Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1857

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/875 - Acerca de un caso de temblor

G. Niza Fresno[a], G. Moreno Fernández[b] y M.M. Gómez Fernández[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Occidente-Azahara. Distrito Sanitario Córdoba. Córdoba. [b]Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente-Azahara. Distrito Sanitario Córdoba. Córdoba. [c]Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Médico Virgen de la Estrella. Villa del Río. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 87 años hipertensa y diabética; es traída a consulta de AP por referir en esa misma mañana un episodio de dificultad respiratoria asociada a dispepsia que se autolimitó y que comenta la propia paciente que le ha ocurrido en otras ocasiones en los últimos meses. Cuando entra a consulta acompañada de su hija refiere que estando en la sala de espera ha comenzado con un temblor fino en ambas manos asociado a sensación distérmica que se autolimita a los minutos.

Exploración y pruebas complementarias: Adecuado estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Temblor fino a nivel distal en ambas manos. Bien hidratada y perfundida. AC: Tonos rítmicos taquicárdicos,no aprecio soplos ni roces llamativos. AR: MVC con crepitantes finos bibasales. Abdomen: blando, depresible, no puntos dolorosos, no signos de irritación peritoneal. Murphy, Blumberg y rovsing negativos. RHC. Puñopercusión renal bilateral negativa. EEII: no edemas ni signos actuales de TVP. Pulsos pedios presentes. Constantes: TA 148/79. Temperatura: 36,8 ^{o}C. Glucemia: 125 mg/dl. Fc 112 lpm. Saturación basal de oxígeno: 96%. ECG: taquicardia sinusal a 115 lpm, eje izquierdo, no otras alteraciones agudas de la repolarización. Dada la clínica de la paciente se deriva a urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía con JC: temblor distal autolimitado vs descartar foco infeccioso causante. Evolución: al llegar a urgencias de HURS describen la exploración de la paciente al igual que la citada aunque la TA está en 185/51 y continúa taquicárdica a 118 lpm. Solicitan analítica, nuevo ECG y rx simple de abdomen y de tórax. ECG: taquicardia

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

sinusal a 120 lpm sin otras alteraciones agudas de la repolarización. Rx de tórax: discreta cardiomegalia sin otros hallazgos. Rx simple de abdomen: sin hallazgos de interés. Analítica: hemograma con 20.500 leucocitos con neutrofilia del 94% sin otros hallazgos de interés; Bioquímica: glucosa 200, bilirrubina total 1,8 (directa 0,80, indirecta. 1) AST 1.003, ALT 509, fosfatasa alcalina 207, GGT 369, amilasa 797, iones,troponina y función renal normales. Ingresa en Aparato Digestivo con JC de pancreatitis aguda. Durante su ingreso se realizan ecografía abdominal y colangioRMN. Ecografía abdominal: hígado de tamaño y ecogeneidad normales, sin lesiones focales. Vesícula muy distendida más en sentido transversal con pared engrosada en algunos puntos 10 mm, contenido ecogénico en su interior localizado en cuello con poca movilización. Murphy negativo. Vía biliar normal. ColangioRMN: no se observa coledocolitiasis. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal para su edad. Evolución: la paciente tras 3 días ingresada con tratamiento antibiótico IV ha evolucionado de forma favorable sin necesidad de analgesia y los parámetros analíticos alterados se han visto reducidos notoriamente por lo que recibe el alta domiciliaria con tratamiento antibiótico oral y síntomas ante los cuales acudir a urgencias.

Juicio clínico: Cólico biliar complicado con reacción pancreática. Colelitiasis sin evidencia actual de coledocolitiasis.

Diagnóstico diferencial: Taquiarritmias, foco infeccioso que produjese taquicardia reactiva, alteración de cifras de glucemia en paciente DM.

Comentario final: Lo llamativo de este caso es cómo una paciente consultó por un temblor distal de reciente comienzo (las molestias gástricas las refería de meses y autolimitadas) y acabó ingresada con un cólico biliar complicado con reacción pancreática. De todo ello se extrae la importancia de la semiología indirecta como el temblor o la taquicardia reactiva en esta ocasión a un proceso infeccioso-inflamatorio.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.