



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



**I JORNADA DE ECOGRAFÍA
DE LA semFYC**
Ciudad Real, 22 y 23 de febrero de 2019
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

Organizan:
semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Sociedad anfitriona:
SCAFYC

I Jornada de Ecografía de la semFYC

Ciudad Real, 22-23 de febrero de 2019

PRÓLOGO

Desde hace décadas son muchos los médicos de familia formados en ecografía que han defendido la idoneidad del nivel de AP para la utilización de esta disciplina en una gran cantidad de situaciones clínicas de nuestra práctica habitual en un CS. La ecografía resulta tremadamente eficaz en nuestras consultas, en términos de aumento de la capacidad diagnóstica y resolutiva, optimización de las derivaciones a la atención hospitalaria, acortamiento de los tiempos de atención y satisfacción de usuarios y profesionales de nuestro SNS.

La tendencia actual de la ecografía realizada por no radiólogos, es decir, la “ecografía a pie de cama” o también “ecografía clínica”, es a acercar la técnica al lugar y al momento clínico, dotándola de tres grandes ventajas simultáneas de las que hasta ahora adolecíamos: poder ofrecer respuesta inmediata a la pregunta asistencial, proporcionar al resultado la correlación clínica necesaria para la toma de decisiones, y el hecho revolucionario de que todo ello lo realice el mismo profesional responsable de la atención e incluso, en el propio domicilio del paciente gracias a la aparición progresiva de equipos portables de gran resolución.

Pero para poder avanzar en todo lo anteriormente dicho, es vital establecer con suficiente concreción las indicacio-

nes y la utilidad de la Ecografía en aquellas situaciones muy prevalentes o de gran trascendencia clínica, las más coste-efectivas por lo tanto, en las que su empleo modifique notablemente nuestra conducta y nos oriente con evidencia la toma de decisiones.

Y para poder formarse en estas técnicas, el grupo de Ecografía de la semFYC “ECOSEMFYC” ha sabido plasmar como nadie, el gran avance y revolución que ha supuesto el manejo de nuevas herramientas como la ecografía en nuestras consultas.

Estamos en un momento crucial, donde la ecografía clínica debe incorporarse sin discusión de ningún tipo a las competencias de nuestra especialidad de MFYC e igualmente creemos firmemente en que deberá contemplarse como habilidad básica y obligatoria en el Programa Nacional de la Especialidad.

Así mismo pedimos y recomendamos a todas las administraciones sanitarias de este país que apuesten decididamente por la incorporación a la Cartera de Servicios de Atención Primaria para dotar al primer nivel asistencial de los recursos necesarios para que lo hagan más eficiente y resolutivo. La ecografía entendemos que debe ser uno de ellos.

Dra. María Fernández García
Vicepresidenta JP semFYC
Enlace de JP jornada ecografia_semFYC

Mejor Comunicación Oral - 1^{er} premio

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DEL CÓLICO RENAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Sara Calle Fernández¹, Zaida Canales Calle², Geraldine Pérez Darnaudguilhem³

¹CS Ciudad Real II. Ciudad Real. ²CS Bargas. Toledo.

³CS Ciudad Real III. Ciudad Real.

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivos de consulta: Dolor en fosa renal izquierda y disuria.

Historia clínica: Antecedentes personales: varón de 50 años. No alergias conocidas. No hábitos tóxicos. Antecedente de cólico renal izquierdo hace 5 años. No cirugías previas. Anamnesis: consulta por presentar desde hace 24 horas, dolor en flanco izquierdo y disuria. No fiebre. Exploración física: abdomen blando, algo doloroso en flanco izquierdo. No signos de irritación peritoneal. Puñopercusión positiva en riñón izquierdo. Dada la clínica y los antecedentes del paciente se procedió a realizar Ecografía abdominal. Hallazgos ecográficos: en la ecografía abdominal, destacó hidronefrosis grado 2 en riñón izquierdo y litiasis en la unión urétero-vesical del mismo lado con twinkling positivo. Pruebas complementarias: no fue necesaria la realización de otras pruebas complementarias.

Juicio clínico: Cólico renal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico se hizo tan obvio con la ecografía que no procedió.

Tratamiento: Se explicó al paciente la naturaleza del cuadro y actitud a seguir. Se pautó tratamiento antiinflamatorio cada 8 horas y tamsulosina cada 24 horas. Se citó en consulta en 48 horas para ver evolución clínica y ecográfica. Se informó de la necesidad de acudir a urgencias si comienzo de fiebre o aumento del dolor.

Evolución: Pasadas 48 horas revaloramos al paciente, refiriendo gran mejoría clínica. En ecografía, persistían litiasis en unión urétero-vesical izquierda con jet ureteral visible. La hidronefrosis disminuyó de forma importante. Fue citado para nuevo control en 24 horas. Al día siguiente nuestro paciente acudió a consulta sin clínica, expulsó 2 cálculos que se enviaron a analizar, siendo informados como de oxalato cálcico.

Conclusiones: Queremos llamar la atención sobre la ecografía clínica como una herramienta muy útil en el manejo del cólico renal desde atención primaria, pues nos permite realizar un diagnóstico rápido y fidedigno, así como determinar el seguimiento del proceso hasta su resolución completa, sin que haya sido necesaria la participación hospitalaria.

Aplicabilidad: La patología urológica constituye el 18% de las cargas de trabajo en Atención Primaria (AP). Concretamente, el cólico renal supone el tercer motivo de consulta urológico en nuestras consultas. Además es una patología muy recurrente, con una tasa en torno al 60-80% a lo largo de la vida. Viendo estos datos, es de suponer que a lo largo de nuestra carrera profesional manejaremos un alto número de cólicos renales desde AP, por lo que es necesario un buen abordaje del mismo. Para ello consideramos elemento fundamental la ecografía clínica, pues su uso en consulta nos permite ofrecer respuestas inmediatas a nuestros pacientes, acortando los tiempos de espera para pruebas complementarias y disminuyendo el número de derivaciones hospitalarias. También se aumenta la capacidad diagnóstica de manera rápida y fidedigna, proporcionando tratamiento

y seguimiento desde AP, salvo complicaciones. Además se consigue aumentar el nivel de satisfacción y confianza por parte de los pacientes. Por estos motivos creemos, al igual que han referido otros autores, que dentro de unos años no podrá concebirse una consulta sin ecógrafo y que la ecografía clínica terminará siendo un elemento más de la exploración física junto a la inspección, palpación, percusión y auscultación.

Palabras clave: Urolitiasis. Ecografía Doppler. Aparatos.

Mejor Comunicación Oral - 2º premio

REPLANTEANDO LA IMPORTANCIA DE LA MICROLITIASIS TESTICULAR

Rodolfo García Pinilla, Elena López Victoria, Alba Sierra Medina

CS Ciudad Real III. Ciudad Real.

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Dolor testicular.

Historia clínica: No alergias conocidas, no enfermedades de interés, no tratamiento habitual. Antecedentes familiares de Ca testicular (hermano). Varón de 30 años de edad que consulta por dolor y aumento de tamaño de testículo izquierdo de 2 semanas de evolución. Niega fiebre, no refiere síntomas del tracto genitorurinario ni palpación de adenopatías.

Exploración física: Estable hemodinámicamente, afebril, Saturación de oxígeno 98%. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. No se palpan adenopatías a ningún nivel. Teste derecho: no aumentado de tamaño, no se palpan masas ni existe evidencia de varicocele. Teste izquierdo: se percibe aumentado de tamaño, doloroso a la palpación, de consistencia pétrea, sin poder delimitar una lesión clara. No aumento de temperatura con respecto al contralateral. Ante la clínica del paciente y los hallazgos de la exploración se decide realizar ecografía "a pie de cama". Hallazgos ecográficos: testículo derecho: tamaño normal, presenta múltiples imágenes compatibles con microlitiasis intraparenquimatosas con presencia de vascularización normal. Testículo izquierdo: observamos un aumento del tamaño con respecto al contralateral, múltiples imágenes compatibles con microlitiasis. Adyacente a estas se aprecia LOE intraparenquimatosas de 3,38 × 2,38 cm con bordes parcialmente definidos, hipoecogénica con zonas sólidas, sin evidenciar refuerzo ni sombra acústica posterior y con presencia de vascularización central. Todo ello nos hace sospechar un tumor testicular.

Juicio clínico: LOE intraparenquimatosas en testículo izquierdo. Diagnóstico diferencial dolor testicular: vasculares: torsión cordón espermático, torsión apéndices testiculares, infarto testicular⁴. Patología de la vecindad: hernia inguinal, hidrocele, varicocele, quiste epididimario y espermatocèle⁴. Infecciosa: orquitis y epididimitis, gangrena de fournier². Traumáticas³. Tumorales: tumores de testículo, tumores epididimarios y paratesticulares^{1,4}.

Tratamiento: Se realiza analítica con marcadores tumorales¹ e interconsulta a urología vía telefónica para atención temprana y tratamiento del paciente en menos de 48 horas.

Evolución: Es valorado por el servicio de Uroología objetivando negatividad para marcadores tumorales. Se realiza un estudio de extensión que resulta negativo. Posteriormente el paciente es intervenido (orquiektomía radical¹) con resultado en la Anatomía Patológica de Seminoma T1N0M0. Dados los resultados de la anatomía se decide mantener un seguimiento en consultas mediante ecografía y cuantificación de marcadores tumorales¹.

Conclusiones: La ecografía aporta información morfológica y vascular del testículo en tiempo real, facilitando la toma de decisiones. Permite descartar las causas más importantes: vascular (torsión de cordón espermático) y tumoral^{2,3,4}. La relación entre microlitiasis testicular y cáncer, que es un tema controvertido, en nuestro caso se reporta un paciente que tiene una microlitiasis bilateral que permite sospechar que antes de la aparición del tumor ya existía la microlitiasis por lo que proponemos revisar la evidencia disponible, realizar nuevos estudios y de momento revisar a estos pacientes ante el posible riesgo aumentado de padecer tumores testiculares¹.

Aplicabilidad: Se presenta un tema que, actualmente, suscita gran controversia en clínicos e investigadores¹. Se debate la relación de la microlitiasis testicular y el cáncer de testículo. Tras realizar una revisión bibliográfica se obtienen los siguientes datos:

La incidencia de neoplasia aumenta significativamente en hombres con microlitiasis testicular en comparación con aquellos en los que no existe microlitiasis¹. Pese a los datos obtenidos la utilidad de esta observación es **limitada** por los siguientes motivos: 1. La frecuencia de microlitiasis testicular en hombres jóvenes sanos supera a la incidencia de cáncer testicular, por lo que impide utilizar este hallazgo como herramienta de detección para el cáncer testicular¹. 2. Juega un papel importante la **calidad del equipo** ecográfico que se emplea puesto que un con equipo más sensible aumenta incidencia de microlitiasis¹. Por otro lado, estos estudios valoran únicamente el hallazgo de microlitiasis y cáncer testicular. Si asociamos más factores de riesgo de dicho cáncer como: antecedentes familiares de cáncer en la familia, crip-

torquidia, etc.; la sensibilidad de este signo como factor de riesgo aumenta¹. Presentamos un paciente con un tumor testicular asociado a un testículo con microlitiasis, que además presenta un antecedente de cáncer testicular en un familiar de primer grado. Estos hallazgos serían concordantes con la bibliografía actual sobre este tema. De esta manera, cabe destacar el papel de la ecografía y su gran utilidad por varias razones: a) Importancia en el rápido diagnóstico de patología maligna que nos permite un tratamiento en menos tiempo y una asistencia de calidad para nuestro paciente^{1,2,3,4}; b) Los hallazgos ecográficos de la microlitiasis nos hacen plantearnos su posible relación como único factor independiente asociado al cáncer¹. La historia clínica y los antecedentes familiares resultan de gran ayuda pero desconocemos si el hermano del paciente presentó también microlitiasis en el testículo patológico; hallazgo que resultaría muy interesante. Finalmente, y después de los hallazgos ecográficos del caso clínico junto con la revisión bibliográfica se nos plantean varias preguntas: ¿podemos asegurar que no existe relación alguna entre cáncer testicular y microlitiasis?, ¿se debe hacer un seguimiento periódico a todos los pacientes sintomáticos/asintomáticos que presenten dicho hallazgo?... Lo que si podemos asegurar es el papel fundamental de la ecografía en Atención primaria para el diagnóstico del cáncer testicular.

Bibliografía

1. Dror M, Oh WK. Epidemiology of and risk factors for testicular germ cell tumors. Uptodate, 2019.
2. Grabe M, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Çek M, Naber KG, Tenke P, Wagenlehner F. Guía clínica sobre las infecciones urológicas. Asociación Española de Urología. 2017.
3. Djakovic N, Plas E, Martínez-Piñeiro L, Lynch Th, Mor Y, Santucci RA, et al. Guía clínica sobre los traumatismos urológicos. Asociación Española de Urología. 2018.
4. Llobet Pareja A, Pou Vila R. Medicina familiar y comunitaria, ABS Gòtic Barcelona. Actualización en medicina de familia. 2013.

Palabras clave: *Testes. Neoplasia. Dolor.*