

Resúmenes de los trabajos presentados a las XI Jornadas de Residentes SVMFiC. Alicante, 18 de junio de 2009



Comité organizador y científico:
M^a Carmen Galindo Martí
Esther Ruescas Escolano
María Gaubert Tortosa
Francisco J. Beltrán Riquelme
Ángel Masoliver Forés
Cristian Greco
Vocal de enlace:
Juan V. Quintana Cerezal

Secretaría técnica:
SVMFiC, Societat Valenciana
de Medicina Familiar i Comunitària
c/Sta Cruz de la Zarza 4 bjo
46021 Valencia
tl.963392756 fx.963619460
svmfiyc@svmfiyc.org

**XI Jornadas
de Residentes
SVMFiC**

Alicante | 18.jun.09

www.svmfiyc.org

Lugar de celebración de las jornadas:
Sede universitaria Ciudad de Alicante
(antigua escuela de estudios empresariales)
C/ Ramón y Cajal, 4. 03001-Alicante.
(frente a parque de Canalejas)

Organiza:

SOCIETAT VALENCIANA DE
MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA
Haciendo viva la Medicina de Familia en la sociedad

Patrocina:

Almirall
Soluciones pensando en ti

Resúmenes de los trabajos presentados a las XI Jornadas de Residentes SVMFiC.

Trabajos de investigación

- Pág 3** **ABSTENCIÓN TABÁQUICA A LOS CINCO AÑOS, EN UNA COHORTE DE PACIENTES ASISTIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**
María Vázquez Ubago M, Martínez Piera S, Pérez Fernández JA, Peris Cardells R.
ANÁLISIS DE UNA CONSULTA DE OSTEOPOROSIS
González García I, Sánchez Llópez P, Mañez Andrés A, García González F, Guijarro Sanchez MJ
ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX A TRAVÉS DE CITOLOGÍAS EN PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Vilar Palop M, Monllor Roselló M, Peiró Martí E, González Dosset L, Fillard Moliner S.

Casos clínicos

- Pág 4** **MUJER DE 24 AÑOS CON CUADRO PSEUDO-GRIPAL.**
Torres Miravet R, Piquer Franch I, Aguilar Godes S, Agut Borràs L.
DOCTORA, LA NAVIDAD ME PRODUJO DOLOR DE CABEZA
Vijar Palop M, Gonzalez Dosset L, Monllor Roselló M, Moreno Jimenez MM, Arias Cortés AM.
SÍNDROME DE BEHÇET
Macián Cerdá A, Pons Ruiz AM, Santandreu García C, Llopis Cerezo J, González Aguirre JG.
- Pág 5** **ME DESMAYÉ OTRA VEZ.**
Peiró Martí E, Navarro Vicente M, Jiménez M, López Sepúlveda MA, Arroyo Jiménez M, Vilar Palop M.
DOCTORA, NO ME NOTO LA BARBILLA.
Mahiques Vidal I, Mora Moyá M, Taberner López E, Fillard Moliner S, Vilar Palop M.
ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL. A PROPOSITO DE UN CASO.
Macián Cerdá A, Pons Ruiz AM, Santandreu García C, Llopis Cerezo J, González Aguirre JG
DESDE EL ACCIDENTE NO ES EL MISMO
Aguiló Furió S, Suberviola Collados V, Bauer Izquierdo S, Minguell P.
- Pág 6** **TIROIDITIS SUBAGUDA DE DE QUERVAIN**
Bucalet G, Mulet Pons MJ, Perelló Roig A, Agulles Gilabert E, . Martinez C
DIARREA Y EDEMAS.
Navarro Vicente M, Peiró Martí E, Cortés García B, Arias Cortés A, López B, Orensa I.
EDEMA DE CARA Y CUELLO. A PROPOSITO DE UN CASO
González García L, Sánchez Llópez P, Mañez Andrés A, García González F, Rivera Casares F.
- Pág 7** **FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO.**
González García L, Sánchez Llópez P, Mañez Andrés A, Guijarro Sánchez MJ., Rivera Casares F.
¿QUÉ ESCONDEN UNAS LESIONES DÉRMICAS?
Fillard Moliner S, Mahiques Vidal I, Mora Moyá M, Taberner López E
AFECCION PULMONAR DE MYCOBACTERIUM AVIUM EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE
Sanchez Llópez P, Gonzalez Garcia L, Garcia Gonzalez P, Guijarro Sanchez MJ, Mañez Andrés A, Navas Cujanda J.
DIARREA CRÓNICA (DC), UN ENFOQUE DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
Rosell Domínguez M, Gonzálvez Perales JL

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Premio al mejor trabajo de investigación presentado en modalidad oral. XI jornadas de residentes SVMFiC.

ABSTENCIÓN TABÁQUICA A LOS CINCO AÑOS, EN UNA COHORTE DE PACIENTES ASISTIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

María Vázquez Ubago M, Martínez Piera S, Pérez Fernández JA, Peris Cardells R.

INTRODUCCIÓN

La intervención mínima (consejo médico) ha demostrado ser efectiva en la deshabituación tabáquica. Con el fin de valorarla en nuestro medio, en el año 2003 realizamos un ensayo clínico en una población asistida en Atención Primaria (AP).

OBJETIVO

Valorar el grado de abstinencia tabáquica en la cohorte de pacientes estudiada cinco años después.

MATERIAL Y MÉTODO

A través de una encuesta estructurada telefónica entrevistamos a una cohorte de pacientes que previamente se les había propuesto entrar en un programa de intervención en AP para abandono del hábito tabáquico. El objetivo primario de nuestro estudio es valorar la abstinencia tabáquica a los cinco años. Como objetivos secundarios estudiamos las posibles inferencias en las distintas variables: Edad, sexo, intensidad tabáquica (cig/día, años/paquete), dependencia tabáquica medida por el test de Fagestrom. Usamos la t de Student para las variables cuantitativas, y el la prueba de chi-cuadrado para variables cualitativas. También se uso regresión logística como variable dependiente la abstinencia y como posibles variables explicativas: edad, sexo, intensidad tabáquica, intentos previos de abandono y Fagestrom.

RESULTADOS

De los 203 pacientes de la base de datos inicial, obtuvimos datos de 153 pacientes, 76 hombres y 77 mujeres, con una edad media de 44,4 (13), una intensidad tabáquica de 22,4 ± 11 cig/día. Obtuvimos diferencias por género en las variables de años/paq siendo mayor en hombres que en mujeres (36,6 ± 24 vs 25,1 ± 18,2) así como en la edad de inicio más jóvenes en hombres (15,7 ± 3,3 vs 17,6 ± 4,8). Se declararon no fumadores a los cinco años 44 de los 153 pacientes entrevistados (28,7%), de los cuales 23 eran hombres, no existiendo diferencias significativas por género, ni por haber pertenecido al grupo de intervención o no (21 no fumadores en el grupo intervención vs 23 en el grupo control). En el análisis de regresión logística, ninguna de las variables estudiadas obtuvo un grado de significación.

CONCLUSIONES

- 1.- Ninguna de las variables estudiadas alcanzó el grado de significación como predictora de abstinencia.
- 2.- No hemos encontrado correlación estadísticamente significativa entre pertenecer al grupo de intervención y el grado de abstinencia.

ANÁLISIS DE UNA CONSULTA DE OSTEOPOROSIS

González García I, Sánchez Llopez P, Mániz Andrés A, García González F, Guijarro Sanchez MJ

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es el proceso metabólico óseo más frecuente y uno de los mayores problemas de salud pública que en la actualidad afectan a la sanidad mundial. Teniendo en cuenta su alta incidencia y prevalencia, su carácter crónico, su asociación con la edad y por lo tanto su creciente aumento sujeto al aumento de la esperanza de vida, podemos darnos cuenta de la trascendencia de esta enfermedad y que ahora se la conoce como una de las epidemias silenciosas del siglo XXI.

OBJETIVO

Describir el tratamiento en pacientes con osteoporosis atendidos en una consulta especializada de nuestro medio asociado a los niveles de baja masa ósea densitométrica.

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los casos

de osteoporosis atendidos en una sección de Reumatología. Se han revisado los pacientes estudiados en una consulta de osteoporosis durante 18 meses, diagnosticados de baja masa ósea patológica (BMOP) según la clasificación de la OMS.

RESULTADOS

Los tratamientos prescritos en nuestra consulta son: bifosfonatos (79,97%), calcitonina (5,45%), raloxifeno (6,25%), ranelato de estroncio (3,75%), PTH (0,83%) y Ca y Vit D (3,75%). Todos los tratamientos asociaban Ca y Vit D.

CONCLUSIONES

Un elevado porcentaje de nuestros pacientes presenta BMOP, lo que nos indica una buena aplicación de los criterios de derivación. Hemos detectado más osteoporosis que osteopenia, al contrario de lo que pensábamos encontrar. Sólo un 7,8% de nuestros pacientes son hombres, demostrando la ínfima valoración de esta enfermedad en el sexo masculino. Los factores de riesgo son los esperados. Los fármacos más usados son los bifosfonatos.

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX A TRAVÉS DE CITOLOGÍAS EN PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Vilar Palop M, Monllor Roselló M, Peiró Martí E, González Dosset L, Fillard Moliner S.

Centros de salud de Liria, Paterna y Burjassot. Valencia.

INTRODUCCIÓN

El cribado de cáncer de cérvix en España es oportunista, lo que puede dificultar el acceso de determinados grupos de mujeres a esta actividad preventiva.

OBJETIVOS

Conocer las características de seguimiento de cribado de cáncer de cérvix mediante citologías entre las mujeres de la provincia de Valencia

DISEÑO

-Población diana: mujeres de edades comprendidas entre 20 y 59 años

-Muestra: mujeres de entre 20 y 59 años pertenecientes al cupo de un médico de familia.

Tipo de estudio: Estudio observacional, transversal, descriptivo, analítico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestreo aleatorizado por grupos de edad. Encuestas telefónicas con formulario cerrado. Análisis de datos con SPSS

RESULTADOS PRELIMINARES

Entrevistamos a 105 mujeres, de entre 20 y 59 años. Son españolas el 89,5%, y extranjeras el 10,5%. El 77,1% se han realizado alguna citología en los últimos 5 años, el 12,4% no lo han hecho, el 3,8% no están seguras y el 6,7% no lo han hecho debido a que no estaba indicado. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre la realización de alguna citología en los últimos 5 años y la edad de la primera revisión y el conocimiento adecuado sobre la citología. Asimismo el nivel de estudios se relaciona con la edad de la primera revisión, con el lugar en que se revisan y con el conocimiento del VPH y su vacuna.

CONCLUSIONES

El seguimiento de citologías en nuestra zona es de aproximadamente un 77,1%. La correcta información favorece el seguimiento.

CASOS CLÍNICOS

*Premio al mejor caso clínico presentado en modalidad oral.
XI jornadas de residentes SVMFiC*

MUJER DE 24 AÑOS CON CUADRO PSEUDO-GRIPAL.

Torres Miravet R, Piquer Franch I, Aguilar Godes S, Agut Borràs L.

Centro de salud Cariñena (Villarreal). Castellón

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

AP: hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox. Anticonceptivos.

Mujer de 24 años que consulta por fiebre de 3 días y mucosidad acuosa. Se pauta tratamiento sintomático presentando mejoría clínica. Una semana después consulta por persistir fiebre de predominio vespertino con tos escasa. A los dos días continua la fiebre y se acompaña de cefalea frontal y en región maxilar iniciándose tratamiento antibiótico. Tres días después sigue febril a pesar de tratamiento y refiere visión borrosa de ojo izquierdo remitiéndose para valoración urgente al hospital.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Sin hallazgos de interés

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FIEBRE PROLONGADA

Enfermedades víricas comunes, tuberculosis, síndromes mononucleósicos, fiebre Q, linfomas y leucemias, conectivopatías y vasculitis, enfermedades granulomatosas.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Atención primaria: Rx tórax: sin hallazgos. Rx senos: sin hallazgos.

Hospital: Angioflorografía: desgarro retiniano. Analítica:

Pancitopenia severa. Bioquímica y resto de parámetros normales. TAC: múltiples adenopatías en territorio cervical. Resto interés. Aspirado médula ósea: infiltrado por 30% linfoblastos. Resto pruebas complementarias normales.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Desde urgencias se deriva directamente a Oftalmología donde se diagnosticada de desgarro retiniano pautando Dacortin 30 quedándose afebril a las 48h. Tras una semana de seguimiento se solicita analítica objetivándose pancitopenia y se deriva a Hematología. Se realiza aspirado medular donde se observa infiltrado linfoblástico compatible con leucemia linfoblástica aguda. El estudio genético es bcr/abl + diagnosticándose de LLA philadelphia positivo con afectación inicial de SNC. Se inicia tratamiento quimioterápico hasta negativización de blastos.

Tras superar las complicaciones y con aspirado ausente de enfermedad pasa a control ambulatorio. Actualmente está esperando un trasplante medular.

CONCLUSIÓN

Los cuadros febriles asociados a sintomatología banal son muy frecuentes en atención primaria pero en caso fiebre prolongada hay que realizar el estudio correspondiente para un correcto diagnóstico diferencial.

DOCTORA, LA NAVIDAD ME PRODUJO DOLOR DE CABEZA

Vilar Palop M, Gonzalez Dosset L, Monllor Roselló M, Moreno Jimenez MM, Arias Cortés AM.

Centro de salud de Liria. Valencia

ÁMBITO

atención primaria, urgencias

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 52 años que acude por cefalea holocraneal de 5 días, sin vómitos ni fiebre. El dolor cede con paracetamol y no le impide el sueño. No refiere traumatismo craneoencefálico reciente

Antecedentes personales:

Fumador 40 cigarrillos/día. Niega enolismo

Talasemia menor

Sinusitis aguda

Exploración física: Conciente orientado y colaborador. Afebril.

Exploración neurológica completa: No focalidad

Cronograma de visitas

-30/12/09. Atención continuada.

-4/1/09. Atención continuada.

-4/1/09. Urgencias hospital.

-9/1/09 .Medico familia.

-11/1/09 Urgencias hospital. Cefalea holocraneal, no impide el sueño. TA 190/100. Neurológico normal.

-14/1/09. Atención continuada. Cefalea, vómitos y TA

190/110. No focalidad neurológica. Se remite a hospital

- 15/1/09 Urgencias Hospital. TAC cerebral. Ingresa en Neurología

- Traslado a Neurocirugía 16/1/09.

Exploraciones complementarias:

-Analítica: Hemoglobina 12.1; hematocrito 37.9%; VCM 63.

Coagulación y bioquímica normales

- TAC cerebral sin contraste: Hematoma subdural derecho sub-agudo-crónico.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: cefalea tensional, sinusitis, HTA, tumor cerebral

Juicio clínico: Hematoma subdural derecho subagudo

Tratamiento: Drenaje mediante craneotomía

Evolución:

Intervenido día 17/1/09.

Tras alta de neurocirugía, crisis comicial

Actualmente controlado por neurología y neurocirugía, sin precisar antihipertensivo. Tratamiento: Keppra® 500mg 1 cada 12 horas

DISCUSIÓN

-Las consultas por cefalea son muy frecuentes. Es importante conocer los signos de alarma

-En hematomas subdurales subagudos-crónicos es habitual que no exista focalidad neurológica

-La personalidad del paciente pudo influir en el manejo del caso

CONCLUSIÓN

-La mala evolución de un proceso debe constituir un "signo de alarma"

-Debemos mantener la atención ante hiperfrecuentadores

-El seguimiento mediante la historia informatizada debería facilitar un mejor control del paciente

SÍNDROME DE BEHÇET

Macián Cerdá A, Pons Ruiz AM, Santandreu García C, Llopis Cerezo J, González Aguirre JG.

Centro de salud Segorbe (Castellón) y Hospital de Sagunto (Valencia)

Palabras Clave: Behçet síndrome, oral ulcer, genital ulcer.

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 30 años. Antecedentes placenta previa marginal hemorrágica; anticuerpos VHC + La paciente acude al SURG de nuestro hospital por presentar un cuadro de aftas orales, artromialgias generalizadas, fiebre de 39,9°C. Refiere sufrir episodios intermitentes de aftas orales y vaginales dolorosas desde hace un año, en alguna ocasión asociadas a erupción papular en tronco. Dichos brotes se acompañan de fiebre y dolores articulares. Niega alteraciones oculares ni gastrointestinales. No síntomas neurológicos. En la exploración física destaca palpación dolorosa de musculatura paravertebral y úlceras en sacabocado con borde sobre elevado eritematoso por toda la cavidad oral, exudado en amígdala izquierda y 2 aftas <5 mm en labios menores y una gran afta de 2 cm en la sínfisis de ambos labios menores. Dentro de las pruebas complementarias destaca la ausencia de leucocitosis y PCR 72 mg/l. bioquímica y hemostasia sin alteraciones Ante la sospecha de Sdr Behçet se decide su ingreso en M. Interna. Durante el ingreso se confirma el diagnóstico, se inicia tratamiento con Colchimax 0,5 mgrs 1c/12 horas y Lidocaína gel 2% 2-3 aplicaciones al día con buena recuperación clínica

CONCLUSIONES

El Sdr de Behçet es una inflamación multisistémica con una característica básica: úlceras aftosas recurrentes y dos de las siguientes: úlceras aftosas genitales recurrentes, lesiones oculares o lesiones cutáneas. El diagnóstico diferencial nos lo debemos plantear con infecciones por VHS, VVZ, enfermedad

Resúmenes de los trabajos presentados a las XI Jornadas de Residentes SVMFIC.

pie-mano-boca, herpangina, chancro, histoplasmosis, carcinoma de células escamosas. Tratamiento: aftas (corticoesteroides tópicos, Talidomida, Colchicina, Dapsona) afectación sistémica (Prednisona, azatiopirina, ciclofosfamida, azatiopirina, ciclosporina)

ME DESMAYÉ OTRA VEZ.

Peiró Martí E, Navarro Vicente M, Jiménez M, López Sepúlveda MA, Arroyo Jiménez M, Vilar Palop M.
Centro de salud Paterna. Valencia

Palabras Clave: Mastocytosis, syncope, tryptase.

Introducción

Mujer de 65 años consultando por 6-7 episodios de pérdida de conciencia con hipotensión extrema (60/30) en un mes asociados a cefalea, dolor torácico, palpitaciones, eritema facial, cervical y pectoral sin prurito con recuperación espontánea y progresiva en minutos. Antecedentes personales: HTA en tratamiento con enalapril y neoplasia de mama intervenida hace 3 años.

Con frecuencia se consulta en AP por síncope de repetición que son valorados en urgencias, no existiendo ninguna sintomatología en la consulta. En nuestro caso podría orientar el diagnóstico hacia un cuadro banal como el síncope vasovagal, pero nuestra paciente presenta otros síntomas acompañantes que nos deben hacer ampliar el diagnóstico diferencial.

Exploración física

Buen estado general, T.A: 130/80 mmHg, F.C: 88 lpm, no presenta eritema, ausencia de focalidad neurológica, ACP, exploración abdominal y extremidades normales. Exploraciones complementarias y resultados: Analítica con hemograma, coagulación, bioquímica básica con TSH e IgE : normales. ECG y Rx tórax: normales. Eco abdominal: Colelitiasis múltiple. Se realiza Holter y Ecocardio sin alteraciones por parte de Cardiología y determinación de Catecolaminas, 5 HIAA e histamina, EEG y RM cerebral sin alteraciones por parte de Medicina Interna. Descartado el origen cardíaco, neurológico y anafiláctico se plantea una nueva posibilidad diagnóstica: Mastocytosis. Se solicita la determinación de triptasa sérica, obteniéndose un valor > 20 ng/ml. Se completa el estudio con RMN columna vertebral y pelvis, Aspirado de médula ósea, Biopsia de médula ósea, punch cutáneos y densitometría ósea confirmándose el diagnóstico de sospecha. Tras inicio de tratamiento la paciente no presenta nuevos síncope.

Diagnóstico final

Mastocytosis. Tratamiento: Cromoglicato disódico, Ranitidina, Hidrocloruro de Fexofenadina, Calcio + vit. D, Ác. alendronico y medidas de evitación.

DOCTORA, NO ME NOTO LA BARBILLA.

Mahiques Vidal I, Mora Moyá M, Taberner López E, Fillard Moliner S, Vilar Palop M.

Centro de Salud Burjassot II. Valencia.

RESUMEN

Varón de 63 años con antecedentes de diabetes, Adenocarcinoma prostático con metástasis óseas, cirrosis hepática y artritis reumatoide. En tratamiento con MST continus, Plumarol, Roname, Casodex y Zoladex.

Acude por presentar en las últimas dos semanas, hormigueo en la mitad izquierda de región mentoniana. No traumatismo previo ni otra clínica asociada. En la exploración física tenemos: TA:140/75, apirético. En la exploración neurológica se confirma la hipoestesia referida, siendo el resto de la exploración normal. A nivel de cavidad bucal, vemos que está desdentado, no evidenciando lesiones en encías ni en la mucosa bucal. No lesiones cutáneas. No adenopatías. Siendo el resto de exploración general normal. Se le pauta tratamiento con corticoides en pauta descendente y nueva visita en 15 días. En dicha visita, el paciente refiere que mientras estaba tomando los corticoides desaparecieron las molestias, pero que vuelve a tenerlas. Solicitamos analítica (Hb:11.6, Hto:32.8, Leucocitos:2.400, Plaquetas:82.000, Glu:98, HbA1c:4.2%,

GOT:89, GPT:36, GGT:143, LDH:3806, FA:3290, BrT:0.7, PSA:241) y radiografía de mandíbula (sin hallazgos). Ante los hallazgos clínico-analíticos y con la sospecha de metástasis ósea, remitimos al paciente a oncología, quien solicita RMN maxilo-facial, donde se confirma la impresión diagnóstica. El diagnóstico final es de neuropatía mentoniana por metástasis mandibular y neoplasia prostática metastásica refractaria al bloqueo androgénico máximo. Se pauta tratamiento con gabapentina y dactin.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la neuropatía mentoniana va desde procesos benignos (infecciones bucales, fracturas, hematomas, atrofia, radioterapia local, tumores benignos, neuropatías asociadas a DM o a conectivopatías...) hasta malignos (neoplasias mandibulares primarias o metastásicas, lesiones neurológicas...).

ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL. A PROPOSITO DE UN CASO.

Macián Cerdá A, Pons Ruiz AM, Santandreu García C, Llopis Cerezo J, González Aguirre JG

Centro de salud de Segorbe. Castellón

RESUMEN

Varón de 57 años, RAM Procaina, HTA de inicio reciente hace 3-4 meses en tratamiento con Parapres plus. No DM, no DL, no cardiopatía.

Acude a PU por dolor cadera y parte externa de muslo izquierdo sordo con reagudizaciones, no cede en reposo, aumenta con la movilización. El dolor apareció 2 días después de la realización de ejercicio físico.

En la exploración TA213/127, Fc65, SatO2 98%; dolor zona inguinal izquierda que aumenta con la movilización; dolor en zona externa de muslo y glúteo que se alivia a la palpación; Lassegue y Bragard+; pulsos femorales presentes y simétricos

SOSPECHA CLÍNICA

Meralgía parestésica, se administra Enantyum im+Capoten 25+Diazepam 5. Tras la administración: ligera disminución del dolor y TA200/100. El paciente comenta "mareo" desde el diagnóstico de HTA. Exploración neurológica normal.

Analítica: Hemograma normal destacando cifras de Urea 71 y Creatinina 4,3 en la analítica. Ante el hallazgo de IR no conocida+HTA de inicio reciente se solicita Ecografía y TAC abdominal: Aneurisma de Aorta Abdominal 5,5cm por encima de arterias renales con hematoma crónico perianeurismático que desplaza riñón, comprimiendo uréter y con ectasia ureteropielocalicial.

Con el diagnóstico Aneurisma de Aorta Abdominal se traslada el paciente al Hospital Clínico, al servicio de Cirugía Cardiovascular.

CONCLUSIONES

El aneurisma abdominal es el aneurisma de aorta más frecuente

3/4 son leves (asintomáticos) pueden detectarse palpando masa abdominal pulsátil, Rx,TAC,RMN. El dolor es el síntoma más frecuente: En todo dolor abdominal siempre palpar pulsos femorales!!! Factores de riesgo: edad,varon, antecedentes familiares, HTA, DL, DM, tabaquismo.

DESDE EL ACCIDENTE NO ES EL MISMO

Aguiló Furió S, Suberviola Collados V, Bauer Izquierdo S, Minguell P.

Centro de Salud Nazaret. Valencia

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 74 años que consulta en su centro de salud por cefalea de un mes de evolución y alteraciones de la conducta desde accidente hace 3 días. Torpeza de movimientos. Astenia, anorexia y pérdida de peso.

Antecedentes personales: No alergias, hipertenso, fumador, sobrepeso. Intervenido de absceso perianal. Familiares: her-

mana con cáncer de mama a los 63 años.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Tensión Arterial 145/85, Frecuencia Cardíaca 104. Estado general conservado, consciente, orientado, normocoloreado, normohidratado. Apirético. Eupneico. Exploración neurológica: pares craneales, motilidad y sensibilidad conservados, no disimetrías, no alteración de equilibrio ni marcha, no signos meníngeos. Auscultación cardíaca rítmica. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: diástasis de rectos, no doloroso. Miembros inferiores: no edemas, pulsos presentes.

Pruebas complementarias

Tac craneal: extensa hipodensidad en ambos hemisferios cerebrales con lesiones focales con captación periférica de contraste, compatible con metástasis cerebrales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

cefalea tensional. Estrés post-traumático. Proceso orgánico cerebral.

JUICIO CLÍNICO

Cefalea con signos de alarma.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Empeoramiento neurológico con inestabilidad en la marcha y pérdida de fuerza en manos. A la exploración: fuerza en miembro superior izquierdo 4/5, ligera disimetría. Se deriva a urgencias hospitalarias. Radiografía de tórax: masa en lóbulo inferior derecho y nódulo en lóbulo superior derecho. Broncoscopia negativa. PAAF pulmonar compatible con adenocarcinoma pulmonar. Se le indica radioterapia holocraneal y posteriormente quimioterapia paliativa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En ocasiones los pacientes atribuyen la sintomatología a una circunstancia externa. Es función del médico de familia orientar el diagnóstico. Ante sintomatología de la esfera emocional, no debemos olvidar descartar organicidad.

TIROIDITIS SUBAGUDA DE DE QUERVAIN

Bucalet G, Mulet Pons MJ, Perelló Roig A, Agulles Gilabert E, Martínez C

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria

PRESENTACIÓN:

Motivo de consulta: Mujer de 41 años que consulta por dolor a nivel cervical derecho de una semana de evolución, no disfga.

Antecedentes personales: En tratamiento con mesoterapia por médico estético privado. Sin otros antecedentes de interés.

Exploración física: Buen estado general. Afebril. TA 120/65. ACP: tonos rítmicos, murmullo vesicular conservado. ORL: orofaringe normal; dolor a la palpación de glándula tiroides. No adenopatías cervicales.

Pruebas complementarias: Análisis de sangre con Hemograma y Bioquímica normales, TSH suprimida (< 0.060), T3 y T4 libres normales, anticuerpos antitiroideos negativos y VSG ligeramente elevada (34 mm/h).

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial:

Tiroiditis subaguda.

Hipertiroidismo subclínico.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda de Quervain.

Tratamiento: Salicilatos (AAs 500mg cada 6h).

Evolución: A los 10 días la paciente está "asintomática". A las 3 semanas, permanece "hipertiroides" con T3 y T4 normales. Al mes se retira medicación, y a los 2 meses vuelve a fase "eutiroidea". A los 6 meses se encuentra "asintomática" y "eutiroidea".

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La TSA de Quervain es una inflamación de la glándula tiroides, de etiología viral mayoritariamente. Afecta a mujeres entre 30 y 50 años. Se presenta con dolor en región anterior del cuello a nivel de zona tiroidea. Suele cursar en fases iniciales con aumento de TSH y VSG en sangre, con T3 y T4 libres normales (4-8 semanas), seguido por fase hipotiroidea (8-12 semanas), y finalmente eutiroidea. Los anticuerpos antitiroideos son negativos. El diagnóstico se basa en la clínica,, y el tratamiento es sintomático. Es un cuadro transitorio

que suele resolverse entre 2 y 6 meses.

DIARREA Y EDEMAS.

Navarro Vicente M, Peiró Martí E, Cortés García B, Arias Cortés A, López B, Orenga I.

Centro de salud Paterna. Valencia

Palabras Clave: Ig A nephropathy, coeliac disease, chronic diarrhea.

INTRODUCCIÓN

Varón de 56 años que consulta en varias ocasiones por episodios repetidos de diarrea sin productos patológicos de predominio nocturno y pérdida de peso desde hace tres meses así como ligeros edema en mm.ii en días previos. Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo 2, exenolismo hace 8 años con esteatosis hepática.

JUSTIFICACIÓN

En la consulta de atención primaria se valoran con frecuencia cuadros de diarrea. Es importante considerar la duración de los mismos así como cualquier sintomatología asociada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Buen estado general. Bien nutrido e hidratado. ACP: normal. Abdomen: normal. No estigmas de hepatopatía crónica. Tacto rectal: no hemorroides externas. Dedil limpio. Extremidades: edemas en mm.ii. Puñopercusión renal negativa.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS

Análítica con hemograma y coagulación normales, excepto VCM de 101 fl. Bioquímica con hipoproteinemia, déficit de vit. B12 y ác. Fólico, colesterol total bajo, hipertransaminasemia y VSG aumentada, resto de parámetros, incluyendo hierro, ferritina y función renal, normales. Proteinograma con hipergammaglobulinemia. En orina destaca una microhematuria, proteinuria y un sedimento con cilindros granulados. Coprocultivo: negativo. Enema opaco: normal. Ecografía Abdominal y urológica: esteatosis hepática. Se remite a Medicina interna para estudio de diarrea crónica y proteinuria que realiza las siguientes pruebas: ANA negativos. C3: 52.7 (90-180), C4: 11.8. Ig A:1220 (70-400), IgG: 1080, IgM: 142 Serología VHA, VHB, VHC, VIH: negativas. Ac anti-transglutaminasa >100 U/ml.

Colonoscopia: normal hasta ciego. Biopsia: discreto infiltrado inflamatorio con ocasional presencia de PMN.

DIAGNÓSTICO FINAL

Enfermedad celiaca y Nefropatía IgA. Tratamiento: Inicia dieta sin gluten mejorando la sintomatología y todos los parámetros analíticos.

EN CONCLUSIÓN

Conviene descartar enfermedad celíaca en todos los pacientes con diarrea crónica y considerar la posible asociación con la GN IgA ya que el inicio de la dieta sin gluten mejora ambas patologías.

EDEMA DE CARA Y CUELLO. A PROPOSITO DE UN CASO

González García L, Sánchez Llópez P, Mániz Andrés A, García González F, Rivera Casares F.

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria- Urgencias

PRESENTACIÓN

Varón fumador de 46 años sin antecedentes de interés que acude a la consulta de Atención Primaria por presentar edema de cara y cuello por la mañana con mejoría a lo largo del día. Asocia pérdida de peso no cuantificada. A la exploración destaca circulación colateral en cuello y parte superior del tronco. Se remite a urgencias donde se evidencia ensanchamiento del mediastino antero-superior en radiografía de tórax y se ingresa con diagnóstico de Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS).

DESARROLLO

Se realiza TAC observándose masa mediastínica que afecta a mediastino superior hasta zona hiliar condicionando compresión de estructuras vasculares y nódulo pulmonar en segmento anterior lóbulo superior derecho. Se realiza fibrobroncoscopia confirmando masa en bronquio superior derecho y en biopsia "carcinoma microcítico de pulmón". Se coloca endoprótesis intracava en Y y se inicia primer ciclo de quimio-

Resúmenes de los trabajos presentados a las XI Jornadas de Residentes SVMFiC.

rapia.

CONCLUSIONES

El edema facial es un signo frecuente en nuestro medio. En su etiología hay que destacar la urticaria y angioedema, eczemas, conectivopatías, causas sistémicas como procesos tiroideos, infecciones tipo mononucleosis infecciosa, insuficiencia cardíaca, hepática, síndrome nefrótico, fármacos y SVCS (Síndrome de Vena Cava Superior).

El edema no es atribuible a un SVCS (Síndrome de Vena Cava Superior) en la mayoría de los casos, pero nos debemos familiarizar con él para pensar en este diagnóstico y realizar un tratamiento precoz adecuado. El diagnóstico de este síndrome se basa en la sospecha clínica y radiografía de tórax. Las exploraciones complementarias tienen dos indicaciones, determinar la situación de la función de la vena cava superior y conocer la causa del síndrome (maligna, benigna o por iatrogenia).

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO.

González García L, Sánchez Llópez P, Máñez Andrés A, Guijarro Sánchez MJ., Rivera Casares F.

ÁMBITO: ATENCIÓN PRIMARIA
PRESENTACIÓN Y DESARROLLO

Mujer fumadora de 62 años sin antecedentes de interés que acude por presentar cuadro febril, mialgias y orina oscura. En combur presenta leucos positivo y se trata con antibiótico por ITU (infección urinaria). A los días la paciente continúa sin mejoría y con febrícula. Se solicitan pruebas tras exploración física normal. La analítica básica, urocultivo, radiografía de tórax y mantoux negativos. Tras 3 meses de evolución y varias consultas en urgencias se ingresa para estudio de fiebre de origen desconocido. En analítica destaca GGT 199, Ca15.3 201, Ca125 1578, CEA 8.8, B2microglobulina 2363 y AFP, Ca19.9 normales. En la ecografía abdominal se ve masa heterogénea en lóbulo hepático derecho contiguo a vesícula, que se confirma con colangiografía siendo compatible con neoformación biliar primaria. La biopsia es compatible con adenocarcinoma de origen vesicular. La paciente recibe quimioterapia paliativa falleciendo a los 9 meses.

DISCUSIÓN

El colangiocarcinoma es tumor maligno originado en el epitelio de conductos biliares intrahepático, perihiliar ("KLATSKIN"), distal extrahepática o multifocal.

El debut más frecuente es ictericia obstructiva, heces color arcilla o acolia, ictericia progresiva, coluria, prurito, pérdida de peso y fiebre.

En este caso fue una presentación infrecuente, la paciente presentaba febrícula, pero no clara sintomatología de este tipo de tumor.

Siempre tenemos que tener presente el diagnóstico diferencial en una fiebre de origen desconocido, y seguir el algoritmo para solicitar las pruebas necesarias si proceden.

¿QUÉ ESCONDEN UNAS LESIONES DÉRMICAS?

Fillard Moliner S, Mahiques Vidal I, Mora Moyá M, Taberner López E

Centro de Salud Burjassot II. Valencia.

ÁMBITO DEL CASO: Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 38 años que consulta por aparición de nódulos en miembros inferiores acompañado de dolor.

Antecedentes personales: sin interés, en tratamiento con anticonceptivos orales (ovoplex).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Llama la atención los nódulos cutáneos y subcutáneos a nivel de miembros inferiores. Resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias

Hemograma, VSG, PCR, ASTO, frotis faríngeo, mantoux, coprocultivo y radiografía de tórax.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Eritema indurado, morfea profunda y tromboflebitismigratoria.

JUICIO CLÍNICO

Eritema nodoso.

TRATAMIENTO

Reposo, AINEs y retirada del ovoplex.

EVOLUCIÓN

Desaparición de las lesiones en menos de tres semanas. Las pruebas complementarias fueron negativas. Se derivó a planificación familiar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El eritema nodoso es un síndrome clínico de etiología múltiple. En nuestro caso al ser las pruebas complementarias negativas y tras la retirada del anaovulatorio desaparecieron las lesiones, suponemos que la causa fueron los anticonceptivos orales.

AFECCION PULMONAR DE MYCOBACTERIUM AVIUM EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Sanchez Llópez P, Gonzalez Garcia L, Garcia Gonzalez P, Guijarro Sanchez MJ, Máñez Andrés A, Navas Cutanda J. Centro de salud Barrio De La Luz. Valencia.

Palabras clave: Mycobacterium avium, hemoptisis

Ámbito: Atención primaria

Presentación

Mujer de 68 años que presenta clínica de tos y expectoración sanguinolenta. Ante cuadros similares previos por bronquiectasias conocidas se inicia tratamiento con antitusígeno. Se produce empeoramiento por el que vuelve a consultar. Se solicita rx tórax donde se visualizan imágenes de bronquiectasias ya conocidas. Se pauta azitromicina. A los dos días presenta cuadro de hemoptisis (75 ml). Acude a urgencias donde se ingresa para estudio. No asociaba disnea, ni fiebre ni dolor torácico. Al ingreso se encuentra estable hemodinámicamente, Sp 94%, apirética, eupneica con auscultación normal. Rx tórax sin cambios. Analítica normal. TAC tórax con bronquiectasias en lobulos superiores, medios y region superior de lobulos inferiores con infiltrados micronodulares y aveolares difusos. Fibrobroncoscopia: friabilidad mucosa bronquial con edema. BAAR negativo y GRAM con coco + en cadena.

DESARROLLO

Ante diagnóstico diferencial con otros cocos +, mycobacterias, bacterias atípicas, hongos,... se solicita cultivo. Al alta se pauta amoxicilina-clavulánico 875/125 mg. El resultado definitivo del cultivo informa de crecimiento de BAAR + y evidencia existencia de mycobacterium avium resistente a quinolonas.

CONCLUSIONES

El mycobacterium avium tiene una presentación principalmente pulmonar en pacientes adultos inmunocompetentes. En mujeres suele existir una inhibición voluntaria de la tos previa, delgadez y edad mayor de 50 años. En el varón consumo previo de alcohol. Produce afección de lóbulos superiores y medios con bronquios alterados anatómicamente que dificultan la expectoración. No tiene porqué haber enfermedad pulmonar previa pero sí suele haberla junto con imágenes previas de bronquiectasias y de infiltrados en campos superiores-medios. El diagnóstico e inicio del tratamiento lo marca el empeoramiento clínico y radiológico, lo cual es muy inespecífico y suele retrasar el diagnóstico hasta el resultado del cultivo. El tratamiento de elección durante un año es macrólidos+rifamicina+etambutol. Como alternativa fluorquinolona. El pronóstico lo marca la evolución de la enfermedad de base.

DIARREA CRÓNICA (DC), UN ENFOQUE DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Rosell Domínguez M, González Perales JL

Centro de salud de Algemesí. Valencia.

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria (AP)

PRESENTACIÓN

Varón de 77 años con los antecedentes: No alergias conocidas ni hábitos tóxicos, no factores de RCV, Hemocromatosis, hemorroides, apendicectomía en 2003, no toma de fármacos.

Resúmenes de los trabajos presentados a las XI Jornadas de Residentes SVMFiC.

Acude por presentar clínica sugestiva de artritis gotosa, se le pauta colchicina y al advertirle que puede ocasionarle diarrea él refiere presentarla desde hace tiempo.

Refiere de siete a ocho deposiciones diarias, líquidas, sin productos patológicos, sin incontinencia fecal, no dolor abdominal, no fiebre, no síndrome constitucional, no alternancia con estreñimiento.

A la exploración física: buen estado general, abdomen anodino y tacto rectal con heces normales sin otros hallazgos.

Se solicita hemograma, bioquímica y estudio de heces.

DESARROLLO

Destacar en heces: sangre oculta positiva y parásito: Blastocystis Hóminis. (BH)

La diarrea por BH se puede acompañar artritis de reactiva.

Se administra tratamiento (metronidazol) y paralelamente se solicita colonoscopia.

El tratamiento no mejora los síntomas, y la colonoscopia muestra imagen sospechosa de neoplasia.

DISCUSIÓN

En nuestro medio es poco frecuente que la DC sea causada por una infección.

Es esencial una anamnesis detallada y el estudio de heces, que nos orienta el tipo de diarrea y la solicitud de las exploraciones más adecuadas.

En la mayoría es necesario un estudio estructural (colonoscopia).

CONCLUSIONES

Destacar el manejo del paciente desde AP, esto supone accesibilidad y proximidad.

Teniendo en cuenta que la información nos llega fraccionada, condicionada por la presión asistencial o por el mismo paciente, repercutiendo en nuestras decisiones.