

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 17, número 2, suplemento 2, noviembre 2016



Comité Científico

Coordinador

D. Cristóbal Trillo Fernández

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina del Deporte. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía de la SAMFyC.

Miembros

D. Mohamed Solimán Berchíd Débdi

Médico de Familia. Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

D. Diego Gutiérrez Molina

Médico de Familia. Centro de Salud de Úbeda. Jaén. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

D. Enrique Cruz Ramírez

Médico de Familia. FEA Urgencias Hospital Can Misses. Ibiza. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

D. José Manuel Recio Ramírez

Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Montilla. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Paloma Porras Martín

Vicepresidente

Eloísa Fernández Santiago

Vicepresidente

Jesús Sepúlveda Muñoz

Vicepresidente

Alejandro Pérez Milena

Secretaria

Herminia M^a. Moreno Martos

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC

Amparo Ortega del Moral

Vocal de Relaciones Externas

Eloísa Fernández Santiago

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Alejandro Pérez Milena

Vocal de Residentes

Cristina Navarro Arco

Vocal provincial de Almería:	M ^a Pilar Delgado Pérez	<i>pdelgadomedico@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Cádiz:	Antonio Fernández Natera	<i>natera38@gmail.com</i>
Vocal provincial de Córdoba:	Juan Manuel Parras Rejano	<i>juanprj@gmail.com</i>
Vocal provincial de Huelva:	Jesús E. Pardo Álvarez	<i>jpardo.sevilla@gmail.com</i>
Vocal provincial de Jaén:	Justa Zafra Alcántara	<i>justazafra@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Málaga:	Rocío E. Moreno Moreno	<i>roemomo@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Granada:	Francisco José Guerrero García	<i>franguerrero72@yahoo.com</i>
Vocal provincial de Sevilla:	Leonor Marín Pérez	<i>leonorjl04@yahoo.es</i>

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)

Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

Medicina de Familia Andalucía

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco Extremera Montero
Pablo García López
Francisco José Guerrero García
Francisca Leiva Fernández
Antonio Manteca González

CONSEJO EDITORIAL

Juan de Dios Alcantara Bellón. *Sevilla*
José Manuel Aranda Regules. *Málaga*
Luis Ávila Lachica. *Málaga*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada*
Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba*
Pilar Barroso García. *Almería*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla*
M^a Ángeles Bonillo García. *Granada*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén*
José Antonio Castro Gómez. *Granada*
José M^a de la Higuera González. *Sevilla*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*
Pablo García López. *Granada*
José Antonio Jiménez Molina. *Granada*
José Lapetra Peralta. *Sevilla*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga*
José Gerardo López Castillo. *Granada*
Luis Andrés López Fernández. *Granada*
Fernando López Verde. *Málaga*
Manuel Lubián López. *Cádiz*
Joaquín Maeso Villafañá. *Granada*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*
Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz*
Herminia M^a. Moreno Martos. *Almería*
Carolina Morcillo Rodenas. *Granada*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada*
Beatriz Pascual de la Piza. *Sevilla*
Alejandro Pérez Milena. *Jaén*
Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*
J. Daniel Prados Torres. *Málaga*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva*
Jesús Torío Durantez. *Jaén*
Juan Tormo Molina. *Granada*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga*
Amelia Vallejo Lorenzo. *Almería*

Representantes internacionales

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile*
Cesar Brandt. *Venezuela*
Javier Domínguez del Olmo. *México*
Irma Guajardo Fernández. *Chile*
José Manuel Mendes Nunes. *Portugal*
Rubén Roa. *Argentina*
Víctor M. Sánchez Prado. *México*
Sergio Solmesky. *Argentina*
José de Ustarán. *Argentina*



Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en Latindex

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia
Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Disponible en formato electrónico en la web de SAMFyC
<http://www.samfyc.es/Revista/portada.html>

e-mail: revista@samfyc.es

Secretaría: Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
Telf. + 34 958 80 42 01 y fax + 34 958 80 42 02

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright:
Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC
C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún
medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias,
grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos
aparecidos en este número sin la autorización expresa por
escrito del titular del copyright.

Maqueta: EFS



Revista Med fam Andal
Volumen 17, número 2,
suplemento 2, noviembre de 2016

"La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración de las 1^{as} Jornadas Andaluzas de ecografía en Medicina de Familia, donde se incluyen resúmenes de las comunicaciones que han sido aceptadas y defendidas. Gracias por vuestra colaboración".



El proverbio chino “**una imagen vale más que mil palabras**” se puede traducir literalmente como el significado de ***una imagen puede expresar diez mil palabras....***

La imagen es amable. Capta en un solo impacto. O hace aborrecer. Es adictiva. Es viral. Es abierta. Y sugerente. Inspira. Distingue. Posiciona. Ubica. Nos invita a explorar y a querer saber más. **Nos ayuda a diagnosticar.**

Dolor y quemazón en pierna tras caída

Bajo Ramos J, Gallardo Ramírez M, Yera Cano R

Médico Residente. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de la consulta

Bultoma en Miembro Inferior Izquierdo (MII).

Historia Clínica

Paciente que viene con bultoma en MII de dos días de evolución tras caída accidental.

Enfoque individual

- Antecedentes personales: Cataratas, varices, hipercolesterolemia, hipotiroidismo, hipertensión arterial.
- Anamnesis: Bulto en MII, doloroso.
- Exploración: Inflamación y hematoma en cara interna del tercio inferior del muslo del MII. Doloroso a la palpación y aumento de temperatura local.
- Pruebas complementarias: se realiza Radiografía sin lesiones óseas y Eco de miembro inferior en el que se aprecia hematoma organizado pretibial y trombo en safena izquierda.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Juicio clínico: Trombosis venosa superficial (TVS).

Diagnóstico diferencial: Patologías que pueden simular una TVS que afectan las extremidades inferiores incluyen infecciosas, traumáticas, inflamatorias, vasculares. Linfangitis, hematomas, tendinitis, celulitis, miositis, abscesos, tromboflebitis superficial.

Identificación de problemas: Diagnóstico y tratamiento por atención primaria o derivación a hematología para tratamiento y evolución.

Tratamiento, planes de actuación

Anticoagulante (Clexane®) de 60mg durante 20 días.

Evolución

Trascurridos 18 días la paciente acude a consulta por otro motivo donde es reevaluada ecográficamente sin visualización de trombo aunque permanece pequeño hematoma.

Conclusiones

La tromboflebitis o trombosis venosa superficial (TVS) es una inflamación de una vena del sistema venoso superficial debido a la presencia de un coágulo (trombo) en su interior. Es un problema bastante común y que aparece con mayor frecuencia en mujeres.

La TVS puede aparecer sobre una vena sana o sobre una vena varicosa (variz). Pueden aparecer en cualquier zona del cuerpo. La aparición de una trombosis sobre una vena sana generalmente se debe a la presencia de una enfermedad subyacente que favorece que la sangre tenga mayor predisposición a coagular y, por tanto, a formar trombos (como un tumor, enfermedades hematológicas o enfermedades autoinmunes).

Palabras clave: thrombosis, anticoagulants, pain.

Ecografía en el diagnóstico y tratamiento del quiste de Baker

Gallardo Ramírez M, Bajo Ramos J, Ortiz Viana M

Médico Residente. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de la consulta

Gonalgia izquierda.

Historia Clínica

Paciente que acude por dolor en rodilla izquierda de semanas de evolución. Refiere que el dolor es similar al que tuvo en la otra rodilla tras un esguince jugando al baloncesto hace más de un año.

Enfoque individual

Enfoque individual:

- Anamnesis: gonalgia izquierda sobre todo con algunos movimientos
- Antecedentes Personales: Bloqueo de Rama Derecha del Haz de Hiss, Hemibloqueo Antero-Inferior izquierdo, Hipercolesterolemia, Depresión Reactiva.
- Exploración: no inflamación, no rubor no calor. No signo de rebote, no cepillo, no cajones ni bostezos. No dolor a la palpación de la interlínea. Apley negativos. No bostezos, ni cajones. Limitación de flexo-extensión. Huevo poplíteo ocupado, inflamación. Se palpa bultoma en hueso poplíteo de aproximadamente 2cm de diámetro, bordes no bien delimitados, adherido a planos profundos, doloroso a la palpación.
- Pruebas Complementarias: ecografía.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Juicio clínico: Quiste de Baker.

Diagnóstico diferencial: absceso, adenopatía, neoformación, trombosis venosa profunda.

Identificación de problemas: Abordaje desde atención primaria o derivar a centro hospitalario para diagnóstico y tratamiento.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento: drenaje ecoguiado de Quiste de Baker con infiltración de Trigon Depot.

Plan de actuación: Paracetamol 1g un comprimido cada 8h durante 8 días, Ibuprofeno 600mg un comprimido cada 8h durante 8 días.

Evolución

Evolución: El paciente se encuentra asintomático con recuperación total de la movilidad.

Conclusiones

Conclusión: Quiste de Baker es una acumulación de líquido sinovial que se forma en hueso poplíteo. Puede causar algo de molestia o rigidez, inflamación dolorosa o indolora detrás de la rodilla. Algunas veces, el quiste se puede romper y causar dolor, inflamación y hematoma en la parte posterior de la rodilla y la pantorrilla.

A tener en cuenta: se puede realizar diagnóstico y tratamiento con ecografía en atención primaria para esta patología sin necesidad de derivación a centro hospitalario.

Palabras clave: Baker, inflamación, gonalgia.

Utilidad de la Ecografía Clínica en Insuficiencia Cardíaca: Un hallazgo no esperado

Terroba Nicolás M¹, Ibáñez Leal R², López Palmero S³

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Periferia. Almería

²MIR 3^{er} año de Cardiología. Servicio Cardiología Hospital Torrecárdenas. Almería

³FEA Medicina Interna. Servicio Medicina Interna Hospital Torrecárdenas. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria y Medicina Interna.

Motivos de la consulta

Aumento progresivo de disnea.

Historia Clínica

Varón de 52 años de edad con antecedentes personales de cardiopatía isquémica y factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial y dislipemia).

En tratamiento con bisoprolol 5mg, enalapril 20mg y atorvastatina 80mg.

Enfoque individual

Enfermedad Actual: cuadro clínico de varias semanas de evolución consistente en aumento progresivo de la disnea, tornándose a mínimos esfuerzos y reposo, ortopnea, episodios de disnea paroxística nocturna, nicturia y edemas periféricos.

Exploración Física: moderada sensación de enfermedad. Consciente, orientado. TA: 120/80 mmHg. Fc: 100 lpm. Fr: 25 rpm. Sat.O2: 89. IVY a 45°. AC: RR a 100 lpm, con ritmo de galope. AR: crepitantes húmedos en tercio inferior de ambos hemitórax. Abdomen: ligera hepatomegalia dolorosa y reflujo hepato-yugular. MMII: Edema pretibial bilateral con fovea.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Insuficiencia Cardíaca GF III/IV NYHA descompensada con FEVI reducida.

Trombo mural en ventrículo izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación

Anticoagulación al menos 3 meses y alta, tras estabilización, con seguimiento por su médico de familia.

Evolución

Se realiza historia clínica, incluyendo exploración mediante ecografía clínica, objetivando una cardiopatía estructural: VI ligeramente dilatado, con disfunción sistólica moderada, alteraciones segmentarias de la contractilidad, imagen hiperecogénica adherida a la pared ventricular en territorio septo-apical, junto con regurgitación mitral moderada, derrame pleural bilateral y ligero despegamiento pericárdico en saco anterior.

Su evolución es favorable tras ajuste de tratamiento para insuficiencia cardíaca e inicio de anticoagulación tras hallazgo trombótico.

Conclusiones

La ecocardiografía clínica se propone como una extensión de la exploración física, permitiendo una valoración básica y semicuantitativa del corazón, que incluye la estimación visual de la función sistólica global del ventrículo izquierdo, dimensiones de cavidades, detección de derrame pericárdico, valvulopatías significativas y estimación de volemia.

Las ventajas potenciales de esta técnica incluyen un tiempo breve para realizar el estudio, alta disponibilidad, buena calidad de imagen de los nuevos dispositivos y coste relativamente bajo.

Este caso ilustra la utilidad de la ecografía clínica, realizada por médico no cardiólogo, en un paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, como complemento de la historia clínica, que mostró un hallazgo no esperado (trombo mural del ventrículo izquierdo), gracias al cual se consiguió poder tratar una complicación potencialmente fatal para el paciente.

Dolor abdominal con masa abdominal epigástrica acompañante

Rodríguez Pappalardo V¹, García López A², Ye T³

¹Centro de Salud de Camas. Sevilla

²Médico de Familia. Centro de Salud de Camas. Sevilla

³MIR 1er año MFyC. Centro de Salud de Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de la consulta

Mujer de 44 años de edad que acude a consulta de su médico de familia por presentar molestias a nivel abdominal en mesogastrio desde hace al menos 6 meses.

Historia Clínica

La paciente acude a consulta por tener dolor de espalda y notarse el abdomen más distendido. No tiene fiebre ni cambios en el hábito intestinal. Además se ha notado una masa dura por encima del ombligo que le preocupa ya que inicialmente no le dolía pero en las últimas semanas tiene molestias.

Enfoque individual

Sin antecedentes personales de interés. En la exploración se palpa una masa en mesogastrio de consistencia dura no dolorosa al tacto superficial aunque a la palpación profunda despierta dolor. No presenta signos de irritación peritoneal. Asimismo se palpa una hepatomegalia que llega hasta fosa ilíaca derecha. Se le realiza una ecografía abdominal en el centro de salud que muestra un hígado aumentado de tamaño (el polo inferior llega a fosa iliaca derecha) con ecoestructura distorsionada por la existencia de innumerables quistes de diversos tamaños, destacando el mayor a nivel de lóbulo hepático izquierdo en región epigástrica de 7.4 cm de eje máximo con contenido ecogénico en su interior. Vesícula biliar no identificable. Vena porta permeable y de calibre normal. Ambos riñones con múltiples quistes corticales bilaterales el mayor de unos 35 mm en riñón izquierdo.



Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Poliquistosis hepatorenal con hepatomegalia severa.

Tratamiento, planes de actuación

El objetivo del tratamiento es el control de síntomas. Esta paciente derivó a la consulta de aparato digestivo para seguimiento de las lesiones y valorar si precisaba tratamiento farmacológico y/o quirúrgico.

Evolución

Hasta el momento dado que tanto la función hepática como la renal están conservadas se ha planteado una actitud conservadora sin precisar tratamiento farmacológico ni quirúrgico. Se le realizarán pruebas de imagen de forma periódica para evaluar el tamaño de los quistes y comprobar que no afectan a otras estructuras adyacentes.

Conclusiones

La ecografía abdominal es el método diagnóstico de elección en la poliquistosis hepatorenal.

Dolor e inflamación en miembro inferior izquierdo

Ortiz Viana M, Yera Cano R, Gallardo Ramírez M

Médico Residente. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria.

Motivos de la consulta

Dolor en miembro inferior izquierdo.

Historia Clínica

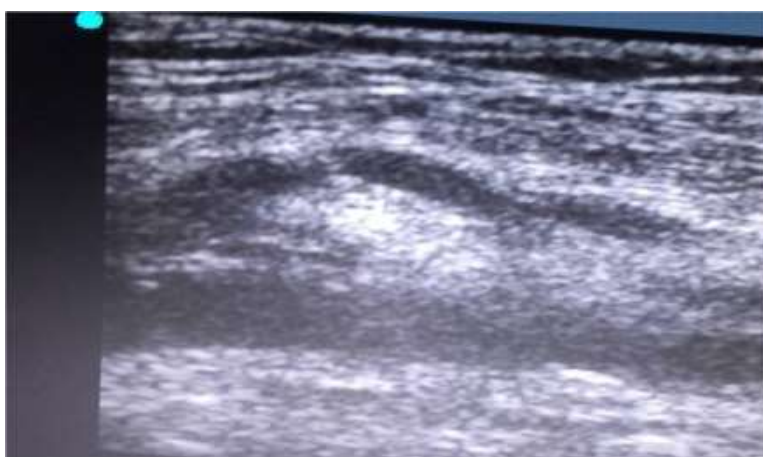
Paciente que refiere dolor e inflamación de pierna izquierda de 24 horas de evolución.

Enfoque individual

Enfoque individual: antecedentes personales: neoplasia de labio y recto, laringuectomía supraglótica, artrosis, hernia de hiato, esofagitis, fractura inestable de la primera vértebra lumbar, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), síncope cardiogénico, queratitis actínica, hiperplasia benigna de próstata, ingreso en Medicina Interna tres semanas antes por neumonía. Tratamiento: salmeterol/propionato de fluticasona, tamsulosina/dutasteride, metamizol, lisinopril, diosmina/hesperidina, omeprazol, cloboprida.

Anamnesis: Acude a consulta de Urgencias del Centro de Salud por dolor en miembro inferior izquierdo desde hace 24 horas.

Exploración: buen estado general. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular, roncus aislados. Abdomen anodino. Extremidad inferior izquierda: aumento del diámetro y temperatura, rubicunda, edema con fovea, signo de Homans positivo, dolorosa a la palpación. Pruebas complementarias: analítica de sangre: hemograma normal, creatinina 1,24 mg/dL. Modelo de Wells: cuatro puntos (edema, Homans positivo, diámetro mayor de tres centímetros con respecto a la pierna contralateral, ingreso de más de tres días en el último mes). Ecodoppler realizado en consulta: vena poplítea no compresible, dilatada con material ecogénico en su interior y con interrupción de doppler color.





Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Juicio clínico: trombosis venosa profunda. Diagnóstico diferencial: patología osteomuscular, linfovenosa, edema de origen cardíaco, hepático, renal, celulitis.

Identificación de problemas: paciente con poca adherencia al tratamiento.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento: 80 mg de enoxaparina cada doce horas. Planes de actuación: Cita con su médico de familia al día siguiente

Evolución

Favorable. Derivación a hematología que repite ecodoppler encontrando material ecogénico que ocupa tercio medio y distal de la vena femoral superficial, poplítea y tronco tibioperoneo. Se anticoagula con enoxaparina y acenocumarol hasta que INR (International Normalized Ratio) se encuentre entre dos y tres. Posteriormente, sólo acenocumarol entre tres y seis meses. Seguimiento por su médico.

Conclusiones

Más de 3 puntos en modelo de Wells: alta probabilidad de trombosis venosa profunda e indicación de ecodoppler (independientemente del dimero D).

La ecografía aumenta la capacidad de resolución, disminuye la incertidumbre diagnóstica, acorta el tiempo de atención en situaciones urgentes y mejora las derivaciones a especialistas.

Caída fortuita con traumatismo de hombro derecho

Martínez Chaves V, Caraballo Ramos I, Berchíd Débdi M

Médico de Familia. Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria

Motivos de la consulta

Caída fortuita con traumatismo hombro derecho.

Historia Clínica

Mujer de 80 años con antecedentes de HTA, Gonartrosis y obesidad tipo I, que sufre una caída con traumatismo sobre el hombro derecho.

Enfoque individual

Acude por dolor y limitación para la movilización.

Dolor a la palpación en zona externa del hombro por debajo del acromion.

Dolor intenso a la movilización pasiva y activa del mismo, sobre todo la abducción y la elevación

Se realizar Rx de hombro que fue normal.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Traumatismo de hombro. Contusión.

Tratamiento, planes de actuación

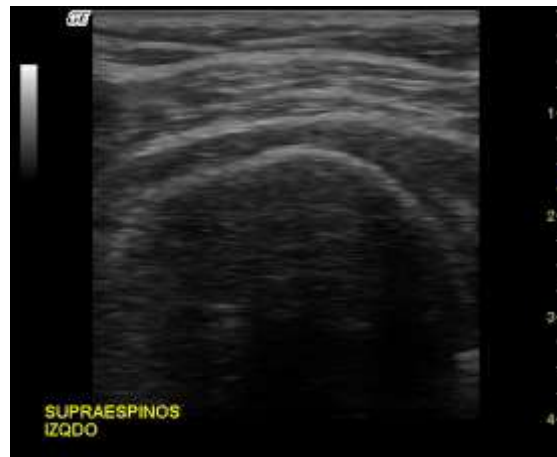
Reposo y analgésicos.

Evolución

A los 10 días empeora el dolor y la limitación funcional mucho más marcada.

Se decide realizar Ecografía de hombro observándose una rotura total del tendón supraespinoso derecho con la clásica imagen de "rueda pinchada" que se hace mucho más evidente en la comparación que realizamos con el hombro sano.





Conclusiones

La ecografía del hombro resulta de gran utilidad para el estudio de toda la patología dolorosa y funcional del hombro, como complemento a la exploración física y al estudio radiológico básico. En el caso de traumatismos como el caso que nos ocupa, resulta de gran utilidad para descartar lesiones del manguito rotador.

Ecografía en centro de salud rural

Martín Álvarez M¹, Expósito Rodríguez F², González Góngora A³

¹MIR de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería

²MIR de 3^{er} Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería

³Médico de Familia Adjunto. Centro de Salud Níjar. Almería

Ámbito del caso

Este caso se desarrolla en un centro de salud rural, a unos 40-45 minutos de distancia del hospital de referencia. Aviso telefónico desde un pueblo a unos 15 minutos de distancia en ambulancia del centro de salud.

Motivos de la consulta

Hombre de 79 años en un restaurante tiene un episodio de segundos de duración de pérdida de consciencia, recuperación completa.

La única información que ofrecen por teléfono es que es cardiópata.

Historia Clínica

El paciente refiere haber estado sometido a altas temperaturas y ha tomado una comida copiosa, ha comenzado a encontrarse mareado y al levantarse para ir al baño ha caído desplomado, pérdida de consciencia de unos segundos, al recuperarse continua mareado, nauseoso, molestia abdominal. No ha tenido relajación de esfínteres, no dolor torácico, según testigos no convulsión.

Enfoque individual

Exploración física: Neurológico: consciente y orientado, pupilas normorreactivas, pares craneales conservados, no alteración motora ni sensitiva

ACR: rítmico, no soplos, ventilación simétrica sin ruidos patológicos.

Abdomen: blando y depresible, globuloso, sin masas ni megalias, leve dolor a la palpación generalizada, conserva ruidos hidroaéreos, no signos de irritación peritoneal.

Tensión arterial: 95/45, DTT 99

Electrocardiograma: ritmo sinusal a unos 100 latidos por minuto, eje izquierdo, QRS estrecho, no alteración de la repolarización.

Se rehidrató al paciente con mejoría de constantes, a pesar de ello persistía malestar general, mareo y molestia abdominal.

Se decidió trasladar a centro de salud:

Ecografía abdominal: aneurisma abdominal de unos 5 cm.

Palpación de pulsos femorales asimétricos, no se consigue palpar pedios.

El paciente recuerda que esta en seguimiento por "una arteria de la barriga", no recuerda tamaño ni tiene informes.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Síncope. Aneurisma de la Aorta. Golpe de calor

Tratamiento, planes de actuación

Rehidratación intensiva vía intravenosa. Derivación a hospital de referencia.

Evolución

En urgencias hospitalaria se repitió ecografía por radiólogo: aneurisma infrarrenal 4.8 cm. Fue valorado por cirugía vascular, programó intervención por rápido aumento de tamaño.

Conclusiones

Claramente esta paciente se benefició de haber sido atendido por un médico de familia formado en ecografía y que dispone de medios para realizarla, en caso contrario probablemente hubiera sido dado de alta con diagnóstico de síncope tras tratamiento sintomático, pasando por alto la evolución de su aneurisma.

Diagnóstico inesperado de tumor vesical mediante ecografía abdominal en Atención Primaria

Martín Jiménez A¹, Valle Gallardo V², Ruz Franzi I³

¹Médico de Familia. FEA de Urgencias. Hospital de Poniente. Almería

²Médica Adjunta. Centro de Salud Vélez Rubio. Almería

³Médico Adjunto. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de la consulta

Dolor fosa renal derecha y hematuria.

Historia Clínica

Atendemos en urgencias del centro de salud a un varón de 61 años, que acude por dolor en fosa renal derecha desde hace semanas. Como antecedentes destaca ser fumador de 20-30 cigarrillos/día y bebedor habitual. En la exploración, el abdomen es doloroso a la palpación en flanco derecho, con puñopercusión renal derecha positiva. Solicitamos tira de orina que resulta positiva para hematíes y leucocitos. Se diagnostica como cólico renal, pautando tratamiento analgésico y derivamos a su Médico de AP para seguimiento.

Días más tarde, volvemos a atender al paciente con el mismo cuadro clínico, esta vez refiere hematuria acompañante. Observamos en su historial clínico numerosas visitas a urgencias, tanto en hospital como en nuestro centro por el mismo motivo. Vemos que ya ha sido derivado a urología y la primera cita tendrá lugar dentro tres meses aunque no tiene realizada Ecografía abdominal pese a las numerosas visitas a urgencias hospitalaria por lo que decidimos realizar una ecografía abdominal.

Enfoque individual

Realizamos ecografía abdominal donde observamos dilatación de ambos uréteres, adelgazamiento de parénquima sugestivo de hidronefrosis. En vejiga se halla una masa excrecente sugestiva de neoplasia.

Hidronefrosis



Tumor vesical



Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Neoplasia vesical.

Diagnóstico diferencial cólico renal: Pielonefritis aguda, apendicitis, obstrucción intestinal, diverticulitis, pancreatitis, infarto renal, disección aórtica, tumor renal, lumbo-ciatalgia.

Tratamiento, planes de actuación

Con estos hallazgos derivamos de manera preferente y dirigida a consulta de hematuria donde se confirma neoplasia vesical, y en la que actualmente realiza seguimiento.

Conclusiones

En este caso se reporta el diagnóstico inesperado de un tumor vesical mediante ecografía abdominal en AP, lo que permite fundamentar la importancia de esta técnica desde el primer nivel asistencial y la disponibilidad de ecógrafos en los centros de salud y la formación en esta técnica.

Por tanto, la capacitación en ecografía en AP y siempre complementando a la anamnesis y a la exploración física, puede aportar una orientación diagnóstica y terapéutica extra que nos permita derivar de una manera más precoz y precisa al especialista según la patología y evitar así múltiples citas y demoras en el diagnóstico.

Ecografía como apoyo en la deshabituación alcohólica en Atención Primaria

Martín Jiménez A¹, Valle Gallardo V², Ruz Franzi I³

¹Médico de Familia. FEA de Urgencias. Hospital de Poniente. Almería

²Médica Adjunta. Centro de Salud Vélez Rubio. Almería

³Médico Adjunto. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de la consulta

Visita de seguimiento de deshabituación alcohólica.

Historia Clínica

Varón de 56 años con dependencia alcohólica y antecedentes de trastorno de la personalidad. Historia previa de abandonos terapéuticos, actualmente se encuentra en abstinencia de 4 meses con tratamiento con sustancias aversivas realizando visitas de seguimiento en AP. Reticente tanto para seguimiento en atención especializada como para controles en centro de tratamiento en drogodependencias.

Se trata de un sujeto que reside en un área con factores de riesgo de exclusión social. Mantiene hábito enólico importante desde hace aproximadamente 30 años, con ingesta media de al menos 5 UBEs diarias. Ha realizado múltiples desintoxicaciones con recaídas. En una de las terapias de desintoxicación generó dependencia a clometiazol, que actualmente en tratamiento con diazepam a dosis decreciente.

Enfoque individual

En una visita de seguimiento a nuestra consulta, realizamos estudio ecográfico in situ para evaluar daño hepático, durante la ecografía aparece imagen hiperecogénica en región pancreática.

Pseudoquistes pancreáticos



Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Por las características del hallazgo planteamos como diagnósticos diferenciales las siguientes entidades: pseudoquiste pancreático, cistadenoma seroso, tumor quístico mucinoso, neoplasia mucinosa intraductal o lesión invasiva maligna

Tratamiento, planes de actuación

Ante el hallazgo se propone derivación urgente para completar estudio que en un primer momento el paciente rechazó, fue poco más tarde en la siguiente visita en la que se consiguió que accediera a ser estudiado por digestivo.

Evolución

Finalmente se confirmó mediante TAC abdominal con contraste intravenoso, hallando dos quistes de 5mm en cabeza y cola pancreática compatible con pseudoquistes pancreáticos. En la actualidad el paciente realiza seguimiento en atención especializada y continúa en abstinencia.

Conclusiones

La ecografía abdominal es la primera técnica a utilizar en el estudio de los tumores pancreáticos, con una sensibilidad en torno al 70%, y una especificidad aproximada del 90% siempre y cuando se realice con una técnica y conocimiento adecuados.

Es indudable que la relación entre la ecografía y la atención primaria es cada vez más estrecha, por esto el manejo de una sistemática básica en ecografía abdominal puede ser importante, más aun para pacientes que rechazan la atención especializada como el de nuestro caso.

Infecciones de orina de repetición, secundarias a mioma uterino

García Martínez F¹, Tortosa García F², Ríos del Moral M²

¹Centro de Salud Virgen del Mar. Almería

²Centro de Salud de Fiñana. Unidad de Gestión Río Nacimiento. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de la consulta

Infecciones del tracto urinario (ITU), no complicadas, de repetición.

Historia Clínica

Paciente hipertensa, sin otros antecedentes de interés.

Enfoque individual

Antecedentes personales: mujer de 75 años, hipertensa en tratamiento con enalapril 10mg/24 horas.

Anamnesis: paciente que acude a consulta por sospecha de ITU, disuria, tenesmo vesical. Refiere ser la tercera en los últimos cuatro meses. Anteriormente ha tenido cultivo positivo para E. Coli, tratados con fosfomicina-trometamol 3gr.

Exploración: (Destaca) genitales externos atróficos.

Pruebas complementarias. Análisis de orina con tira reactiva: Leucocitos 500 wbc/ul, sangre 80 rcb/ul, resto normal.

Ecografía abdomino-pélvica: Ambos riñones de tamaño normal, corteza algo atrofiada acorde con edad de la paciente, pelvis renales no dilatadas, no se visualizan quistes ni litiasis. Vejiga con paredes lisas, sin pólipos en interior, no litiasis, orificio de salida de uréteres sin obstrucción. Ovarios atróficos. En útero se visualiza en cara anterior mioma subseroso, de 5centímetros x 4centímetros.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

- Juicio clínico: ITUs de repetición. Mioma uterino.
- Diagnóstico diferencial: Uretritis, cólico renoureteral.

Tratamiento, planes de actuación

Se instauró tratamiento antibiótico según resultados del urocultivo, y se derivó a la paciente a ginecología y urología para estudio. Se descartaron patología ureterorrenales. Se extirpó el mioma uterino.

Evolución

Tras extirpar el mioma, la paciente no presentó nuevos episodios de ITUs.

Conclusiones

El mioma era la causa de las ITUs de repetición ya que por compresión no permitía el vaciado completo, dejando un residuo post-miccional. Es importante el uso de la ecografía en atención primaria, ya que permite realizar diagnósticos diferenciales tempranos.

Crisis renoureteral izquierda recurrente en mujer de 47 años

Martínez Chaves V, Caraballo Ramos I, Berchíd Débdi M

Médico de Familia. Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de la consulta

Dolor persistente en fosa renal izquierda con polaquiuria y síntomas del tracto urinario inferior.

Historia Clínica

Mujer de 47 años de edad, sin hábitos tóxicos ni alergias conocidas. Antecedentes de migraña y pólipos adenomatosos en colon. Realiza tratamiento con anticonceptivos orales. Consulta por dolor en fosa renal izquierda irradiado a hipogastrio intermitente con polaquiuria, disuria y estranguria. Afebril.

A la exploración abdomen doloroso en hipogastrio y fosa iliaca izquierda sin masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal.

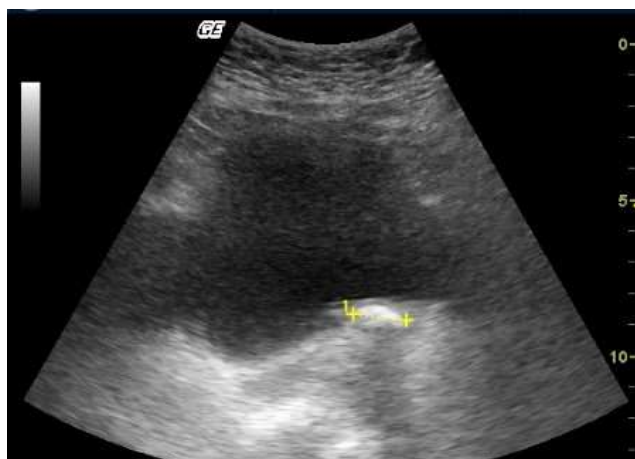
Enfoque individual

Ante la sospecha de crisis renoureteral izquierda, se solicitó ecografía dada su disponibilidad en nuestro centro.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

En la ecografía abdominal se aprecia dilatación del seno renal izquierdo con imagen de litiasis en su interior. Hidronefrosis grado I y litiasis de 1,7 cm de diámetro en la unión uretero-vesical izquierda que la obstruye parcialmente. Jet ureteral visible en la zona afectada por la litiasis.

Cólico nefrítico izquierdo complicado (Hidronefrosis izquierda).



Tratamiento, planes de actuación

Se pauta tratamiento con AINEs y analgésicos por vía oral. Se remite a Urología.

Evolución

Un mes después expulsó vía uretral una litiasis urinaria de 17 mm x 5 mm alargada. La pieza fue remitida a anatomía patológica e informada como litiasis de oxalato cálcico en un 80%.

En un control ecográfico posterior pudimos constatar la ausencia de la imagen de litiasis inicial. El servicio de Urología solicitó UROTAC ante la sospecha de ureteroceles. El TAC fue realizado tras la expulsión de la litiasis e informado como normal. Posteriormente no ha presentado episodios de cólico renal.

Conclusiones

El estudio ecográfico abdominal en Atención Primaria permite confirmar el diagnóstico de patología urológica ante la sospecha clínica y la existencia de posibles complicaciones de forma más precoz que el estudio especializado hospitalario. Además ayuda a afianzar la relación médico-paciente, al confirmar los diagnósticos y facilitar el acceso a las pruebas.

Un hallazgo poco habitual en el control ecográfico de un nódulo tiroideo

Caraballo Ramos I, Martínez Chaves V, Berchíd Débdi M

Médico de Familia. Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de la consulta

Control ecográfico de un nódulo tiroideo.

Historia Clínica

Mujer de 54 años a la que se le realiza estudio ecográfico del cuello para seguimiento de nódulo tiroideo.

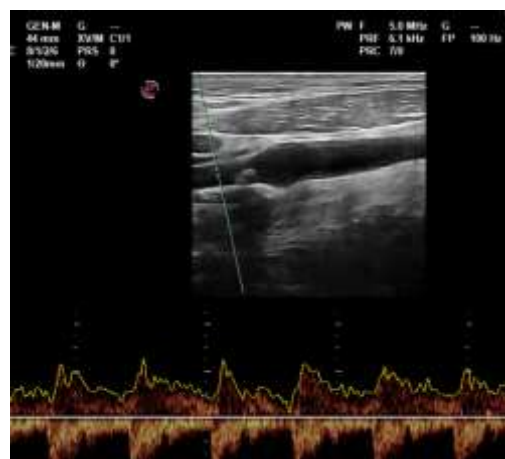
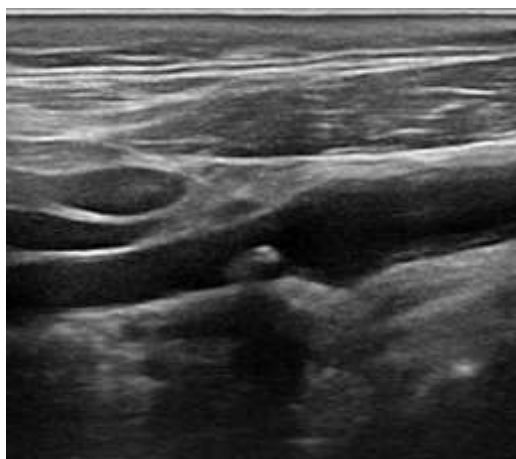
Enfoque individual

Paciente fumadora de un paquete de cigarrillos al día. No presenta antecedentes familiares de interés. Realiza tratamiento de forma crónica con ansiolíticos. Eutiroidea desde el punto de vista funcional.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

En el estudio ecográfico se detecta un ateroma de gran tamaño que condiciona una aparente estenosis carotídea izquierda unido a la íntima por un pequeño pedículo. Próxima a ella se aprecia la existencia de otra placa de ateroma en carótida común izquierda. En carótida común derecha se observan hallazgos similares aunque de menor tamaño.

Se diagnostica a la paciente de enfermedad vascular periférica establecida, considerándose por tanto un riesgo vascular elevado.



Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento con estatina a dosis altas, anticoagulación con heparina subcutánea y se incide especialmente en el abandono del hábito tabáquico. Se remite al Servicio de Cirugía Vascular para valorar el grado de estenosis carotídea.

En el estudio ecográfico de TSA realizado por el Servicio de Cirugía Vascular se informa de una placa calcificada en bulbo carotideo que condiciona una estenosis del 30-50% de la carótida interna. En el eje izquierdo se observa una placa mixta calcificada-blanda en bulbo e inicio de carótida interna con una estenosis del 50-70%.

Al encontrarse la paciente asintomática deciden tratamiento antiagregante y mantienen hipolipemiente a dosis altas.

Evolución

Actualmente la paciente ha abandonado el consumo de tabaco, algo que consideraba imposible hasta el hallazgo ecográfico por su problema de "nervios". Además del tratamiento antes referido toma IECA a dosis bajas.

Conclusiones

Sin duda, en este caso, el fácil acceso en las consultas de Atención Primaria a la ecografía y la formación por parte de los profesionales de Medicina de Familia en la misma, han permitido la detección de una enfermedad vascular silente y el cambio en la evolución de dicha patología, gracias a la implementación de medidas de tratamiento precoces y cambios en el estilo de vida.

Dolor mecánico o torácico... ¿qué se esconde detrás?

Guillén Montero M¹, Segura Vicente P², García Aparicio J²

¹MIR de 4º año. Centro de Salud Abta. Almería

²Médico de Familia. Centro de Salud Abta. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria, hospitalaria (urgencias, cirugía).

Motivos de la consulta

Dolor en hemitórax izquierdo.

Historia Clínica

Paciente de 45 años con linfoma no Hodking MALT gástrico en 2009 tratado con quimioterapia. Remisión en septiembre 2012.

Enfoque individual

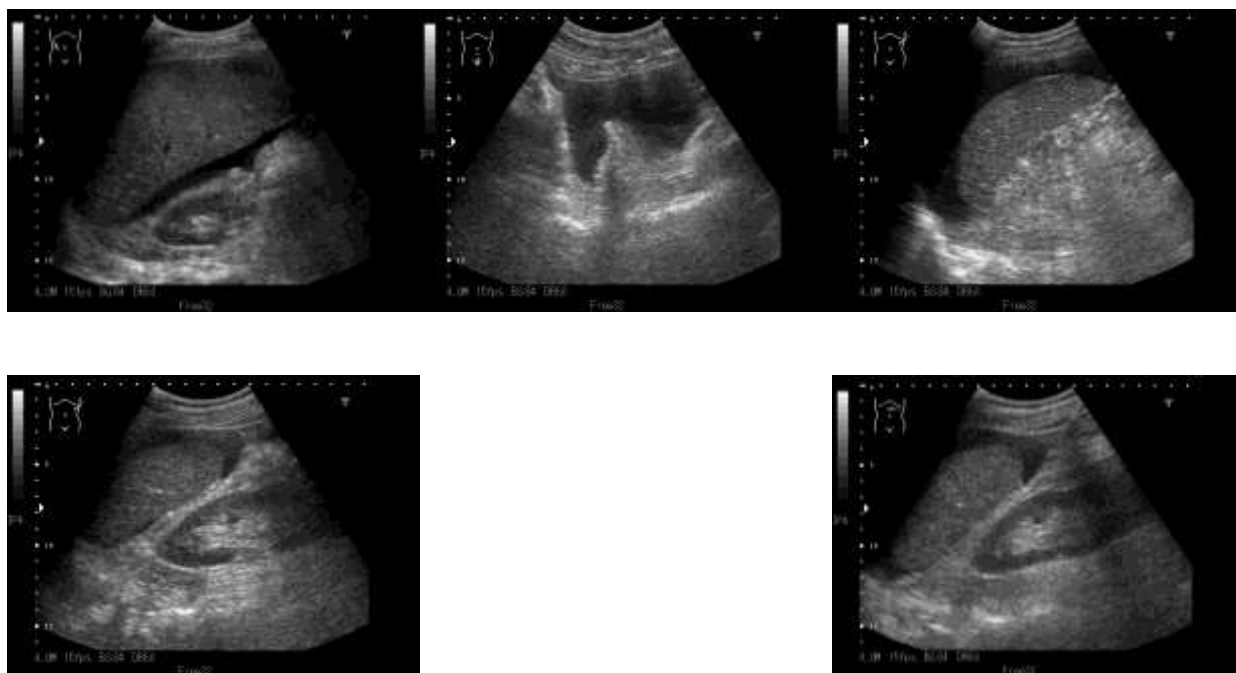
Anamnesis: Acude a urgencias por dolor en hemitórax izquierdo desde el costado hasta el hombro de inicio agudo a las 2:00 de la noche, no se acompaña de cuadro vegetativo y aumenta con los movimientos, dado de alta como dolor mecánico tras descartar patología cardíaca. Por la mañana, el paciente acude a su centro de salud tras hacerse el dolor constante a pesar de la analgesia y ya refiriendo un dolor no solo en costado sino irradiado a flanco izquierdo y que le impide la respiración profunda. Niega cualquier otra sintomatología acompañante, no pérdida de peso aunque si astenia y debilidad de varios meses de evolución.

Exploración: Abdominal: abdomen globuloso, timpanizado, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal ni peritonismo, no palpo masas ni megalias, ruidos presentes.

ECG: ritmo sinusal normal.

Ecografía abdominal: líquido en espacio de morrison, perihepático, esplenorrenal, periesplénico y supravesical con masa abdominal en hipocondrio izquierdo isoecogénica de 120 mm heterogénea con zonas hipoecoicas en su interior.





Urgencias hospitalarias:

Analítica: (a su llegada) Creatinina 1.29, Proteína C Reactiva 1.53, Hemoglobina 11.6, Hematocrito 34%, Leucocitos 13040, Neutrófilos 81%, plaquetas 314 000. (Observación): Hemoglobina 9.8.

TAC Abdominal: masa de densidad heterogénea de dependencia gástrica a nivel de la pared anterior de fundus de 14x11 cm de tamaño. Se aprecia solución de continuidad en la pared del fundus gástrico que alcanza la masa descrita. Los hallazgos son sugerentes de hematoma probablemente secundario a lesión neoplásica gástrica complicada con signos de ulceración asociada. La lesión comprime y desplaza el parénquima hepático. Marcada cuantía de líquido libre de localización perihepática, periesplénica, ambas gotieras paracólicas y en pelvis menor en relación con hemoperitoneo.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Hemoperitoneo en relación a recidiva de linfoma gástrico /Dolor torácico, dolor mecánico, recidiva con hemoperitoneo.

Tratamiento, planes de actuación

Se realiza laparoscopia exploradora reconvertida con drenaje de hemoperitoneo y exéresis de tumoración gástrica con quimioterapia postoperatoria.

Evolución

Buena evolución.

Conclusiones

Este caso nos ayuda a destacar la gran importancia de la ecografía en centro de salud, como un elemento más para complementar nuestra exploración, permitiéndonos excluir o determinar el grado de emergencia de una patología. Con suerte se detectó precozmente el hemoperitoneo sin llegar a afectar a la estabilidad hemodinámica del paciente pudiendo adelantarnos al diagnóstico a pesar de la sintomatología farragosa.

Hematuria macroscópica indolora en varón de 64 años de edad

Caraballo Ramos I, Martínez Chaves V, Berchíd Débdi M

Médico de Familia. Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de la consulta

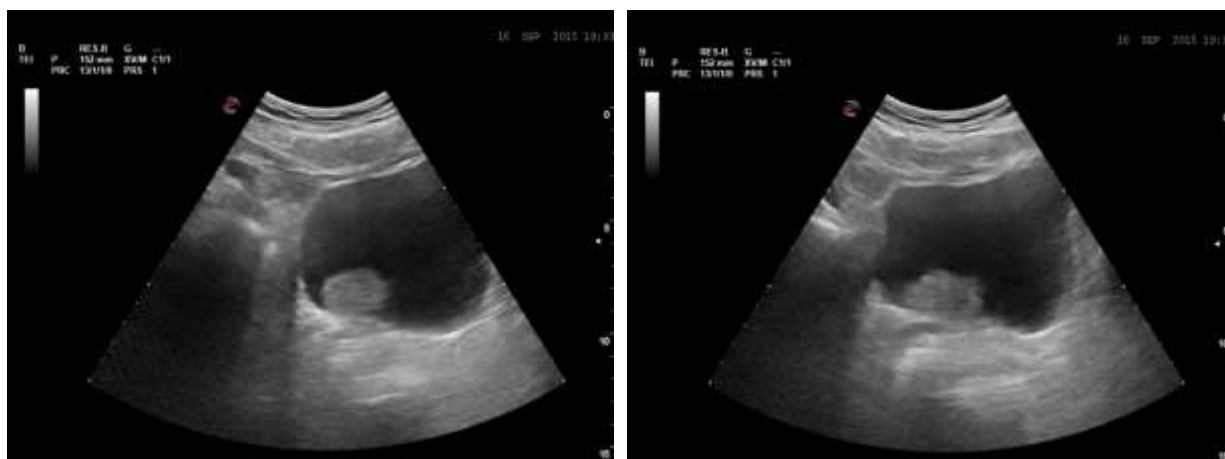
Hematuria macroscópica intermitente e indolora.

Historia Clínica

Paciente de 64 años de edad con antecedentes de hiperuricemia y crisis ocasionales de gota, EPOC, que sigue habitualmente tratamiento con alopurinol 300 mg /día y doble tratamiento broncodilatador, sin alergias conocidas, no fuma desde hace 10 años. Funcionario de profesión. Presenta hematuria intermitente macroscópica indolora desde hace unas 48 horas.

Enfoque individual

Ante la disponibilidad de ecografía en nuestro centro se realiza una ecografía urológica observándose en la pared inferior de la vejiga, una masa excrecente, hiperecogénica, de contornos irregulares, aspecto mamelonado que crece hacia la luz de la misma, sugerente de Ca de vejiga.



Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Sospecha clínica y ecografía de Ca de vejiga se remite de forma preferente a urología

Tratamiento, planes de actuación

Ingreso y tratamiento hospitalario, con resección de tumor y tratamiento posterior con cistostáticos por vía intravesical.

Evolución

Favorable, estando en la actualidad asintomático, libre de enfermedad y sigue revisiones periódicas por urología.

Conclusiones

La ecografía al alcance del médico de familia permite diagnosticar, agilizar los procesos especialmente graves que afectan a nuestros pacientes evitando citas y demoras innecesarias. En nuestro caso al paciente se le evitó una cita para una nueva ecografía ante los evidentes que eran los hallazgos ecográficos que aportaba de su médico de familia.

Doctora tengo algo en el cuello

Luque Ruano A¹, Lora Coronado M²

¹Centro de Salud de Bujalance. Córdoba

²Complejo Hospitalario de Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria en zona rural.

Motivos de la consulta

Tumoración dolorosa en parte anterior de cuello.

Historia Clínica

Mujer de 25 años, tras terminar su grado de educación infantil está preparando oposiciones, vive en casa con sus padres; no alergia a fármacos, no hipertensa, no diabética, episodios de migraña que ceden a AINE.

Anamnesis: Consulta por notar, de forma súbita, tumoración dolorosa en cuello, no fiebre, aumento de dolor a la deglución, no dificultad respiratoria. No alteración de hábito intestinal, ni del sueño ni del peso ni en patrón menstrual, no caída de cabello.

Exploración: Beg, TA: 120/70, CUELLO: Se palpa tumoración dolorosa en cara anterior de cuello en zona izda., móvil no adherida a planos profundos de unos dos cm de tamaño. No se auscultan soplos. Resto de exploración dentro de normalidad.

Analítica: Hemograma, glucosa, perfil hepático y función renal normal. TSH: 1,470

Eco de cuello: Traductor lineal de 5-10mHz. Istmo de ubicación central, bordes y parénquima sin alteraciones. Lóbulo tiroideo derecho e izquierdo con parénquima homogéneo isoecoico, no *zonas hipo ni hiperecogénicas*, se observa posterior a lóbulo izdo. tumoración anecoica de pared fina con bordes bien definidos y sin ecos en su interior de 1,57 x 1,89

Enfoque individual

Ella lo vive con temor por miedo a tener algo de tiroides.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Juicio Clínico: cuadro clínico y exploraciones complementarias hace sospechar Quiste tirogloso.

Diagnóstico diferencial: Lipoma, quiste sebáceo, quiste dermoide, Adenopatía, linfoma.

Tratamiento, planes de actuación

Plan de actuación: Ibuprofeno 600/8 h, continuar estudio con analítica con perfil tiroideo y eco de cuello.

Derivación a Cirugía para valorar tratamiento quirúrgico.

Evolución

Mejoría con la desaparición del dolor y disminución del tamaño del nódulo.

Conclusiones

El Quiste tirogloso es una de las masas más comúnmente localizada en cuello, se presenta en 17% de población general.

La mayoría en línea media sobre membrana hioidea, 23% debajo de este nivel, 15% en región lateral y 2% próximos a agujero ciego.

La complicación más frecuente es la infección recurrente.

El hecho de disponer de ecógrafo y personal formado para hacer ecografía en el medio rural evita derivaciones innecesarias orientando el diagnóstico de forma precisa.

Utilidad de la Ecografía en el Síndrome del Tracto Urinario Inferior

Segura Vicente P¹, Guillén Montero M², García Aparicio J¹

¹Médico de Familia. Centro de Salud Abta. Almería

²MIR de 4º año. Centro de Salud Abta. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de la consulta

Oligoanuria y Síndrome Miccional.

Historia Clínica

Paciente de 43 años con A.P. de litiasis renales de repetición, Síndrome de intestino irritable, cefalea tensional.

Enfoque individual

Enfoque Urgencias Atención Primaria:

Anamnesis: Acude a Urgencias de Centro de Salud por oligoanuria y tenesmo vesical, que se acompaña de molestias urinarias durante la micción.

Exploración: Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación en hipogastrio sin signos de peritonismo. Dolor a la palpación en fosa renal izquierda, con puño-percusión negativa. Ruidos hidroaéreos presentes. No impresiona de globo vesical.

Procedimientos: Se realiza sondaje vesical sin obtenerse orina. Se realiza tira reactiva de orina sin hallazgos significativos.

Plan de Actuación: Se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración.

Enfoque Urgencias hospitalarias:

Tras anamnesis y exploración (similar a la previa) se solicitan:

Pruebas complementarias: Analítica completa con resultado de parámetros dentro de la normalidad, y Urianálisis sin hallazgos significativos. Radiografía de Abdomen sin hallazgos relevantes.

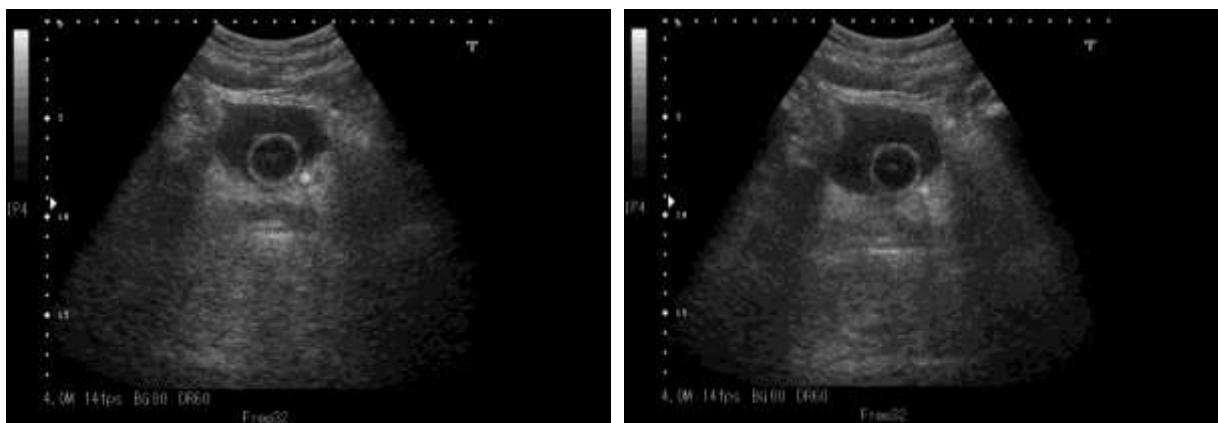
Juicio clínico Urgencias Hospitalarias: Infección del tracto urinario.

Plan de actuación: Sondaje urinario durante tres días. Tratamiento con Antibiototerapia y analgesia oral. Alta a domicilio.

Enfoque en consulta médica de Atención Primaria:

El paciente acude a los dos días a consulta, sin mejoría significativa.

Se realiza ecografía abdominal: hidronefrosis grado 2 con imagen de litiasis de 8-9 mm en salida de uréter izquierdo a vejiga.



Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Diagnóstico diferencial: Infección tracto urinario. Litiasis de origen renal. Prostatismo. Compresión del uréter por masa externa.

Juicio clínico: Litiasis renal en uréter distal izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación

Plan de actuación: Analgesia oral, tamsulosina, e hidratación.

Evolución

Buena evolución tras el tratamiento; expulsión de la litiasis y mejoría clínica con ausencia de sintomatología.

Conclusiones

Como en nuestro caso, no siempre las litiasis de origen renal se manifiestan claramente con la clínica clásica de cólico renoureteral. La ecografía nos evidenció la causa de la sintomatología, y la confirmación de la litiasis en uréter distal, junto con el tamaño del mismo (menor de 10mm), nos permitió valorar introducir la tamsulosina en el tratamiento del paciente. La ecografía demuestra ser una herramienta eficaz que nos ayuda en el diagnóstico diferencial del Síndrome del Tracto Urinario Inferior y nos evitan tratamientos innecesarios.

Hipertransaminasemia que desvela poliquistosis renal familiar

González Góngora A¹, Expósito Rodríguez F², Martín Álvarez M³

¹Médico de Familia Adjunto. Centro de Salud Níjar. Almería

²MIR de 3^{er} Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería

³MIR de 3^{er} Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de la consulta

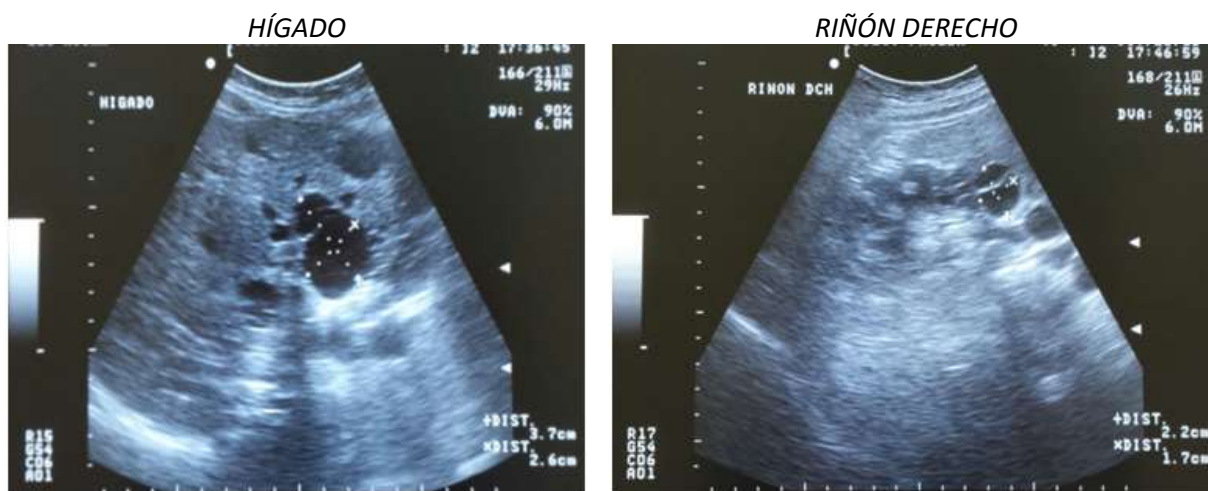
Recogida resultados analítica.

Historia Clínica

Mujer de 26 años que presenta hipertransaminasemia en analítica de rutina, sin otra sintomatología asociada.

Enfoque individual

AP: presbicia, mioma uterino. Bioquímica: creatinina 0.54 mg/dl, urea 42mg/dl, glutamato-oxalacetato transaminasa 84 UI/l, glutamato-piruvato transaminasa 76 UI/l, gamma-glutamil transpeptidasa 14UI/l, proteína C reactiva 0.33 mg/dl. Ecografía abdominal en atención primaria: Hígado de tamaño y morfología normales, con múltiples quistes simples (el de mayor tamaño de 50 mm en LHD). Ambos riñones de morfología normal con múltiples quistes corticales y en el seno renal bilaterales (de 20 mm los de mayor tamaño). Tanto en hígado como en riñones, parénquima de ecogenicidad normal entre los quistes. Páncreas y bazo normales.



Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Antecedentes familiares: abuelo materno nefrodiálisis por poliquistosis renal; madre confiesa seguimiento privado de poliquistosis hepatorenal. Se realiza segunda analítica de control con serología, función renal, metales y reactantes fase aguda normales, hepática similar. Juicio clínico final: poliquistosis hepatorenal familiar.

Tratamiento, planes de actuación

El diagnóstico genético de rutina no está recomendado si el diagnóstico clínico y por imagen es claro, ya que no modifica la actitud terapéutica. En la actualidad no existe ningún tratamiento específico aprobado para frenar la evolución de la enfermedad, solamente debemos controlar los síntomas y prevenir las complicaciones (insuficiencia renal, hipertensión arterial, sobreinfección de quistes...). En el caso de poliquistosis hepática se recomienda limitar/evitar el consumo de estrógenos.

Evolución

La paciente se encuentra asintomática, en seguimiento por digestivo.

Conclusiones

La ecografía es la herramienta diagnóstica de cribaje recomendada para los familiares de un caso índice. La enfermedad poliquística hepática es la manifestación extrarrenal más frecuente. Se define como la presencia de al menos 20 quistes simples en el hígado. La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos. La principal sintomatología deriva de la hepatomegalia, que puede provocar la compresión extrínseca de vecindad.

Retención aguda de orina, ¿causa única o múltiple?

Expósito Rodríguez F¹, González Góngora A², Martín Álvarez M³

¹MIR de 3^{er} Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería

²Médico de Familia Adjunto. Centro de Salud Níjar. Almería

³MIR de 3^{er} Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de la consulta

Retirada de sondaje vesical.

Historia Clínica

Varón que acude a consulta de atención primaria para retirada de sondaje vesical colocado durante un ingreso hospitalario en el que fue intervenido por absceso en metacarpo. El paciente fue sondado para la intervención, y al retirárselo sufrió una retención aguda de orina (RAO). Fue valorado por urología, que indicó sondaje durante 10 días y posterior retirada en su centro de salud. Como causa se asumió una hiperplasia benigna de próstata (HBP), patología diagnosticada en el paciente hace dos años.

Enfoque individual

AP: HBP en tratamiento con tamsulosina, hiperuricemia con crisis gotosas tratadas con alopurinol, hipertensión arterial. Urianálisis: leucocitos y nitritos negativos, hematíes 25. Marcadores tumorales: PSA 7.66 ng/ml, PSA libre 2.91 ng/ml, ratio PSA-L/PSA-T 37.98. Resto anodino. Ecografía abdominopélvica en atención primaria: próstata homogénea con volumen 81 mm³ (HBP severa), vejiga de paredes lisas y contenido homogéneo, formaciones hiperecoicas milimétricas con sombra posterior en pelvis renal izquierda.

PRÓSTATA



RIÑÓN DERECHO



Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Tras los hallazgos ecográficos sugerentes de microlitiasis renal, se realizó al paciente una anamnesis más detallada. El paciente refirió haber padecido durante el ingreso leve dolor en fosa renal izquierda con

irradiación a genitales. Como juicio clínico se asume una posible concomitancia de litiasis renal en un paciente con HBP de base, pudiendo asociarse cierto componente traumático en el sondaje inicial.

Tratamiento, planes de actuación

Cuidados propios del sondaje vesical hasta retirada, aumento de ingesta de líquidos como medida preventiva de otro episodio similar y se asoció dutasteride a la tamsulosina.

Evolución

La sonda vesical fue retirada a los 10 días, y el paciente permaneció asintomático, sin volver a presentar RAO en el último mes.

Conclusiones

El acceso fácil a ecografía en atención primaria permitió valorar probable etiología múltiple en el contexto de clínica y antecedentes del paciente, completando el manejo inicial hospitalario hasta próxima revisión en urología. Es fundamental tener en cuenta la posibilidad de un origen multifactorial tras correcta anamnesis.

¿Por qué no mejoro del dolor?

Lora Coronado M¹, Luque Ruano A²

¹Complejo Hospitalario de Jaén

²Centro de Salud de Bujalance. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias, Cirujano de Guardia.

Motivos de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Mujer de 75 años. Acude a consulta de Atención Primaria por dolor abdominal tras accidente de tráfico hace 10 días, valorada en urgencias descartando patología urgente y dada de alta con tratamiento analgésico. La paciente refiere dolor abdominal generalizado, sensación de ocupación en hipogastrio de días de evolución, y tumoración dura en ambas fosas ilíacas con náuseas,

Enfoque individual

Alérgica a penicilina, HTA, AIT de repetición, demencia. Toma enalapril y AAS.

No vómitos, estreñimiento, ni fiebre. Consciente, orientada y colaboradora, bien hidratada, perfundida, eupneica en reposo. Abdomen: zona hiperémica en hipogastrio con aumento de temperatura, empastado a la palpación, ruidos conservados.

Se realiza ecografía abdominal dirigida a ambas fosas ilíacas- flancos, obsérvense sendas colecciones de contenido heterogéneo anecoico, a nivel de ambas fosas ilíacas y región de hipogastrio de unas dimensiones aproximadas de FID 8.2x2.3 cm, FI 6 cm, Hipogastrio 10cm.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

En el trauma abdominal cerrado lo más importante y grave a descartar es la afectación de grandes órganos, grandes vasos. Lesiones graves de la pelvis, como fracturas y disyunciones pubianas, sacroilíacas o lesiones asociadas como hematomas, colecciones purulentas... etc.

Tratamiento, planes de actuación

Ante los hallazgos ecográficos se deriva a Urgencias Hospitalarias para realización de analítica y Tac de abdomen para especificar la identidad de la colección.

TAC: Colecciones líquidas en tejido celular subcutáneo de pared anterior de abdomen de 2,5x7x7,7 a nivel de FID y otra en hipogastrio de 2,7x 31x 5 sugerentes de hematomas evolucionados.

Evolución

Tras resultados de analítica y tac abdominal, se realiza interconsulta con cirugía que realiza drenaje bajo anestesia con salida de 1.5 litros de material seroso.

Conclusiones

La ecografía es importante en la evaluación del trauma abdominal, es una prueba de imagen portátil, rápida, no invasiva, reproducible, segura con una alta sensibilidad, especificidad y seguridad para el paciente pues se puede realizar tanto en las consultas de atención primaria ayudando a mejorar la clínica del paciente y el diagnóstico; como en la atención Urgente, lo que la convierte en un estudio diagnóstico ideal.

Doctor ¿qué le sucede a mi ojo?

Yera Cano R¹, Ortiz Viana M², Bajo Ramos J³

¹MIR. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

²MIR de 3^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén

³MIR de 1^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de la consulta

Acude a consulta por dolor y pérdida de visión en ojo izquierdo tras ser intervenido de cataratas en dicho ojo hace tres días.

Historia Clínica

Comenzamos preguntando por sus Antecedentes Personales. Posteriormente preguntamos cómo resultó ser la operación de cataratas, qué técnica realizaron y si hubo complicaciones como consecuencia de la intervención. También preguntamos cómo era el dolor que refería, si la pérdida de visión fue brusca o progresiva, si fue precedida de otros síntomas, etc.

Enfoque individual

- Antecedentes personales: Varón de 80 años, no alergias medicamentosas. Padece Hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia renal crónica, hiperplasia benigna de próstata, enfermedad pulmonar obstructiva, entre otras.
- Anamnesis: Acude refiriéndonos que, tras intervención de cataratas en ojo izquierdo hace 72 horas, comenzó con dolor intenso y pérdida de visión brusca en dicho ojo.
- Exploración: Buen estado general, consciente y orientado, bien hidratado y perfundido. Oftalmoscopia: no es valorable debido a una opacificación de los medios. Resto de exploración normal.
- Pruebas complementarias: Ecografía: se aprecia material ecogénico en suspensión que ocupa la cámara posterior, compatible con componente inflamatorio en el contexto de endoftalmitis. Imágenes lineales hiperecogénicas sugerentes de membranas traccionales.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Endoftalmitis. Inflamación facoantigénica, incarceration gel vítreo o iris en la incisión, respuesta a la manipulación de estructuras intraoculares, desprendimiento de membrana. Dificultad para explicar al paciente esta complicación postoperatoria para que pudiera entenderlo perfectamente.

Tratamiento, planes de actuación

Derivación urgente a Oftalmología.

Evolución

Se realizó analítica: leve leucocitosis con neutrofilia, creatinina 2.37, resto de pruebas (anticuerpos nucleares, inmunología, VIH, citomegalovirus, toxoplasmosis, virus herpes simple y varicela-zóster) negativas. Se pautó tratamiento antibiótico adecuado, pero finalmente el paciente perdió la visión en dicho ojo.

Conclusiones

Destacar que la endoftalmitis postoperatoria es una complicación poco frecuente pero muy importante debido a sus severas complicaciones. Es por ello que en las cirugías de catarata se tenga especial precaución, ya que es la cirugía realizada más frecuentemente y donde podríamos hallar con más probabilidad esta complicación. Las armas más eficaces para combatir dicha infección son las medidas de asepsia y esterilización. Recaltar la gran utilidad de la ecografía ocular, una técnica sencilla de usar y muy útil para poder realizar un diagnóstico más rápidamente.

Aumento de tamaño teste derecho en paciente de 28 años

Martínez Chaves V, Caraballo Ramos I, Berchíd Débdi M

Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de la consulta

Aumento de tamaño del testículo derecho, desde hace varios meses. No le ha dado importancia por ser indoloro y no ocasionarle ninguna molestia.

Últimamente le preocupa más al ver que continua aumentando.

Historia Clínica

Varón, 28 años de edad, sin antecedentes de interés, ni alergias conocidas. Trabajador del campo que consulta por aumento de tamaño del teste derecho.

Enfoque individual

Exploración física general normal.

Testículo derecho aumentado de tamaño de forma ostensible, consistencia elástica y homogénea. Indoloro a la palpación. No refiere antecedentes traumáticos ni antecedentes infecciosos.

Ante la disponibilidad de la ecografía en nuestro centro se decide realizarla como complemento a la exploración física siendo los hallazgos los siguientes:

Teste derecho aumentado de tamaño a expensas de una formación nodular sólida de contornos irregulares, ecogénicamente heterogénea, de 3,4x2,7x4 cm de diámetro y con escasa vascularización en el estudio Doppler .

Teste izquierdo y epidídimo normales. Hallazgos compatibles con Ca testicular como primera posibilidad.

Se remite de forma preferente a urología para diagnóstico y tratamiento.



Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Tumoración solida testicular, intraparenquimatosa, sugerente de Ca testicular.

Tratamiento, planes de actuación

Orquiectomía derecha y remisión a oncología para completar tratamiento y control evolutivo.

Tumor de células germinales mixto con un 90% de carcinoma embrionario y un 10% de seminoma clásico.

Evolución

Evolución favorable del paciente, libre de enfermedad y con revisiones periódicas.

Conclusiones

La ecografía en atención primaria es clave para detectar precozmente este tipo de lesiones, pues el testículo es muy accesible al estudio ecográfico, siendo la ecografía muy sensible para detectar patología a este nivel y poder orientar de forma adecuada al permitirnos detectar y ágil a los pacientes, evitando demoras innecesarias.

Molestias en flanco izquierdo y utilidad de la ecografía clínica en Atención Primaria

Flores Martínez J¹, Muñoz Bretones S², Solans Gracia J²

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria de 4º año. Consultorio de Jérez del Marquesado. Granada

²Auxiliar de Enfermería. Hospital General Básico de Baza. Granada

³Enfermero. Consultorio de Jérez del Marquesado. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de la consulta

Molestias en flanco izquierdo.

Historia Clínica

Se recoge en siguientes apartados.

Enfoque individual

Antecedentes personales: Varón de 20 años de edad sin antecedentes de interés.

Anamnesis: Acude a nuestra consulta de Atención Primaria refiriendo molestias punzantes en flanco izquierdo, de forma intermitente en el último mes, y por lo demás, bastante inespecíficas, leves y sin repercusión en el estado general. Tras hallazgos ecográficos en Atención Primaria se deriva para ratificarlos.

Exploración: Anodina.

Pruebas complementarias: Ecografía de Atención Primaria: destaca en seno renal izquierdo imagen hipoeoica sugerente de dilatación pélvica. Analítica con creatinina y urianálisis normales. Ecografía y TAC abdominopélvico hospitalarios: dilatación pielocalicial izquierda siendo el uréter de calibre normal probablemente en relación a estenosis pieloureteral.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Probable estenosis de la unión ureteropélvica izquierda. Diagnóstico diferencial con otras causas obstructivas de dilatación pielocalicial.

Tratamiento, planes de actuación

Inicialmente petición de ecografía hospitalaria y actitud expectante. Tras ratificación ecográfica y con TAC se deriva a Urología. Se programa seguimiento del paciente con control de la función renal en consulta de Atención Primaria.

Evolución

Paciente paucisintomático. Pendiente de completar estudio en Urología con urograma intravenoso.

Conclusiones

El síndrome de la unión pieloureteral consiste en un fallo en el transporte de orina desde la pelvis renal al uréter, condicionando una dilatación piélica y calicial del riñón afecto. Las causas congénitas intrínsecas son las más frecuentes (segmento aperistáltico del uréter, estenosis ureteral verdadera, inserción alta del uréter), siendo las causas congénitas extrínsecas y las adquiridas menos frecuentes (compresión extrínseca por vasos aberrantes; pólipos; fibrosis; etc...). Su importancia radica en el hecho de que puede condicionar un deterioro de la función renal, dar sintomatología obstructiva, infecciones de repetición o hipertensión arterial de origen renal. Estos hechos se consideran indicación quirúrgica. El caso que nos ocupa se presenta con una sintomatología leve e inespecífica, y una exploración anodina, complicadas de filiar. La realización de ecografía desde Atención Primaria en este caso ha permitido evaluar de forma más completa e inmediata al paciente, correlacionando esa clínica con un hallazgo concreto y proporcionando la posibilidad de derivar correctamente orientado al paciente hasta el nivel hospitalario. Presentamos este caso como muestra de la gran utilidad de la ecografía clínica en nuestra consulta.

La importancia de la ecografía en los síndromes del tracto urinario inferior (STUI)

Tortosa García F¹, Ríos del Moral M¹, García Martínez F²

¹Centro de Salud Fiñana. Almería

²Centro de Salud Virgen del Mar. Almería

Ámbito del caso

Urgencias atención primaria (AP).

Motivos de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Varón 54 años fumador de 20 cigarrillos/año. Alérgico a la Penicilina. Apendicectomía y vasectomía.

Enfoque individual

Anamnesis: Acude a urgencias de AP por presentar desde hace dos semanas molestias abdominales de predominio en epigastrio con sensación de pesadez e hinchazón postprandial, náuseas sin vómitos. El dolor alivia con la ingesta pero reaparece a los 30 minutos. En tratamiento con omeprazol con mejoría parcial del dolor. No alteración del hábito intestinal. Afebril. Además pérdida de peso no cuantificable, astenia y debilidad de varios meses de evolución.

Antecedentes de episodios de igual características de casi un año de evolución que atribuye a la toma de ibuprofeno, por molestias urinarias con disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y hematuria. Diagnosticándolo de cólico renal y síndrome prostático por lo que se le pautó tamsulosina 1/24 horas sin mejoría alguna. En otras ocasiones atribuyeron el cuadro miccional a infección tracto urinario. Pautándole antibióticos también sin mejoría.

Exploración: aceptable estado general. Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, no signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias.

Comburtest: normal

Ecografía abdominal AP: Hígado de ecoestructura y tamaño normal sin LOES. Vesícula alitiásica y de paredes no engrosadas. Vía biliar no dilatada sin litiasis en su interior. Riñones de tamaño y ecoestructura normal sin litiasis. Páncreas normal. Lesión isoecoica excrecente e irregular de 4x4 en la pared de vejiga sugerente de carcinoma vesical.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Carcinoma vesical / pólipo vesical, litiasis vesical, coágulo vesical, cuerpos extraños.

Tratamiento, planes de actuación

Derivado a urología donde se le realizó resección transuretral y quimioterapia postoperatoria.

Evolución

Citoscopias de control con vejiga de paredes lisas sin evidencia de neoplasia en el momento actual.

Conclusiones

Destaca la importancia ecográfica en urgencias de AP en los STUI, como una herramienta auxiliar más para complementar nuestra exploración, permitiéndonos llegar al diagnóstico de una patología tan relevante. Se detectó un carcinoma vesical que fue subsidiario de cirugía, con sintomatología de casi un año de evolución, con retraso en el diagnóstico y diagnósticos erróneos y confusos, tratamientos innecesarios, que de no ser por la ecografía el pronóstico hubiese sido fatal.

Tumores subcutáneos: ecografía antes de intervenir

Ríos del Moral M¹, Tortosa García F¹, García Martínez F²

¹Centro de Salud Fiñana. Almería

²Centro de Salud Virgen del Mar. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria (AP).

Motivos de la consulta

Bultoma abdominal.

Historia Clínica

Paciente de 55 años con antecedentes de hepatopatía alcohólica y esteatosis hepática. Infarto agudo inferolateral no Q. Hernia de Hiato. Intervenido de hernia discal lumbar y hernia inguinal derecha. No tratamiento habitual.

Enfoque individual

Anamnesis: Acude a consulta por presentar desde hace más de 7 años una tumoración en epigastrio que ha ido aumentando de tamaño, con dolor leve a moderado, haciéndose más intenso con la práctica de ejercicio. Ya valorada por digestivo hace unos años, durante su seguimiento de hepatopatía, y fue derivado a cirugía por sospecha de lipoma para valorar intervención quirúrgica pero el paciente no acudió. Niega sintomatología digestiva alguna, excepto pirosis.

Exploración: buen estado general, bien hidratado y perfundido. Signos de hepatopatía crónica. No asterixis.

Exploración abdominal: abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo.

Palpación de una tumoración dolorosa al tacto en epigastrio.

Analítica: Colesterol total 214; Bilirrubina total: 1,31 (Directa: 0.45 e indirecta: 0.86); Gammaglutamiltransaminasa: 385 y Aspartatransaminasa: 42.

Ecografía abdominal AP: Hígado de ecoestructura y tamaño normal sin LOES. Vía biliar alitiásica y de paredes no engrosadas. Vía biliar no dilatada sin litiasis en su interior. Riñones de tamaño y ecoestructura normal sin litiasis. Páncreas normal.

Ecografía de partes blandas: Imagen heterogénea subcutánea de 43x13 mm que comunica con cavidad abdominal sugerente de hernia de pared abdominal.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Hernia epigástrica/ Tumores de partes blandas, como el lipomas, metástasis, etcétera...

Tratamiento, planes de actuación

El paciente fue derivado a cirugía general para intervención quirúrgica.

Evolución

Buena evolución tras cirugía.

Conclusiones

Este caso destaca la importancia de la ecografía de partes blandas, como una herramienta perfecta, ante la sospecha de tumores subcutáneos, antes de intervenir. Nos permitió poder evaluar la región y establecer el diagnóstico correcto de una patología totalmente diferente, que de haber intervenido mediante cirugía menor nos hubiésemos llevado una gran sorpresa. Es pues una herramienta auxiliar de suma importancia, invaluable para realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades clínicas que cursan con aumento de volumen en la región abdominal, sobre todo en casos de difícil diagnóstico.

No todo dolor en fosa renal es un cólico nefrítico litiásico

Guillén Montero M¹, García Aparicio J², Segura Vicente P²

¹MIR de 4º Año. Centro de Salud Abta. Almería

²Médico de Familia. Centro de Salud Abta. Almería.

Ámbito del caso

Atención primaria y atención especializada (Urología).

Motivos de la consulta

Dolor en fosa renal derecha.

Historia Clínica

Enfoque individual: Paciente de 51 años con antecedentes de fibromialgia, bloqueo completo de rama derecha, trastorno adaptativo mixto, mastopatía fibroquística. Tratamiento habitual: amitriptilina 25 mg y paracetamol 1g.

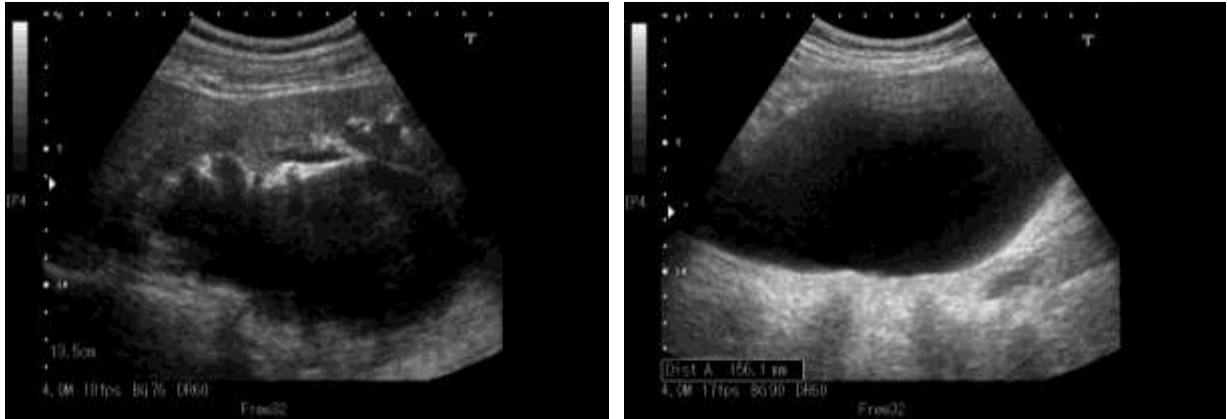
Enfoque individual

La paciente acude a consulta de su centro de salud por presentar dolor en fosa renal derecha que se irradia hacia genitales, sin vómitos ni síndrome miccional. No fiebre. Este dolor se ha repetido en tres ocasiones a lo largo de este mes, por lo que ha consultado tanto en centro de salud como hospitalariamente con diagnóstico de cólico renal derecho.

Exploración abdominal: dolor leve a la palpación en hipogastrio blando y depresible, no masas ni megalias, no signos de peritonismo, Murphy y Blumberg negativo con puñopercusión derecha dudosa. Comburtest: leucocitos ++, resto normal.

Ecografía abdominal (Centro salud): imagen anecoica ovalada de 160 x 81 mm en flanco derecho que parece depender de riñón derecho. Resto normal.





Se derivó a Urología:

Ecografía Abdominal: Ectasia pielocalicial bilateral, sobretodo derecha con mayor dilatación de pelvis, parcialmente extrarrenales. Valorar estenosis pieloureteral.

Gammagrafía con Tecnecio 99, renograma diurético: ectasia obstructiva derecha por estenosis pielouretral con afectación parenquimatosa.

Urograma I.V.: estenosis en la unión pieloureteral derecha ya diagnosticada, y la pielectasia izquierda sin estenosis de la unión.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Estenosis pielouretral derecha / Cólico renal derecho, estenosis pieloureteral derecha.

Tratamiento, planes de actuación

Se decide cirugía electiva de la unión pieloureteral derecha con pieloplastia que inicialmente fue vía laparoscopia finalizándose cirugía abierta.

Evolución

Buena evolución clínica.

Conclusiones

En nuestro caso la ecografía nos sirvió para que definir un dolor que se encuadraba como cólico renal simple, y poder derivarlo para un tratamiento definitivo de una patología como es la estenosis pieloureteral de difícil diagnóstico sin una prueba de imagen.

Diagnóstico ecográfico de la patología del hombro en Atención Primaria

Navarro González E¹, Santamaría Godoy A², Peralta Ortiz F²

¹MIR de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Río Nacimiento. Almería

²Médico de Familia Adjunto. Unidad de Gestión Clínica Río Nacimiento. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria (AP).

Motivos de la consulta

Dolor en hombro derecho.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Tratamiento habitual con enalapril 20mg y metformina 850mg. Casada y convive con su hijo menor y su marido. Independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Anamnesis: Desde hace 3 meses dolor e impotencia funcional progresiva en hombro derecho, no irradiado, que cede parcialmente con analgesia habitual y dificulta las ABVD.

Exploración: Dolor a la presión en parte anterior de hombro derecho. Arco doloroso positivo, Maniobra Apley positiva, maniobra de Jobe positivo. No alteraciones cutáneas. No alteración vasculonerviosa.

Enfoque individual

Pruebas complementarias: Radiografía de hombro que manifiesta signos de artrosis acromioclavicular bilateral. Ecografía de hombro realizada en primaria: en hombro derecho derrame en corredora bicipital, calcificación laminar del subescapular. Signo de la tuberosidad desnuda sugerente de rotura completa de tendón supraespinoso (TSE). En hombro izquierdo se aprecia TSE engrosado y heterogéneo sugerente de tendinosis con derrame en bursasubacromiodeltoidea. Signos degenerativos en articulación acromio-clavicular bilaterales.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Se descarta dolor referido cervical o patología cardiopulmonar. Nos centramos en la patología osteomuscular del hombro relacionada con TSE, tendón largo del bíceps, bursitis deltoidea o patología escápulo-humeral. Juicio clínico: bursitis subacromiodeltoidea izquierda, tendinosis del tendón supraespinoso izquierdo, artrosis acromioclavicular bilateral y rotura completa del TSE derecho, confirmado con los hallazgos ecográficos

Tratamiento, planes de actuación

La paciente rechaza tratamiento en rehabilitación y se consensua tratamiento analgésico y tabla de ejercicios para realizar en domicilio.

Evolución

Evoluciona favorablemente con buen control del dolor y recuperación progresiva defuncionalidad del hombro

Conclusiones

El síndrome del hombro doloroso es un motivo de consulta muy frecuente. Se estima que el 95% de los pacientes son tratados en atención primaria. El diagnóstico se realiza por medio de una valoración médica sistemática. La ecografía realizada por el médico de familia es una herramienta magnífica para confirmar la sospecha diagnóstica evitando derivaciones innecesarias a centros hospitalarios y adecuando el plan de actuación al paciente y a su patología.

Diagnóstico precoz de un cuadro de obstrucción intestinal en Atención Primaria

Navarro González E¹, Santamaría Godoy A², Peralta Ortiz, F²

¹MIR de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Río Nacimiento. Almería

²Médico de Familia Adjunto. Unidad de Gestión Clínica Río Nacimiento. Almería

Ámbito del caso

Urgencias atención primaria (AP), consulta de AP y atención hospitalaria (AH).

Motivos de la consulta

Dolor abdominal y vómitos.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Varón caucasiano de 68 años con alergia a diclofenco, cáncer de colon intervenido hace 20 años, eventración intestinal intervenida, episodio de subsoclusión intestinal, politectomía. Hipertrofia benigna de próstata con resección transuretral y poliartritis. Tratamiento habitual: calcio carbonato 2,5 mg/colecalciferol.

Anamnesis: Acude a urgencias de AP en dos ocasiones el mismo día por cuadro de vómitos con contenido alimenticio y dolor abdominal postprandial junto con estreñimiento desde hace tres días y ausencias de ventosidades. Se prescribió, tras descartar abdomen agudo, omeprazol, metoclopramida, metamizol y dieta blanda. No presentó mejoría en 24 horas, por lo que consultó a su médico de atención primaria. Se realizó nueva anamnesis y exploración física con aceptable estado general, discreta palidez piel, con ligera deshidratación. Abdomen distendido, doloroso a la palpación generalizada de predominio en flanco derecho con dudosos signos de peritonismo. Disminución de los ruidos hidroaéreos con algunos ruidos de lucha.

Ecografía AP: Asas dilatadas de intestino delgado y de colon con líquido libre entre asas sugerente de oclusión intestinal

Enfoque individual

Tras la valoración del paciente, se decide traslado a hospital para ampliar estudio y plan terapéutico. En el hospital se realiza TAC abdominal con resultado de patrón obstructivo de dilatación de asas del delgado con cambio abrupto de calibre en un segmento de asas. Mínima cantidad de líquido libre. No neumoperitoneo ni colecciones

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Se descarta causas extraabdominales de dolor abdominal agudo. Se establece un diagnóstico diferencial con las patologías que causan síndrome de abdomen agudo, enfocando a obstrucción intestinal y vólvulo. Tras la valoración de las pruebas complementarias se diagnosticó de obstrucción intestinal.

Tratamiento, planes de actuación

Se realiza de urgencias laparotomía exploratoria con resección brida sin resección intestinal. Antibioterapia, analgesia habitual, reposo relativo y dieta rica en fibra. Alta hospitalaria con seguimiento por su médico de AP

Evolución

Favorable, sin incidencias postquirúrgicas.

Conclusiones

La ecografía en urgencias de atención primaria puede ser una herramienta muy útil para determinar patologías de abdomen agudo, y acortar tiempo vital para el paciente para un diagnóstico certero y un plan terapéutico adecuado.

Incidentaloma ecográfico con latido fetal positivo

Guillén Montero M¹, Tortosa García F³, García Aparicio J³

¹MIR de 4º Año. Centro de Salud Abta. Almería

²Centro de Salud Fiñana. Almería

³Médico de Familia. Centro de Salud Abta. Almería.

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de la consulta

Dolor en fosa renal izquierda.

Historia Clínica

Paciente de 21 años sin pareja actual conocida. No antecedentes personales de interés.

Enfoque individual

Acude a urgencias del centro de salud en dos ocasiones, por dolor en fosa renal izquierda con irradiación a hemiabdomen izquierdo diagnosticándose de cólico nefrítico izquierdo en tratamiento con fosfomicina y diclofenaco. Al no mejorar el dolor acude a su centro de salud. El dolor se acompaña ahora de vómitos y febrícula de hasta 37.5ª, con síndrome miccional.

Exploración: puño percusión renal izquierda positiva. Tira de orina: leucocitos ++, hematíes +.

Ecografía centro de salud: Abdominal: riñones de morfología y tamaño normal sin visualización de imágenes sugerentes de litiasis ni hidronefrosis. Intraútero se detecta feto único con latido fetal positivo y correspondiente a edad gestacional de 14 semanas, (cuya existencia no era conocida por la paciente).

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Gestación de 14 semanas no conocida con muy dudoso cólico nefrítico asociado / Diagnóstico diferencial del dolor abdominal: cólico biliar, infección tracto urinario, etcétera.

Tratamiento, planes de actuación

Seguimiento de embarazo normal.

Evolución

A raíz del diagnóstico no nuevas consultas por dolor.

Conclusiones

Este caso destaca la importancia de la ecografía en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

Sospechamos que el motivo de consulta fue una estrategia para conseguir la realización de una ecografía y así confirmar la sospecha de la paciente. Creemos que de esta forma quiso evitar el conflicto familiar ante la noticia de un embarazo sin pareja conocida.

De no haber sido por la ecografía la paciente habría sido sometida a tratamientos innecesarios y potencialmente lesivos para el feto.

Doctor, me duele el espolón

Cutiño Ruiz D, Pérez Delgado de Torres M, Rodríguez Pappalardo V

Centro de Salud Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivos de la consulta

Talalgia derecha.

Historia Clínica

Mujer de 38 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus y Obesidad que consulta en Centro de Salud por talalgia derecha de una semana de evolución, que relaciona con espolón calcáneo. Ya le había ocurrido en otras ocasiones. No fiebre ni otros síntomas a la anamnesis por aparatos.

Enfoque individual

A la exploración, la paciente únicamente presentó talalgia a la palpación y a la deambulación. Sin signos inflamatorios locales. Pulsos periféricos conservados. Se realizó Radiografía de pie derecho (AP y lateral) que no mostró alteraciones (tampoco espolón calcáneo).

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Fascitis Plantar.

Tratamiento, planes de actuación

Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas. Plantillas de descarga. Reposo relativo. Pérdida de peso.

Evolución

A las 2 semanas reconsulta por ausencia de mejoría, y se realizó infiltración en talón con anestésico y corticoide. 72 horas después, consultó de nuevo en Urgencias Hospitalarias; a la exploración presentaba signos inflamatorios locales. Se realizó Ecografía urgente de pie derecho: "En la planta del pie izquierdo, en el espesor del tejido celular subcutáneo se aprecia una formación de contornos mal delimitados de 26 x 18 mm, heterogéneo predominantemente hipoecogénico, con trabeculación del tejido graso adyacente e hiperemia vascular. No contacta con estructuras vasculares ni tendones extensores del dorso del pie. Afectación flemonosa de tejido celular subcutáneo con posible coalescencia / abscesificación". Se indicó antibioterapia empírica. Desaparecieron los signos inflamatorios y el dolor mejoró. Dos semanas después reconsulta por mismo motivo y se deriva a consultas de Aparato Locomotor, donde la paciente fue diagnosticada de Fibromatosis Plantar (y complicación infecciosa por la infiltración).



Conclusiones

El caso expuesto manifiesta una de las muchas potenciales utilidades que la implementación de la Ecografía en Atención Primaria (AP) tiene. De haberse realizado en primera instancia, hubiese supuesto no solamente un ahorro de recursos sanitarios (dos consultas en centro de salud, una en urgencias hospitalarias y dos tratamientos), sino una mejoría de la atención y de la evolución de la paciente. Dotar a los Médicos de Familia de recursos diagnósticos y terapéuticos acompañados de formación y de tiempo debe ser prioritario para salvaguardar un Sistema Sanitario de calidad.

Eritrocitosis y ecografía abdominal en Atención Primaria

Ruz Franzi I¹, Hurtado Soriano R², Gragera Hidalgo M³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

²MIR de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

³Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de la consulta

Astenia generalizada y mareos.

Historia Clínica

Paciente de 83 años con historia clínica de astenia generalizada, además de mareos y vértigos así como náuseas ocasionales. Pérdida de peso no cuantificada.

Enfoque individual

Entre sus antecedentes destaca cardiopatía isquémica (infarto de miocardio), colecistectomía y hernia de hiato. Exploración física dentro de la normalidad. En la analítica inicial destaca una ferropenia (con ferritina menos de 12) y Hb: 14,8; VCM: 79,4. además de hierro: 33, ácido úrico 8,7 y LDH: 331. Se pautó hierro oral. A los tres meses, persistía la clínica de astenia y mareos acompañándose además de moderado prurito generalizado. Se volvió a realizar una nueva analítica persistiendo la ferropenia (ferritina menos de 12), con Hb: 19,4 Y HEMATOCRITO 61,5%. En la exploración física destaca una dudosa esplenomegalia, 1 través por debajo del reborde costal izquierdo. Se realiza ecografía abdominal en el centro de salud destacando la aparición de esplenomegalia, además de quistes renales bilaterales. Se suspende la administración de hierro oral y se deriva a urgencia hospitalaria.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Probable Policitemia Vera.

Diagnóstico diferencial: síndrome mieloproliferativo; hepatopatías; anemia aplásica; leucemia aguda.

Tratamiento, planes de actuación

Flebotomía semanales y antihistamínico para el prurito.

Evolución

Pendiente de estudio de mutación JAK2, masa eritrocitaria y punción de médula ósea.

Conclusiones

La aportación en este caso de la ecografía en Atención Primaria con diagnóstico de esplenomegalia, junto a la anamnesis, exploraciones físicas y analítica, permite enfocar y mejorar la derivación del paciente al ámbito hospitalario

Sd Mieloproliferativo y ecografía abdominal en Atención Primaria

Hurtado Soriano R¹, Frutos Hidalgo E², Ruz Franzi I³

¹MIR de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

²Centro de Salud Olivillo. Cádiz

³Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de la consulta

Astenia generalizada y pérdida de peso.

Historia Clínica

Paciente de 75 años de edad con astenia generalizada y pérdida de peso desde hace 2 meses aproximadamente. Se acompaña de síntomas depresivos. Hace un mes acudió a Psiquiatría, siendo tratado con escitalopram 20 mg y lorazepam 1 mg. Ante la falta de mejoría, acudió a consulta de Atención Primaria.

Enfoque individual

Entre sus antecedentes clínicos destaca haber padecido una gastrectomía Billroth II por ulcus sangrante, criterios de EPOC, isquemia crónica grado III en miembro inferior derecho por obliteración distal e ictus isquémico en territorio carotídeo derecho. Tabaquismo activo. Exploración física, dentro de la normalidad. Se solicita analítica destacando en el hemograma: Hb 11,9 VCM 72,3 leucocitos 11.020 neutrófilo 8.470; resto serie blanca normal; plaquetas 580.000. En la bioquímica: ferritina 15; LDH: 352 FA 155; GGT 72 resto normal; Vit B12 y fólico normales. Se realiza ecografía abdominal, observando un bazo aumentado de tamaño con diámetro longitudinal aproximado de 15 cm, así como adenopatías peripancreáticas. Además se aprecia un quiste simple en riñón derecho. Es derivado a consulta externa de Hematología de forma preferente.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Síndrome Mieloproliferativo Crónico tipo 2 JAK2 positivo.

Diagnóstico Diferencial: con otras trombopatías adquiridas (hepatopatías, macroglobulinemia de Waldenström, leucemia aguda, anemia aplásica).

Tratamiento, planes de actuación

Sintomático.

Evolución

Revisiones periódicas por servicio de Hematología y Médico de Familia.

Conclusiones

La ecografía abdominal en este caso, nos permitió el diagnóstico de esplenomegalia, que junto a la sintomatología clínica, la exploración física y la analítica, permitió un adecuado enfoque en la derivación del paciente al ámbito hospitalario.

Recidiva de carcinoma vesical. Carcinoma renal adyuvante

Ruz Franzi I¹, Hurtado Soriano R², Andrés Vera J³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

²MIR de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

³Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de la consulta

Hematuria.

Historia Clínica

Paciente de 57 años de edad, que acude a la consulta de atención primaria por dos episodios aislados de hematuria en tres semanas.

Enfoque individual

Entre sus antecedentes personales destaca haber sido intervenido de carcinoma vesical (resección transuretral de vejiga urinaria) hace siete meses. Además, fibrilación auricular (cardioversión eléctrica). Ex-fumador. A la exploración física, abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. Puño percusión renal negativa bilateral. Se realiza tira de orina, resultando positiva a leucocitos y hemáties. Posteriormente, se realiza ecografía abdominal, observándose un engrosamiento asimétrico de la vertiente derecha y superior de la pared vesical de morfología pseudonodular sugestiva de neoplasia vesical. . Se deriva al paciente a Urología (consulta de hematuria), confirmándose el diagnóstico de carcinoma vesical. Además, y a través de Uro-TC se identifica una lesión nodular excrecente en polo superior del riñón izquierdo.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Neoplasia Vesical recidivante. Nódulo renal izquierdo compatible con neoplasia renal.

Tratamiento, planes de actuación

RTU vesical: resección en su totalidad y con márgenes de seguridad con extracción de fragmentos y coagulación intensa.

Evolución

Pendiente de Nefrectomía izquierda.

Conclusiones

El caso clínico actual presenta el diagnóstico de recidiva de carcinoma vesical y neoplasia vesical concomitante. A través de la ecografía abdominal realizada en Atención Primaria, se aporta una adecuada orientación diagnóstica al nivel hospitalario, evitando demoras en el diagnóstico.

Mujer de 63 años con infecciones urinarias de repetición

Hurtado Soriano R¹, Gragera Hidalgo M², Ruz Franzi I³

¹MIR de 1^{er} Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

²Centro de Salud Olivillo. Cádiz

³Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de la consulta

Infecciones urinarias de repetición.

Historia Clínica

Paciente afecta en este último año de cinco episodios de infecciones de repetición. No hematuria. Tras el último episodio, con disuria intensa y síndrome febril, acude a consulta de medicina de familia.

Enfoque individual

Sin antecedentes clínicos de interés, excepto tabaquismo activo. Exploración física: abdomen blando y depresible, sin dolor a la palpación, sin masas ni megalias. Puño percusión renal bilateral negativo. Analítica de sangre dentro de la normalidad y analítica de orina con leucocitos y hematíes positivos. Se realiza ecografía abdominal en Atención Primaria, apreciándose en vejiga una lesión sugestiva de malignidad de unos 3-4 cm, de aspecto papilar en cara inferior-derecha. Es derivada con carácter preferente a consulta externa de urología, siendo diagnosticada de neoplasia vesical.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Neoplasia vesical.

Diagnóstico diferencial: pielonefritis; infarto renal; neoplasia renal.

Tratamiento, planes de actuación

RTU vesical: se visualiza dos lesiones vellosas y polipoideas de 1-1,5 cm de tamaño cada una, localizadas en suelo y cara lateral-derecha. Se reseca las lesiones en profundidad y su estudio anatomopatológico es descrito como Carcinoma Urotelial Papilar de bajo grado.

Evolución

En la actualidad, con óptima evolución. Control por el Servicio de Urología.

Conclusiones

La práctica de ecografía abdominal en Atención Primaria, permitió en este caso la facilitación del diagnóstico de neoplasia vesical en una mujer de más de 60 años. De esta forma, la ecografía abdominal en el ámbito de la Medicina de Familia se vislumbra como una herramienta útil y pragmática como orientación diagnóstica.

Diagnóstico incidental de angiomiolipoma renal

Hurtado Soriano R¹, Ruz Franzi I², Frutos Hidalgo, E³

¹MIR de 1^{er} Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

²Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

³Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de la consulta

Dolor en hipogastrio y ambas fosas iliacas.

Historia Clínica

Mujer de 57 años que acude por dolor moderado en hipogastrio y ambas fosas iliacas, irradiado en cintura a zona lumbar. Sin fiebre, sin náuseas ni vómitos. No disuria. No hematuria.

Enfoque individual

Presenta antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes tipo II. Consumo de riesgo de alcohol. Tabaquismo activo. Exploración física: abdomen blando y depresible con dolor a la palpación en hipogastrio. Puño-percusión renal negativa. Analítica: hemograma, bioquímica y orina dentro de la normalidad. Urocultivo: se aísla *Escherichia coli*. La ecografía abdominal presentó imágenes ecogénicas en ambos riñones, a nivel de parénquima renal. El tamaño de dicha imagen en el riñón derecho es de 7,6 mm y en el izquierdo de 9,9 mm. Además, la ecografía abdominal también mostró a nivel hepático una ecogenicidad discretamente aumentada y de forma difusa a nivel de parénquima. Fue tratada de la infección de orina mediante antibioticoterapia. Es derivada al servicio de Urología, para valoración de dichas imágenes ecogénicas renales.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Angiomiolipoma bilateral. Esteatosis Hepática leve.

Diagnóstico Diferencial: nefrolitiasis; tumores malignos renales (hiper nefroma; tumor de Wilms); otros tumores benignos renales (adenoma, hemangioma, reninoma, fibromas y leiomiomas).

Tratamiento, planes de actuación

Actitud conservadora con vigilancia periódica anual del tamaño de los Angiomiolipomas.

Evolución

Si el volumen del tumor es menor de 4 cm se sigue una actitud conservadora con vigilancia periódica. Si es mayor de 4 cm o sintomático (lumbalgia, hematuria), se indica nefrectomía parcial o embolización del tumor.

Conclusiones

La aplicación de la ecografía abdominal en atención primaria en este caso clínico, permitió el diagnóstico incidental de angiomiolipoma, descartándose otra patología urológica y permitiendo la correcta derivación al servicio de urología.

Colelitiasis como "signo premonitorio" de una pancreatitis aguda

Ruz Franzi I¹, Hurtado Soriano R², Andrés Vera J³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

²MIR de 1^{er} Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

³Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de la consulta

Dolor periumbilical y vómitos.

Historia Clínica

Paciente mujer de 56 años de edad, que acude a consulta de Atención Primaria por presentar desde hace tres meses náuseas y vómitos postprandiales, además de dolor epigástrico ocasional. Dicho cuadro lo responsabilizaba a episodios de gastroenteritis. No fiebre. No disuria.

Enfoque individual

Antecedentes personales de trastorno por consumo de alcohol, lobectomía superior derecha por carcinoma epidermoide de pulmón, criterios de broncopatía crónica. Apendicectomía; Ex-fumadora. Tras acudir a consulta por náuseas y vómitos ocasionales, Exploración analítica: Abdomen: blando y depresible; dolor en región periumbilical, ambos hipocondrios. Murphy negativo. Se solicita analítica, destacando una glucemia de 172, GOT: 81; GPT: 162; BT/BD: 4,97/3,88. Resto de los parámetros analíticos dentro de la normalidad. Radiografía de tórax normal. Se realiza Ecografía abdominal: hígado de superficie lisa sin lesiones focales; vesícula biliar con múltiples cálculos de pequeño tamaño ecogénico con sombra sónica. No signos de colecistitis. Páncreas de aspecto normal. Se realiza derivación a Digestivo.

Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial / Identificación de problemas

Colelitiasis múltiple de pequeño tamaño.

Diagnóstico diferencial: esofagitis de reflujo, úlcera péptica, angina de pecho, pancreatitis aguda.

Tratamiento, planes de actuación

En la fase aguda: analgésicos, espasmolíticos. Dieta pobre en grasas; procinéticos. Abstinencia de alcohol.

Evolución

Se realizó derivación a Digestivo. Tres semanas después del diagnóstico de colelitiasis y esperando la cita a Digestivo, presenta en el domicilio un cuadro de dolor epigástrico agudo y fiebre. Intoxicaciones alcohólicas en días previos. Es derivada a Urgencias Hospitalaria, siendo diagnosticada de pancreatitis aguda. Es dada de alta a domicilio, quedando pendiente de colecistectomía electiva. Previamente se realizará colangioRM debido a la dilatación de la vía biliar extrahepática.

Conclusiones

La ecografía abdominal realizada en el ámbito de la Atención Primaria, y en este caso de dolor abdominal, permitió orientar dicha sintomatología. Su utilidad está fuera de toda duda en procesos de dolor abdominal que se presentan en el ámbito de la Medicina de Familia. Su rentabilidad, permite realizar un adecuado abordaje y orientación diagnóstica.

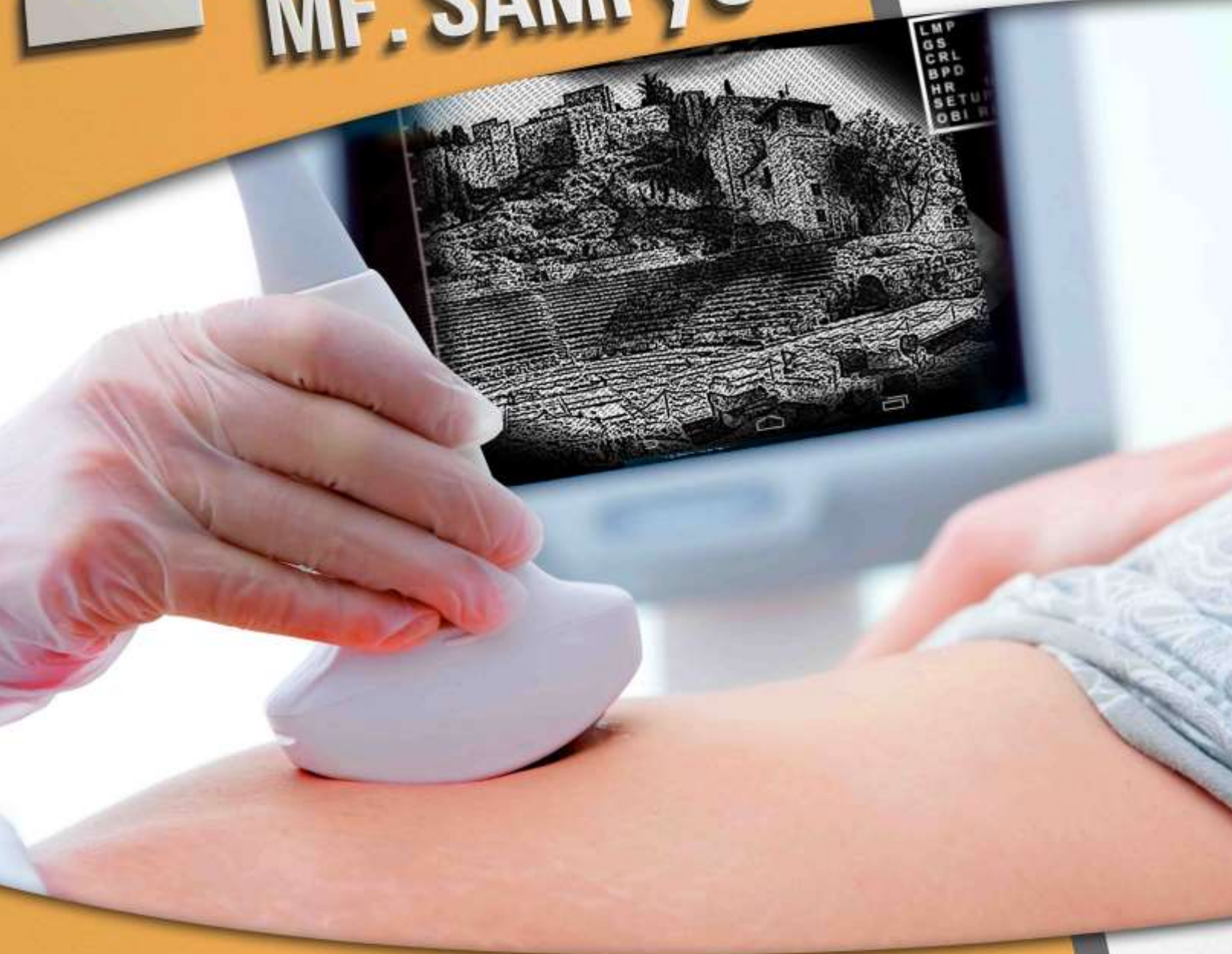
Fundación

SAMFyC

2^{AS} JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFÍA EN MF. SAMFyC

9 y 10 de
Junio

Ilustre Colegio
Oficial de Médicos
de Málaga



MÁLAGA 2017

<http://www.jornadasecografiasamfyc.com> • info@jornadasecografiasamfyc.com

acm congresos médicos

Asociación de Congressos Médicos S.L. - 11005, Málaga - T: 952 223 136 - F: 952 223 136
www.congresosmedicos.com - info@congresosmedicos.com

