbulos renales e intersticios debido al abuso de laxantes y diuréticos.

#### **PATOLOGÍA RESPIRATORIA DE DIFÍCIL CONTROL Y LA INERCIA TERAPÉUTICA (REF 1555)**

*Natalia Franco Zárate*  
*C.S. Valle Inclán*

Ámbito del caso: Atención Primaria

• Motivo de Consulta: Disnea

• Historia Clínica: o Enfoque individual: 44 a. Hombre. Obeso. Exfumador. Constructor. Asma Bronquial. Tratamiento: Symbicort, Singulair, Spiriva, Terbasmin y Omalizumab. Consulta en su CS por cuadro de 3 meses de tos, expectoración no purulenta escasa, aumento de disnea basal y opresión torácica al respirar. En el EF se encuentra hipoventilación generalizada y sibilancias bilaterales. Sat 89%, Rx Tórax: Sin evidencia enfermedad pleuropulmonar significativa.

o Juicio clínico: ASMA BRONQUIAL

o Diagnóstico diferencial: EPOC FENOTIPO MIXTO REAGUDIZADOR, ASMA GRAVE DE DIFÍCIL MANEJO, INERCIA TERAPÉUTICA

o Tratamientos : Broncodilatadores nebulizados y corticoides sistémicos en dosis altas y ambulatoriamente con Symbicort forte + Singulair + Spiriva + Terbasmin.

o Evolución: Se revisa HC antigua y encontramos que es diagnosticado en el 2009 por un cuadro similar teniendo manejo en urgencias con broncodilatadores nebulizados y corticoides, y ambulatoriamente con Terbasmin, Plusvent 500 y corticoides. El siguiente año presenta 3 crisis, que fueron manejadas de igual forma y en algunos casos, antibióticos. Se modifica el tratamiento a Simbycort forte, y Singulair. Espirometría: FEV1 28,34%, alteración Ventilatoria tipo Mixto con Obstrucción severa al flujo aéreo, IgE 305. Consulta en 5 ocasiones por año recibiendo igual tratamiento, y con requerimiento de corticoides sistémicos, e incapacidad laboral durante ese tiempo, lo que indicaba deterioro de calidad de vida. A finales de 2013 se añade Spiriva al tratamiento y es hasta el 2014 cuando se inicia Omalizumab, presentando disminución de número de recaídas.

• Conclusiones: En AP debemos conocer el manejo del asma de difícil control, familiarizándonos con las alternativas que se pueden emplear en el control sintomático. Igualmente, para lograr mantener la calidad de vida al paciente, es importante escalonar el tratamiento en momentos adecuados, y evitar la inercia terapéutica que conlleva a más gasto sanitario.

#### **" DEMENCIA EMPIEZA SIN D" (REF 1556)**

*Cantero Quirós, María del Mar, Rojas Rodríguez, Diego, Romero Montalvo, Pilar*  
*Unidad de Gestión Clínica Zona Básica de Camas*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: pérdida de memoria.

Historia clínica: paciente mujer de 84 años de edad sin alergia medicamentosa conocida y con antecedentes de cardiopata hipertensiva, dislipemia mixta y artrosis. Presenta clínica de pérdida de memoria, depresión, confusión, agitación, insomnio, deterioro cognitivo comprobado con test de Pfeiffer, entre otros. Ante la sospecha clínica se solicita protocolo de demencia con analítica que incluye: hemograma, VSG, función renal, función tiroidea, glucemia, sodio, potasio, calcio, serología de sífilis, vitamina B12, ácido fólico y orina. Y TAC craneal como prueba de imagen. Se observa déficit de vitamina B12 de hasta 189 pg/mL iniciándose pauta de tratamiento de 1000ug/día de vitamina B12 durante 1 semana, posteriormente semanalmente durante 8 semanas y de mantenimiento mensualmente, normalizándose los niveles pero no mejoraban los síntomas neurológicos. Realizándose nueva petición analítica incluyendo vitamina D (25OH) se comprueba déficit significativo de sus niveles de hasta 14.4ng/mL. Se instaura tratamiento con vitamina D a dosis de 7000 UI/día ( 5ml/semana) durante 8 semanas se alcanzan cifras de hasta 70.8 ng/mL y mejorando su deterioro cognitivo parcialmente. Actualmente, la paciente mantiene dosis de 1600UI/día (5ml/mes).

Conclusiones: la demencia es uno de los mayores desafíos de nuestro tiempo. Se cree que mil millones de personas tienen niveles bajos de vitamina D y muchos adultos experimentan un empeoramiento de la salud como resultado de ello, síntomas depresivos, agitación. La deficiencia de vitamina D está asociada a un riesgo sustancialmente elevado para demencia. Por tanto, desde atención primaria, debemos añadir solicitud analítica de niveles de vitaminaD (25OH) al protocolo ya existente de demencia, con el fin de tratar su deficiencia si existiese y de mejora de salud de estos pacientes.

### ESTA TOSE É UN TIMO (REF 1557)

Álvarez Taboas, Jorge, Quesada Varela, Victor Julio  
Centro de Saúde Pontareas

Ámbito do caso: Atención Primaria

Motivo de consulta: Tose continua de 2 semanas de evolución, asociada a congestión nasal e rinorreia esbranxada. Non dor torácico.

Historia clínica: Paciente de 44 anos que non responde a tratamento sintomático. Con Sat O<sub>2</sub> 99%, fc 80lpm, sen outra sintomatoloxía por aparatos. Ante a persistencia clínica solicítase Rx Tórax, onde se visualiza unha masa en mediastino anterior. Aconsellan TAC que resulta non concluínte. PET, Broncoscopia, BAS, RM torácica e PAAF tampouco concluíntes. En Biopsia con agulla grosa guiada por TAC da masa, atopase proliferación neoplásica epitelial, compatible con TIMOMA.

Conclusións: ¿Os timomas atópanse ou se buscan? A tose é un síntoma inespecífico dunha ampla variedade de enfermidades pulmonares, ou dunha enfermidade por refluxo gastroesofágico (ERGE), entre outras. Cando un paciente non mellora a pesar dun tratamento adecuado, debemos reconsiderar o diagnóstico orixinal e investiga-las posibles causas de fracaso do tratamento. Case a metade dos tumores do mediastino son asintomáticos e detéctanse nunha radiografía que se realiza por outras razóns. Os síntomas son pola compresión das estruturas locais e poden incluír: Dor torácica, Calafríos, Tose, Hemoptise, Febre, Roncar, Suores frías, Dificultade para respirar. O diagnóstico baséase en achados clínicos, estudos radiolóxicos e unha análise patolóxica dos tecidos resecados Os tumores do mediastino son infrecuentes. A localización máis común nos adultos ocorre no mediastino anterior e xeralmente son linfomas ou timomas cancerosos (malignos). Son máis frecuentes en persoas entre os 30 e os 50 anos de idade. Un diagnóstico precoz e importante para o seu pronóstico e tratamento, e depende do noso ollo clínico como médicos de atención primaria.

### CARCINOMA INFLAMATORIO DE MAMA, DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO (REF 8425)

Calvo-Mosquera, G; Primucci, C; Gonzalez-Cal, A; Plamenov- Dipchicov, P; Lopez-Cela, T; Muñoz-Ferro, B; Calvo-Rodríguez, D.

Antecedentes Personales: Mujer de 56 anos. Alérgica a AAS. Fumadora 18 paquetes/año. Dislipemia. Hipotiroidismo. Colon irritable. Fibromialgia. Cirurxías: adenoidectomía, amigdalectomía. Antecedentes ginecolóxicos: Embarazo xenelar, parto por cesárea. Menopausia 47 anos. Tratamiento: Fluoxetina, Levotiroxina, Atorvastatina

Enfermedad Actual:

Paciente consulta por dolor y eritema de mama esquerda de 24 hs de evolución, sin fiebre ni otra clínica asociada.

Examen físico: Edema localizado de aproximadamente 2 cm diámetro, con calor local, y rubor en región periareolar esquerda.

Impresión diagnóstica: Mastitis

Estudios complementarios: se solicita mamografía urgente.

Tratamiento inicial: Cefalosporina de 3era generación

Evolución: Se realiza control evolutivo a los 7 días, al persistir cuadro clínico, se ajusta dosis de antibiótico y se indica revisión en 4 días. En la revisión se observa que la evolución del cuadro a sido favorable, con disminución del dolor, del edema y del eritema local.

Acude por indicación médica nuevamente a la semana, la paciente refiere dolor leve-moderado, persisten el edema periareolar y comienza a insinuarse piel de naranja. Se solicita valoración urgente por Servicio de Cirugía, con la sospecha diagnóstica de carcinoma inflamatorio de mama.

Es valorada nuevamente a los 20 días, ha sido vista en el Servicio de Cirugía, pendiente de resultados de mamografía, ecografía mamaria y biopsia. A la exploración (Imagen 1 y 2) observamos aumento de eritema, edema y piel de naranja, con aparición de adenopatía axilar izquierda, dura pétérea a la palpación de aproximadamente 3 cm de diámetro.

Pruebas complementarias realizadas:

- Mamografía bilateral: Mamas de composición mixta fibroglandular-grasa, con parénquima fibroglandular asimétrico a nivel de CSE derecho. No se indentifican nódulos dominantes, distorsiones arquitecturales ni microcalcificaciones sospechosas de malignidad. En mama izquierda se indentifica engrosamiento septal e importante engrosamiento cutáneo (Imagen 3 y 4).
- Ecografía mamaria y axilar izquierda: Signos inflamatorios compatibles con mastitis con importante engrosamiento cutáneo y ectasia de ductus retroareolares. Pequeño quiste de 7 mm en región paraareolar externa. Área de parénquima ecográficamente heterogéneo en CSI de 21.3x13x8.5 mm. Adenopatías axilares izquierdas con cortical engrosada, una de ellas con reemplazamiento completo del hilio graso (Imagen 5). Se realizan 2 biopsias ecoguiadas.
- Anatomía patológica: Cuadrante supero externo de mama: carcinoma de células en anillo de sello. Presenta infiltración vascular linfática. CK19 +, Receptores de estrógenos 5/8, receptores de progesterona 5/8. HER2 pendiente, Ki67 menor del 20%, E-cadherina +, CDX2 negativo. Adenopatía axilar izquierda: metástasis de carcinoma de células en anillo de sello concordante con origen en mama.

Juicio clínico: Carcinoma de mama de células en anillo de sello

Plan: Vista en consultas de oncología, se programa estudio de extensión. La paciente inició quimioterapia adyuvante aproximadamente a los dos meses del comienzo del cuadro clínico.

Conclusiones:

El carcinoma inflamatorio de mama es una entidad clínico-patológica poco frecuente y agresiva, se caracteriza por la apariencia inflamatoria de la mama, con eritema y edema difuso. La incidencia en Estados Unidos es del 1-5% de los diagnósticos de cáncer de mama. El diagnóstico de la enfermedad se basa en criterios clínicos clásicos establecidos por Haagensen, que incluyen eritema difuso, edema (más de 2/3 de la mama), piel de naranja, palpación tumoración o induración y en criterios anatomopatológicos. La duración de los síntomas antes del diagnóstico suele ser menor de 6 meses.

Los estudios complementarios iniciales son la mamografía y la ecografía mamaria, se utilizan con el objetivo de definir la presencia de una lesión intraparenquimatosa que pueda ser biopsiada y valorar la presencia o au-



sencia de adenopatías. Dado el aumentado riesgo de metástasis a distancia que tiene esta enfermedad, debe realizarse un estudio radiológico para diagnosticar la presencia de las mismas.

La anatomía patológica debe confirmar la presencia de cáncer, determinar el subtipo histológico y el grado histológico tumoral. Asimismo se debe evaluar la presencia de receptores de estrógeno y progesterona y el HER2. La biopsia de piel ayuda al diagnóstico de carcinoma inflamatorio ya que se pueden objetivar invasión por células tumorales o embolias tumorales en vasos linfáticos de la dermis. Los cambios inflamatorios de la piel son causados por estas lesiones, no por infiltración de células inflamatorias.

Por sus características patológicas esta entidad presenta una diseminación sistémica precoz, alta posibilidad de recidiva locoregional y poca respuesta a los tratamientos habituales lo que se traduce en mal pronóstico.

El tratamiento del carcinoma inflamatorio incluye quimioterapia neoadyuvante, seguido de tratamiento locoregional (Mastectomía radical modificada + radioterapia). En series de pacientes que han realizado esta modalidad terapéutica, se han reportado índices de supervivencia libre de enfermedad a 5 años del 20-45%. Este enfoque multidisciplinario de tratamiento, a incrementado la supervivencia a los 20 años de 9% en 1975 a 20% en 1995. Sin embargo actualmente la supervivencia del carcinoma inflamatorio de mama a los dos años es significativamente peor que en el carcinoma de mama no inflamatorio.

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

### COMPARACIÓN DOS SCORES DE RISCO CARDIOVASCULAR PARA ESTIMAR MORTALIDADE GLOBAL NUNHA POBOACIÓN GALEGA (REF 1466)

Lueiro González N.<sup>1</sup>, Díaz Louzao C.<sup>2</sup>, Rey García J.<sup>1</sup>, Fernández Areán M.<sup>1</sup>, García Iglesias M.C.<sup>1</sup>, Fernández Merino M.C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Saúde A Estrada, <sup>2</sup> Facultade de Matemáticas USC

Objetivo. Dada a ampla utilización dos scores de risco cardiovascular nas consultas de Atención Primaria, queremos investigar se estes scores tamén poden ser útiles para estimar mortalidade global nunha poboación de Galicia.

Material e Métodos. Estudo de cohortes prospectivo. Mostra aleatoria da poboación dun concello galego, estratificada por décadas da vida, realizada no ano 2000, na que participaron 469 persoas maiores de 18 anos (56% mulleres, 44% homes; taxa de participación 67%, idade media: 53 anos); e que foron seguidos ao longo de 10 anos para coñecer a mortalidade global. Tras calcular os scores de risco dos participantes, segundo os modelos predictivos de: Framingham Clásico (FC), Framingham 91 (F91), Framingham Wilson (FW), Framingham caucásico (FCA) e Afroamericano (FA), Dorica, Score para países de baixo e alto risco (LRS e HRS); comparamos a súa capacidade para predecir mortalidade por todas as causas utilizando para iso a área baixo a curva ROC

Resultados. Tras 10 anos de seguimento falecieron 64 persoas (14%); 52% homes, 48% mulleres; cunha idade media inicial de 74 anos dos cales 14% eran fumadores, 56% hipertensos, 20% diabéticos e 16% con hipertrofia ventricular esquerda. A estimación do risco foi máis alta ao utilizar os scores derivados do Framingham. A mediana de puntuación obtida polos diferentes scores foi a seguinte: FC (0.11), FA (0.10), FCA (0.09), FW (0.09), F91 (0.08), Dorica (0.07), Regicor (0.03), HRS (0.01), LRS (0.01). A capacidade de discriminación medida co C-Index mostra que o Framingham 91 é o score con mellor resultado para estimar mortalidade

global (AUC: 0.81), seguido polo FC (0.78), FCA (0.78), FA e HRS (0.77), FW (0.75), Dorica e Regicor (0.72) e LRS (0.71).

Conclusiones. De todos os sistemas evaluados neste estudo observamos que o Framingham 91 é o que mellor estima a mortalidade global nunha poboación galega.

### COBERTURA VACUNAL EN MAYORES DE 65 AÑOS: NEUMOCOCOS (REF 1507)

Vidal Orge, María Pilar<sup>1</sup>, López Rodríguez, David<sup>2</sup>, Clavería Fontán, Ana<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro de Salud Redondela, <sup>2</sup> Xerencia de Xestión Integrada de Vigo

JUSTIFICACIÓN: A pesar de las evidencias publicadas sobre impacto en salud de la vacunación para el neumococo (VN), la cobertura es inferior a la deseable.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cuál es la cobertura vacunal en  $\geq 65$  años en nuestra área? ¿qué factores personales/entorno pudieran influenciarlas?

MATERIAL Y MÉTODO: Descriptivo transversal, en área de salud, con 115,001 habitantes  $\geq 65$  años. VG registrada entre 30/06/2014 y 15/02/2015. Para VN, pacientes registrados desde 01/01/2000 (primeros datos en la historia electrónica) a 01/01/2015. Fuente: Registro de vacunas administradas en campaña antigripal 2014-2015, historia clínica electrónica y base de datos poblacional, facilitadas por el Servicio Galego de Saúde, anonimizadas. Variables: Sexo, edad, zona básica, centro, cupo, facultativo vacunado, vacuna. Análisis: Modelos mixtos multinivel y bootstrap con paquetes lme4 y boot del software libre R.

RESULTADOS: La cobertura vacunal de la gripe observada fue 45.14% (IC95%: 44.85- 45.42) muy lejos del objetivo organizativo (65%). Para el neumococo, la cobertura fue 22.39 (IC95%: 22.15-22.63). En VN, los OR (IC 95%) de las variables analizadas fueron: edad 0,94 (-0,06-1,94, p=0,000), sexo 0,92 (-0,10-1,93, p=0,000), vacunado gripe 15,68 (14,67-16,70, p=0,000) y facultativo vacunado no significativo. Estos componentes fijos explican 31.68% de variabilidad. Los aleatorios (cupo y centro) explican 45.67% de variabilidad.

CONCLUSIONES: Se observan diferencias de género en la cobertura. Una elevada variabilidad puede atribuirse al cupo y al centro de salud. En VN, la vacunación de la gripe incrementa fuertemente la probabilidad de estar vacunado para la otra, traduciendo el efecto del riesgo percibido por el paciente y/o el profesional, la actitud ante la vacunación o los hábitos en autocuidados. Se debe evaluar la calidad del registro. Pudo haber pérdidas de información al pasar de la historia en papel a la historia electrónica.

PREGUNTAS A DEBATE: ¿Por dónde empezamos para mejorar la cobertura?

### EL PERFIL DE CUIDADO Y SU CUIDADOR: UNA EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (REF 1529)

Joana Carneiro

Portugal y el resto de Europa está envejeciendo. Entre las preocupaciones, se teme que este rápido envejecimiento produzca una explosión en la necesidad de atención de la salud. Caracterizar al paciente dependiente de

una lista de usuarios en una unidad de salud de la familia, basada en las zonas urbanas teniendo en cuenta sus aspectos sociodemográficos, nivel de dependencia, tipo de cuidador, la presencia de las principales comorbilidades y tipo de apoyo.

Metodología: estudio descriptivo, transversal realizado en USF en septiembre de 2015. La población de estudio correspondió a los usuarios "dependiente" de una lista de cerca de 1.700 suscriptores y registros indicando por lo menos dos visitas al hogar en los últimos 12 meses.

Las variables consideradas fueron: edad, sexo, educación, estado civil, educación, vivienda tipo, el nivel de dependencia, la presencia de morbilidad importante, número de la medicación crónica y el tipo de cuidador. En el mismo contexto se comprobó la presencia de apoyo familiar, ayuda a domicilio y la necesidad técnica de la asistencia social.

Resultados: En cuanto a la población de estudio, era sobre todo el género femenino, viudos, con un promedio de 84 años, la educación baja y los pacientes tienen múltiples comorbilidades. La alta relación de dependencia identificado, utilizando la escala de Barthel, estaba a punto 60, revelando grado moderado de limitación. El número medio de fármacos crónica fue de aproximadamente 6 por persona. Con respecto al tipo de cuidador, 67% eran informal. El universo de estos, alrededor de un tercio eran niños o de su cónyuge. Así se entiende que la necesidad de un equilibrio entre la autonomía del paciente, el cuidador y las limitaciones de los recursos disponibles, puede conducir a decisiones no siempre idénticas a las tomadas en el consultorio del médico, de ahí la importancia y la consulta hogar distinción.

#### **DOLOR ABDOMINAL EN UN HOSPITAL COMARCAL (REF 1552)**

José Quintela Martínez<sup>1</sup>, Patricia Felpele López<sup>2</sup>, Gloria González Cristobo<sup>2</sup>, Antonio Ángel Regueiro Martínez<sup>2</sup>, Pilar Aboy Parda<sup>2</sup>, José María Rey Tasende<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Baión-C.S. Vilanova de Arousa, <sup>2</sup> C.S. Vilanova de Arousa

OBJETIVO: Análisis descriptivo de los casos de dolor abdominal que llegan a un servicio de urgencias de un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo por auditoría de informes de alta de todos los pacientes que fueron atendidos en el servicio de urgencias de un hospital comarcal a lo largo de 3 años. ( desde el 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2013). De todas la atenciones realizadas estudiamos aquellos pacientes que en el triaje expresan como motivo de consulta " DOLOR ABDOMINAL" . Se utilizan también datos de obtenidos de la codificación de CMBD ( conjunto mínimo básico de datos).

RESULTADOS: El dolor abdominal representa un 7% de los casos atendidos diariamente en el servicio de urgencias. Se atendieron a lo largo de 3 años 5.377 pacientes con dolor abdominal. El 71% de los casos fue dado de alta desde el propio servicio de urgencias. Un 11% fue dado de alta con una consulta para consultas externa. Un 17% fué ingresado. Por patologías resultantes: Dolor inespecífico 71% Patología hepático-bilio-pancreática 10,4% Apendicitis 5,3% Diverticulitis 2,3% Los casos de abdomen agudo que necesitaron quirófano urgente fueron 949. Es decir, 0,71 por día.

CONCLUSIONES: La mayoría de los dolores abdominales que llegan al servicio son solucionados por los propios facultativos. Los casos de abdomen agudo son similares a los aportados por hospitales de otras áreas sanitarias. Se debería precisar más los diagnósticos de alta de los pacientes

y no abusar tanto de "dolor abdominal inespecífico" y de "dolor abdominal a estudio".

#### **COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS**

##### **FORMACIÓN EN CIRURXIA MENOR DURANTE A RESIDENCIA (REF 1437)**

Andrea Figueira Vázquez, Mercedes A. Hernández Gómez, Bernardo Álvarez Mordroño, Rubén Rodríguez Medeiros, Adalid Maldonado Díaz, Elvira Santiago Janeiro CS Novoa Santos

OBXECTIVO DÁ EXPERIENCIA DOCENTE Posibilitar a adquisición de habilidades en cirurxía menor (CM) nos residentes de medicina familiar e comunitaria dun centro de saúde docente con quendas de mañá, desluzantes e tardes.

DESCRIPCIÓN DÁ EXPERIENCIA A CM forma parte dos obxectivos docentes do Programa dá Especialidade de Medicina Familiar e Comunitaria. Nun centro de saúde urbán e docente dende 1994, un dous titores dá quenda de tarde, fai CM de forma habitual. Solicitou á xerencia cambiar a quenda a horario de maña, nos días nos que os seus residentes durante a estancia no centro de saúde fan garda. Ese día os seus residentes e outros de consultas onde non se fai cirurxía regrada, citan os doentes para realizala de forma supervisada. Ás lesións son identificadas conxuntamente co seu titor e informan ao paciente para o seu consentimento. A CM no centro inclúe exéreses, biopsias, crioterapia, electroterapia, drenaxe de abscesos e cirurxía dá unlla. A sala de técnicas non é específica, compártese coas espirometrías. Polo tanto, deben preparala, verificar o material, e organizalo para cada caso, seguindo a formación teórico-práctica recibida. Unha vez realizada a técnica, encárganse do seu rexistro no libro destinado a tal fin, dá preparación e envío das mostras a anatomía patolóxica, seguimento e curas conxuntamente con enfermaría, dá recepción do resultado e a súa comunicación ao paciente, así como dá limpeza inicial do material para entregarllo á auxiliar de enfermaría e dá súa recepción trala esterilización.

CONCLUSIONS Tódolos residentes do centro coñecen o proceso de CM e poden implementalo ao remate dá especialidade. Optimizamos o uso das salas e material do centro. Mellora dá comunicación entre profesionais.

APLICABILIDADE Os residentes pódense beneficiar de procesos que se levan a cabo no seu centro docente. Sería extensible a calquera procedemento que non sexa realizado de xeito uniforme.

##### **UNO DE CADA 10 SUICIDIOS EN ESPAÑA TIENE LUGAR EN GALICIA, Y EN MI ZONA HUBO 3 EN UNA SEMANA (REF 1502)**

Eva Sánchez Grandal<sup>1</sup>, Portal González Lorenzo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>2</sup> Consultorio O Val

Como se dixo nos medios a taxa de suicidios en Galicia aumentou case dous puntos entre 2013 e 2014, ano no que tivo lugar na comunidade en torno a 390 suicidios, máis dun día, un aumento debido, en parte, ao "desprotexido" contra os efectos da crise e os recursos encollendo de atención á enfermidade mental. Isto é evidenciado polos datos recollidos polo propio Movemento Galego de Saúde Mental. Suicidios debido á idade, a soidade, o despoboamento das zonas rurais facer Galicia ocupar cada ano a triste liderado de mortes auto-inflixidas en España. Pero e se non hai crise ou enfermidade mental, ou despoboamento? Existe a imitación efecto? Imitación de comportamento suicida pode ocorrer cando unha per-

soa informa que alguén próximo a ti (familia, amigos, compañeiros ...) o al menos intentalo. Se este está nunha situación inestable ou difícil, este evento poden proporcionar, por imitación, que tamén tratan o suicidio. Dentro dunha semana, nunha zona semi- urbano-rural de preto de 2.300 habitantes, tres suicidios masculinos ocorreu polo método de suspensión. Súas idades, condicións sociais e familiares, e as patoloxías presentes eran diferentes. Non houbo intentos previos ou tratamento psiquiátrico anterior. Só a realización de "imitación" podería responder a estes feitos, a base do chamado "efecto Werther": é coñecido contaxio de suicidios, aínda que moitos negalo. hai un contaxio non de forma microbiana, é máis complexo e que elimina outras emocións, como médico e cabeceira, vivir esta situación, deixáte impresionado, crea lembranzas tan vívidas como se revivisen unha e outra vez no presente. Os suicidios dos nosos pacientes nos marcan moito. Na aldea, din "non hai dúas sen tres" eles o asumen mellor.

### **DETECCIÓN DE NECESIDADES EN EL MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL MEDIO RURAL. ANÁLISIS CUALITATIVO Y DIFERENCIAS ENTRE CCAA (REF 1510)**

Portal González Lorenzo<sup>1</sup>, Eva Sánchez Grandal<sup>2</sup>, Karla Freire Nivelá<sup>2</sup>  
1 Consultorio O Val, 2 Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Con el objeto de conocer las necesidades en el manejo de cuidados paliativos en el medio rural, se realizó una encuesta on-line, en diferentes CCAA,

En este poster se considera que la variable de resultado principal debe ser la respuesta a la pregunta sobre necesidad de equipo de soporte, ya que como se ve en el análisis cualitativo, es una pregunta muy rica. Los profesionales no solo responden a la necesidad de tener un equipo de soporte, sino que habla de sus necesidades en muchos aspectos que tienen que ver con los cuidados paliativos. La respuestas se ajustan, dentro de los límites de esta experiencia, según una regresión multivariante. Destacaremos las diferencias obtenidas en los resultados en relación con la CCAA de las que proceden, teniendo en cuenta que Galicia, fue la comunidad que más respuestas aportó.

### **PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

#### **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE LA REGIÓN NORTE DE PORTUGAL (REF 1464)**

Torres, María<sup>1</sup>, Pimenta, Elsa<sup>2</sup>, Martins, Aude<sup>3</sup>  
1 UCSP Boticas, 2 UCSP Santa Maria I, 3 UCSP Miranda do Douro

**OBJETIVO** Calcular la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos de familia del norte de Portugal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal y descriptivo.

**PERÍODO Y DURACIÓN DEL ESTUDIO:** Entre Noviembre de 2014 y Diciembre de 2015. Pedido de autorización al director de la ARS Norte explicando objetivos del estudio y los procedimientos de recogida de datos, tratamiento y divulgación. Solicitada información sobre el número de especialistas que ejercen funciones clínicas así como las direcciones de e-mail para enviar el formulario de recogida.

**POBLACIÓN PARA ESTUDIO Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Médicos especialistas en medicina de familia. Multicéntrico.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Especialistas sin lista de pacientes atribuida o en los que la actividad clínica ocupa menos de 50% de su carga horaria.  
**MUESTRA.** Todos los individuos en estudio.

**VARIABLES:** Carga de trabajo, exhaustión, desrealización, eficacia.

**INSTRUMENTO DE COLECTA DE DATOS:** Formulario on-line cuyo link es enviado através de e-mail. Engloba el Maaslach Burnout Inventory-HSS validado para la población portuguesa y algunas preguntas de cariz socio-demográfico. Se enviarán 2 e-mails al final del primer y del segundo mes desde el inicio para incentivar la respuesta.

**REGISTRO DE DATOS:** Microsoft Excel.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICA:** Programa Statistical Pckage for the Social Sciences (IBM SPSS) 20.

**FINANCIACIÓN:** Asumida por los investigadores.

**ASPECTOS ÉTICO-LEGALES:** Pedido parecer a la Comisión de Ética. Las respuestas al formulario son confidenciales y anónimas. Se entregarán códigos a los coordinadores de las unidades para ser distribuidos por los médicos que permitirán verificar que cada médico sólo responderá una vez al formulario.

**APLICABILIDAD:** Comparación con la prevalencia encontrada en otros estudios/artículos. Impacto del Síndrome sobre la calidad de los cuidados ofrecidos por los médicos. Investigación enfocada a la prevención del Síndrome de Burnout.

#### **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CRIBADO DEL DETERIORO COGNITIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA (REF 1484)**

Bermejo Gestal, Iria<sup>1</sup>, Domínguez Rodríguez, Antía<sup>2</sup>, Martínez Pereira, Iciar<sup>3</sup>, Peña Rodríguez, Marta<sup>1</sup>, Rodríguez Vaz, Beatriz<sup>1</sup>, Rodríguez Villalón, Xiana<sup>1</sup>  
1 Centro de Salud de Sárdoma, 2 Centro de Salud de Bembrive, 3 Centro de salud de Porriño

El deterioro cognitivo es un problema de salud prioritario por dos motivos; su inicio es insidioso y evoluciona de forma lenta y progresiva y, por otra parte, su diagnóstico precoz podría servir para mejorar los cuidados al final de la vida del paciente.

**OBJETIVOS:** Principal: Estimación de la prevalencia del deterioro cognitivo moderado sin diagnosticar, en pacientes mayores de 65 años. Secundarios: Analizar los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo. Realizaremos a los pacientes 4 test (MOCA, Test del informador, escala de depresión de Yesavage y Pfeffer) para el estudio cognitivo, que en el caso de resultar alterados, lo remitiremos a su MAP para su evaluación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio multicéntrico, transversal, analítico. Se realizará en el área de Pontevedra sur. Se seleccionaran 196 pacientes hombres y mujeres mayores de 65 años, a través de muestreo oportunista que no cumplan los criterios de exclusión (diagnostico previo de deterioro cognitivo). Se expresarán los resultados de la prevalencia del deterioro cognitivo en porcentaje con su intervalo de confianza del 95%. Se hará un análisis de regresión logística para estimar que variables explican mejor el deterioro cognitivo.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS: a toda la población mayor de 65 años.

ÁSPECTOS MÉDICO-LEGALES: A lo largo de todo el estudio se respetarán los siguientes principios éticos: consentimiento y voluntariedad en la participación, garantía del anonimato en la información suministrada por el paciente, restricción de los datos suministrados por el entrevistado, en exclusividad, a la investigación propuesta.

FINACIACIÓN: Este estudio está exento de financiación.

---

#### **ANÁLISE DA RENUNCIA Á VACUNACIÓN ANTIGRIPIA (REF 1491)**

---

*Soraya Méijome Blanco, Gloria González Cristobo, Antonio Ángel Regueiro Martínez*  
*Centro de Saúde Vilanova de Arousa*

OBXECTIVOS: Descubrir as causas do incumprimento da vacinación antigripal e o perfil dos pacientes que renunciaron a ela na campaña de 2014, así como intentar mellorar a cobertura no 2015.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo descriptivo, transversal, realizado na consulta de Atención Primaria. Criterios de selección: Pacientes con constancia na historia clínica de ter renunciado á vacinación na campaña de 2014. Criterios de exclusión: Pacientes que falecesen desde a campaña vacinal de 2014, institucionalizados, persoal sanitario ou aqueles que non acepten participar no estudo. Número de suxeitos incluídos: O tamaño da mostra será o formado pola poboación que cumpra os criterios de inclusión e non cumpra os de exclusión. Recollida de datos: Citarase aos pacientes incluídos no estudo para entregarlles a folia de información, o consentimento informado e realizarlles a entrevista precisa. Explicaráselles as indicacións e beneficios da vacina, respondendo ás dúbidas que plantexen. Os datos non dependentes de entrevista recolleranse da Historia Clínica do paciente. Variables a estudio: Motivo da renuncia, datos sociodemográficos, comorbilidades dos pacientes e número de fármacos de uso crónico. Análise estatística: Realizarase unha análise descriptiva das variables recollidas, calculando as diferencias en función das distintas variables, e revisaranse os resultados da campaña de 2015 nos pacientes incluídos no estudo. Limitacións do estudo: Posibilidade da ausencia dos datos necesarios na historia clínica dos pacientes incluídos, ou imposibilidade de contactar con eles durante a execución do estudo.

APLICABILIDADE DOS RESULTADOS ESPERADOS: Valorar a efectividade dunha cita individualizada na que se lle explican ao paciente os beneficios da vacina e se resolven as súas dúbidas.

ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS: O estudo está pendente de aprobación polo CEIC. Rexerase pola Lei reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes.

FINANCIAMENTO: Non ESTUDO NON MULTICÉNTRICO