

5. Ríos Zambudio A, Conesa Bernal C, Munuera Orenes C, Pascual Lledó FJ, Fajardo Motos D. Campaña informativa sobre la donación y trasplante de órganos en escolares. *Aten Primaria* 1998;21:623-6.
6. Ríos A, Conesa C, Munuera C, Fajardo D. Aplicación inicial de una campaña informativa sobre donación y trasplante de órganos en niños de zonas rurales. *Rev Esp Pediatr* 1998;54:414-7.

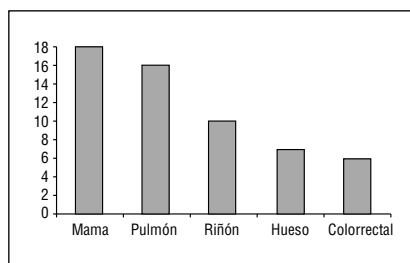


Figura 1. Tumores que más frecuentemente metastatizan en la cavidad oral (expresada en porcentaje sobre el total de tumores metastásicos).

Metástasis a distancia de adenocarcinoma de esófago. Presentación de un caso clínico

Introducción. Los tumores metastásicos en la cavidad oral son poco frecuentes, y representan alrededor del 1% de todos los tumores malignos que asientan en esa cavidad. La región molar y retromolar mandibular es la zona donde con más frecuencia asientan las metástasis¹. Las partes blandas intraorales se ven afectadas en menor proporción, y la encía adherida es la que se ve afectada con más frecuencia. El 70% de las metástasis orales se manifiesta después de presentarse el tumor primario². Los tumores que más frecuentemente metastatizan en la cavidad oral son los primitivos de mama, pulmón y riñón (fig. 1). En cuanto a la clínica, las metástasis orales pueden presentarse de forma asintomáticas o manifestarse como tumor, dolor, úlcera, parestesias, hemorragia, periodontitis, trismo, fractura patológica³. En el estudio radiológico se aprecia con mayor frecuencia una lesión osteolítica radiolúcida con márgenes mal definidos⁴, y en un 5% de los casos no habrá cambios radiológicos evidentes⁵.

Caso clínico. Varón de 63 años de edad con antecedentes personales de adenocarcinoma de tercio distal de esófago, intervenido hacía 4 meses (no refiere otras afecciones de interés) que acude a la consulta de atención primaria por presentar una lesión ulcerosa en la cavidad oral de un mes de evolución. A la exploración de la cavi-

dad se apreciaba una lesión ulcerada sobre el molar superior izquierdo, con fondo blanquecino y bordes eritematosos mal definidos, de unos 2 cm de diámetro mayor. El resto de la exploración general fue irrelevante. Se inició un tratamiento empírico con antibioterapia y enjuagues con agua de sal. Se revisó a la semana, observándose que la lesión había crecido y presentaba incluso un abombamiento en el fondo vestibular superior izquierdo y en el paladar duro. Se derivó a cirugía maxilofacial para diagnosticar la lesión e iniciar el tratamiento. La lesión intraoral fue biopsiada, y el estudio anatomopatológico informó de una metástasis de adenocarcinoma de esófago. En el estudio radiológico simple se evidenció una imagen de osteólisis en el hueso maxilar superior izquierdo y la ocupación del seno maxilar izquierdo. La exploración cervical para valorar el estado de las cadenas ganglionares fue negativa. La tomografía computarizada (TC) orofacial mostraba una invasión local. Se realizó un estudio de la extensión de la metástasis mediante gammagrafía ósea, que demostró la existencia de lesiones óseas sugerentes de malignidad sobre el maxilar superior izquierdo, la pelvis derecha, la séptima vértebra dorsal y la parrilla costal derecha. La lesión oral fue creciendo en un corto período y el paciente falleció tras una hemorragia masiva de la cavidad oral.

Discusión y conclusiones. El adenocarcinoma primario de esófago es un tumor relativamente infrecuente en nuestro medio (es más frecuente en China y Japón). La aparición de una lesión metastásica en la cavidad oral es, en general, un signo de mal pronóstico, pues evidencia una enfermedad neoplásica diseminada e indica una evolución fatal. El tiempo que transcurre entre la aparición de la metástasis oral y la muerte

no suele superar unos pocos meses². El tratamiento de las metástasis orales suele ser paliativo. La cirugía se suele llevar a cabo cuando existe un control del tumor primario y no se evidencia más metástasis⁶. En los casos en que la metástasis oral es la única presente, el tratamiento quirúrgico adecuado puede mejorar discretamente el pronóstico.

C.A. Ramos Herrera^a
y J. Sánchez Jiménez^b

^aMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Zona Norte de Córdoba. España. ^bMédico Adjunto. Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.

1. Shankar S. Dental pulp metastasis and pan-osseous mandibular involvement with mamary adenocarcinoma. 1984;22:455-9.
2. Hirshberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastatic tumors to the jaws: analysis of 390 cases. *J Oral Pathol Med* 1994;23:337-41.
3. Hartman GL, Robertson WE, et al. Metastatic carcinoma of the mandibular condyle: report a case. *J Oral Surg* 1973;31:716-20.
4. Bucin E, Andreasson L, Bjorlin G. Metastases in the oral cavity. *Case Reports. Int J Oral Surg* 1982;11:321-5.
5. Summerlin DJ, Tomich CE, Abdelsayed R. Metastatic disease to the jaws. *American Academy of Oral Pathology Annual Meeting. Santa Fe, New Mexico, 13-18 de mayo de 1994.*
6. Van der Kwast. Jaw metastases. *Oral Surg* 1974;37:850-4.

Dolor de cuello y hombro en un varón joven

Introducción. El dolor en la región cervical es uno de los motivos que frecuentemente llevan a los pacientes jóvenes a la consulta del médico de familia. En la mayoría de las ocasiones es de características mecánicas por un mal hábito postural o debido a traumatismos ocasionados por las actividades lúdicas o deportivas que se suelen practicar en estas edades y, generalmente, es el propio paciente quien atribuye el origen de sus mo-

Palabras clave: Cavidad oral. Huesos maxilares. Metástasis. Adenocarcinoma de esófago.

lestias a situaciones reconocibles. Sin embargo, hay que tener presente la posibilidad de que el dolor pueda deberse a otras causas.

Caso clínico. Varón de 20 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a la consulta por presentar un dolor en el hombro y la región laterocervical izquierda de 8 h de evolución, sin relación con traumatismos previos, y que atribuía a una torticólis por adoptar una mala postura, probablemente al dormir. A lo largo del día fue aumentando y no mejoraba a pesar del reposo. El dolor no se irradiaba y no presentaba ninguna otra sintomatología acompañante.

En la exploración física no se objetivaron signos inflamatorios. El dolor no se modificaba a la palpación ni con la movilización activa ni pasiva del hombro. La movilidad del cuello era normal y tan sólo se apreciaba una dudosa contractura de la musculatura cervical que no resultaba dolorosa. La exploración neurológica fue normal así como la auscultación pulmonar. En la auscultación cardíaca se objetivó una crepitación sincrónica con el latido cardíaco. Ante este hallazgo se practicó un electrocardiograma (ECG), que resultó normal.

Ante la sospecha de un enfisema mediastínico se derivó al servicio de urgencias para su confirmación diagnóstica y tratamiento procedente.

En el servicio de urgencias del hospital de referencia se realizaron diferentes pruebas diagnósticas con los siguientes resultados:

1. Analítica con hemograma, bioquímica, función hepática y coagulación normales.
2. ECG normal.
3. Radiología de tórax: reborde radiotransparente en la periferia del corazón y los grandes vasos (fig. 1).

Con la exploración clínica que se realizó, y tras descartar una enfermedad coronaria, pericárdica y abdominal, se interpretó el cuadro como enfisema mediastínico espontáneo.

El paciente permaneció ingresado en el servicio de cirugía torácica en observación, con tratamiento analgésico y oxigenoterapia durante 3 días, tras los cuales fue dado de alta.

Discusión. El dolor en la región laterocervical y escapulohumeral en ocasiones pue-

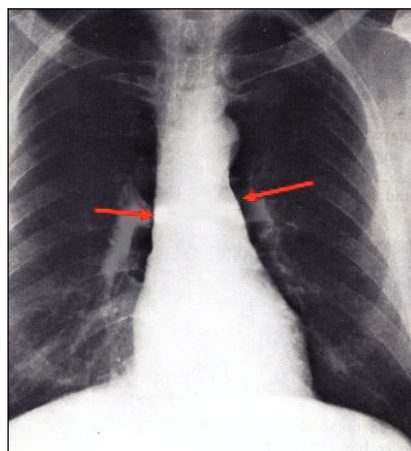


Figura 1. Radiografía posteroanterior en la que se aprecia una sombra radiolúcida alrededor de la silueta cardíaca, compatible con el diagnóstico de enfisema mediastínico.

de ponernos sobre la pista de afección mediastínica o diafragmática, lo que hace necesaria una adecuada exploración física y anamnesis. El signo de Hamman (crepitación sincrónica con el latido cardíaco) es diagnóstico de enfisema mediastínico¹, aunque sólo tiene valor en ausencia de enfisema subcutáneo, como en el caso que se discute.

Una adecuada anamnesis es fundamental en todo acto diagnóstico. En el caso de las molestias en la región cervical deben recogerse los datos siguientes: antecedentes personales, antecedentes traumáticos, infecciones orofaríngeas recientes, enfermedades sistémicas, actividad laboral y hábitos posturales. Por otro lado, las características de dolor (forma de comienzo, ritmo del dolor, intensidad, curso, irradiación y la existencia de síntomas de alarma)² pueden orientar sobre origen.

El dolor osteomuscular puede ser de origen mecánico, inflamatorio, irradiado o referido. Cuando es de origen mecánico empeora con el ejercicio y suele mejorar con el reposo y el descanso nocturno, mientras que el dolor de origen inflamatorio persiste durante el reposo y suele ser de predominio nocturno. El dolor irradiado sigue la distribución de un metámero y el dolor referido suele ser profundo y con una distribución imprecisa³. El caso actual no presentaba un patrón de dolor mecánico que es lo más típico en un paciente joven. Además de la palpación de los puntos dolorosos y de la valoración de la movilidad activa y pasiva,

es necesaria una exploración neurológica y general, ya que el dolor puede ser referido (cardiológico, mediastínico o abdominal). Con frecuencia una alteración de la articulación escapulohumeral puede originar un dolor cervical, por lo que deben explorarse ambas regiones⁴.

El signo detectado en la consulta de atención primaria fue la crepitación sincrónica con el latido cardíaco. Requiere un diagnóstico diferencial con el roce pericárdico presente en las pericarditis y los derrames pericárdicos de cualquier origen, para lo que es necesario la realización de ECG, analítica y pruebas de imagen. El dolor sobre el hombro, en ocasiones, puede ser un reflejo de afecciones torácica o abdominal⁵. Se considera que más de la cuarta parte de los neumotórax espontáneos son de carácter idiopático, mientras que en el resto se identifica un factor causal. Así, existe una estrecha relación entre el neumotórax y el consumo de algunas drogas (cocaína, Cannabis...) o situaciones en las que se producen maniobras de Valsalva importantes, como acceso de tos, vómitos, esfuerzo durante el parto o ejercicio físico moderado-intenso⁶. En este caso se le atribuyó a un origen idiopático, pues no concurría ninguna de las situaciones descritas anteriormente.

Una adecuada exploración física, aun ante cuadros en apariencia banales, puede evitar que pasen desapercibidos cuadros potencialmente graves. La exploración física continúa siendo la mejor arma del médico de atención primaria.

R. Ruano García, M.A. Hernández Mezquita y M. Torrecilla García

Centro de Salud de San Juan. Salamanca. España.

1. Bejvan SM, Godwin JD. Pneumomediastinum: old and new signs. ARJ 1996; 166:1041-8.
2. Mc Rae R. Ortopedia y fracturas. Madrid. Marbán libros, S.L., 2000; p. 26-33.
3. Pérez García C, Pros A, Bordas JM. Patología de la columna cervical y dorsal. FMC 1998;5:37-47.
4. Pérez Gómez A, Villa Alcázar LF, Sánchez Atrio AI, Álvarez-Mon M. Protocolo de valoración de pacientes con cervicalgia. Medicine 1999;7:6585-7.

5. Verdejo Bravo C. Diagnóstico diferencial del dolor torácico. *Medicine* 1992;6: 142-7.
6. Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: clinical and natural history. *Ann Emerg Med* 1992;21: 1222-7.

Guerra, evidencias, guías y nuestra semFYC

Sr. Director: No nos hacía falta una guerra para comprobar que el lenguaje es un instrumento extraordinariamente útil para cambiar la realidad. En este arte, los promotores de la medicina basada en la evidencia (MBE) son verdaderamente ejemplares, pues han sabido apropiarse de lo mejor del lenguaje médico para su uso y disfrute. Y ahora aparece otra palabra: honestidad.

Estoy seguro de la buena voluntad de los autores del editorial semFYC: «Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia: una obra honesta y práctica»¹. Pero ahí radica el problema, en la equiparación inocente de MBE con honestidad y, viceversa y sin decirlo, en la sospecha automática que hoy despierta una guía no MBE por parcial, sesgada o simplemente no rigurosa. Quien ha tenido el gusto, o el deber, de leer artículos y guías autodeclaradas MBE no deja de sorprenderse de la abundancia, en muchos de estos textos, de medias verdades, valoraciones incompletas, juicios oblicuos, sobreinterpretaciones, cacareos y lugares comunes. Parece que en cuanto uno declara las fuentes y el procedimiento seguido para su búsqueda y selección, ya garantiza que ha leído técnicamente bien los artículos, los ha valorado con equilibrio y contraste de pareceres y los ha transferido a la práctica con tino y sentido común. No dudo de que así se haga. Pero la explicitud de la metodología no asegura ni la bondad ni el rigor de una revisión. Esto hay que repetirlo. Porque ahí yace un gran error y una gran coartada que la MBE, en tanto que institución, utiliza para ocultar su verdadera razón de ser, un *holding* y una práctica al sutil servicio de la industria.

Se dirá que al menos se garantiza lo mínimo, la transparencia. Otra trampa. Porque siempre se han citado las fuentes, siempre se ha revisado la bibliografía. Lo añadido

por la MBE es la estandarización de esa tarea y del etiquetado de los artículos; por cierto, otra entelequia disfrazada de rigor —hay que declarar de una vez por todas la perversión intrínseca de estas gradaciones de la evidencia— que los autores del editorial hacen bien en poner en cuarentena.

Lo que ocurre es que esta «transparencia» metodológica se traslada automática e inconscientemente a la «transparencia» de lectura e interpretación. Pero tal transparencia es un mito: la lectura y la valoración siempre tienen un componente subjetivo. No es una herejía anticientífica. Basta comprobar cómo los autores resumen los resultados de un estudio. Y basta con recordar que en la inocencia acerca de la objetividad de la ciencia hace tiempo que el hombre moderno (menos los médicos, por lo que parece) perdió, al percatarse del insoslayable papel del sujeto y del instrumento en toda observación y, claro, en todo proceso interpretativo.

A lo que íbamos. El amor por el procedimiento de la MBE, su «honestidad» exhibida, esconde que «juicio, ordenación, valoración o inferencia» son precisamente los elementos que tienen que ver con la honestidad, pero casualmente pertenecen al territorio de lo intangible. Al final será la coherencia interna, la forma de argumentar y fundamentar, la coincidencia con nuestros esquemas y saberes previos (la «ciencia normal» de Kuhn), la competencia conocida del autor, etc. los rasgos que nos hagan «fiable» una revisión. O sea, como toda la vida. Pero peor, por la pretendida apariencia de objetividad.

De modo que no haría mal nuestra querida Sociedad en prescindir de neofetiches y ofrecer, como casi siempre, buenos materiales sin la necesidad de hacerlo obligatoriamente bajo el paraguas de «honestas y prácticas» banderas (barras y estrellas, ya nuestras ¡ay! evidenciales).

F. Miguel García

Dirección Técnica de Farmacia. SACYL. Valladolid. España.

1. Editorial semFYC. Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia: una obra honesta y práctica. *Aten Primaria* 2003;31:75-6.

El test SCOFF: una posible herramienta de cribado de los trastornos de comportamiento alimentario en atención primaria

Sr. Director: Hemos leído con gran interés la magnífica revisión realizada por Gil Calalda et al¹, acerca de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Ciertamente, se trata de un problema de sensibilidad social creciente y que obliga a la implicación de los profesionales de atención primaria.

En la revisión se mencionan diferentes propuestas de cuestionarios para la detección temprana de los TCA. Desafortunadamente, pocos de ellos, debido a su extensión, son de aplicación generalizable en atención primaria. Menos aún son de aplicación otros tests como el Eating Disorders Inventory², el Eating Attitudes Test (EAT-26)³, el Diagnostic Survey for Eating Disorders⁴ o la entrevista psiquiátrica semiestructurada para el DSM-IV. La escasez de tiempo habitual en nuestras consultas hace preciso que contemos con instrumentos de cribado más sencillos.

Morgan et al² han desarrollado un test denominado SCOFF (acrónimo de 5 preguntas) (tabla 1), mediante el cual se podría cribar adecuadamente los TCA en las consultas de atención primaria. Un resultado en dicho test de 2 respuestas positivas indicaría la posibilidad de un TCA (anorexia, bulimia o sus diferentes variedades), el cual debería ser después diagnosticado por un psiquiatra con la aplicación de los mé-

TABLA 1. Aproximación a una posible traducción del Test SCOFF (test todavía no validado)

¿Te hace sentir mal tener lleno el estómago?
¿Te preocupa haber perdido el control sobre cuánto comes?
¿Has perdido peso en los últimos 3 meses? (se considerará respuesta positiva una pérdida de peso en torno a los 6 kg)
¿Te ves obeso a pesar de que los demás te dicen que estás demasiado delgado?
¿Dirías que la comida domina tu vida?