

CASOS CLÍNICOS

NEUMONÍA MÁS HEMATURIA. ¿ES SÓLO UN PROCESO RESPIRATORIO?

J.M. Lanza, N. Balbas y N. Valle

Centro de Salud Cotolino, Castro Urdiales, Cantabria.

Enfermedad actual:

Varón de 45 años con cuadro clínico de 4 días de evolución consistente en mal estado general, mialgias en extremidades inferiores, escalofríos y tos seca. Dolor retroesternal de características pleuríticas sin disnea ni hemoptisis.

Antecedentes patológicos:

Epilepsia en tratamiento con fenobarbital.

Exploración:

Destacan crepitantes inspiratorios en base derecha; resto normal. Ante la sospecha de neumonía se deriva al hospital para estudio y diagnóstico:

Hemograma, recuento y fórmula: leucos 10,600, linfopenia/Hb 12,7/ dímero D normal / E y S: proteinuria. Hematuria 100/campo. / BQ: Urea 33 Cr, 06 CK46. Troponina normal.

Radiografía tórax: aumento de la trama en ambos campos; tórax «sucio» /Gasometría: PO₂ 58. Se diagnosticó de neumonía atípica y se remite al domicilio con claritromicina. Tras una semana de tratamiento y con mejoría inicial, es visto de nuevo por persistencia de la tos, fiebre y hemoptisis. La exploración es anodina, destacando tan sólo los crepitantes bibasales por lo que se le remite de nuevo al hospital. Nuevo estudio:

Gasometría PO₂ 35/ hemograma: Hgb 8,1 Hto 23,6% /BQ: Cr 5,6 Urea 145.

Radiografía de tórax: infiltrados alveolares bibasales.

Juicio diagnóstico:

Síndrome hemorrágico alveolo-renal, como primera opción Síndrome de Good-Pasture; el cual es confirmado posteriormente mediante anticuerpos anti-membrana basal tipo IgG. El paciente fallece a los tres días.

Discusión-conclusiones:

Cuando hay un diagnóstico o prueba dominante, ¿valoramos adecuadamente otros datos clínicos o de laboratorio que podrían variar el diagnóstico?

Ante un diagnóstico de neumonía con tratamiento, ¿evaluamos la evolución y respuesta terapéutica correctamente?

TEMBLOR Y RABDOMIÓLISIS EN PACIENTE JOVEN

C. Lleal Barriga, J.L. Ródenas Aguilar, M.Q. Parés Ubach y R. Peinado Guerrero

Centro de Salud Badalona 6, Llefià.

Varón de 23 años, de profesión administrativo, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, que consulta por temblor.

Antecedentes patológicos:

Circuncisión a los 6 años, amigdalectomía a los 8 años, dispepsia de un año de evolución tratada por un médico privado con un fármaco combinación de metoclopramida, oxazepam y dimeticona.

Enfermedad actual:

Refiere aparición de temblor en extremidades superiores e inferiores de tres meses de evolución que afectan a sus actividades habituales.

Exploración física:

Afebril, normotensio. Aparato cardiorrespiratorio normal. Abdomen normal. No adenopatías. Neurológico: temblor de reposo bilateral y simétrico en las cuatro extremidades. Hipertromía e hipe-

rreflexia generalizadas, sensibilidad conservada. Marcha, coordinación, equilibrio normal. No signo de Babinski.

Exploraciones complementarias:

Analítica con hemograma, glucemia, ionograma, función renal y hepática normal. Creatincinasa (CK) 3339 U/L.

Orientación diagnóstica: rabdomiólisis en paciente con signos extrapiramidales en tratamiento con metoclopramida desde hacía un año.

Evolución:

Se suspendió el fármaco. A la llegada de la analítica (5 días post-extracción) se remitió a urgencias hospitalarias para nueva analítica de control CK (985 U/L) y función renal (normal). Quince días más tarde se realizó control ambulatorio con normalización de CK y sin alteraciones de la función renal. Los signos extrapiramidales desaparecieron un mes más tarde, encontrándose en la actualidad asintomáticos.

Discusión:

Los efectos secundarios extrapiramidales de la metoclopramida son conocidos. Resulta menos frecuente la aparición de rabdomiólisis. En el diagnóstico diferencial encontramos: consumo de tóxicos, ejercicio físico intenso, alteraciones metabólicas, infecciones, miopatías y lesiones medulares, excluyéndose por clínica y exploraciones estas entidades en nuestro caso.

ICTERICIA Y PRURITO EN MUJER JOVEN

L. Ortiz de Saracho y Sueiro, A. Gómez Gras, M.A. Cabrera Ferriols, N. Antón Tavira, R. Santisteban y V. Borreguero Guerra

Centro de Salud de San Blas, Alicante.

Mujer de 42 años que presenta la siguiente historia clínica:

Antecedentes personales:

Episodio de prurito durante más de 6 meses, acaecido en el último embarazo y que cedió al dar a luz. Presentaba prurito de forma discontinua, desde hacia 2 años, que había empeorado en los últimos 4 meses. Se acompaña de sequedad de boca acusada y sed, además de sensación de arenilla en los ojos. No hábitos tóxicos.

Historia clínica:

Es atendida por presentar cuadro de ictericia intensa con coluria e hipocolia, de 10-12 días de evolución, que se acompaña de prurito intenso con mayor intensidad en palmas de las manos, antebrazos y espalda. Se queja además de sed, sequedad de boca y picor en los ojos.

Exploración física:

Consciente y orientada, con la intensa ictericia de piel y mucosas. Lesiones de rascado en regiones escapulares y antebrazos. Xantelasmias en párpados superiores. Exploración cardiopulmonar sin hallazgos anormales con constantes vitales mantenidas. Abdomen blando y depresible con hepatosplenomegalia, de 2-3 centímetros del reborde costal, dura y no dolorosa. No ascitis ni puntos dolorosos a la palpación. Extremidades normales. Lengua depapillada con grietas y ragades bucales.

Exploraciones complementarias:

En estudio ecográfico de urgencia se muestra un hígado aumentado de tamaño sin dilatación de vías biliares. Coledoco de 8 mm y una vesícula con un cálculo de unos 3 cm de diámetro. Se indica su ingreso hospitalario para descartar una cirrosis biliar primaria (CBP) asociada a síndrome de Sjögren.

Analítica: Bilirrubina 14 mg/dl; fosfatasa alcalina: 387 mU/ml; SGOT: 67 UI; SGPT: 82 UI; índice de protombina: 47%; anticuerpos antimitocondriales +; lípidos totales: 1.540 mg/dl; Colesterol

total: 467 mg/dl; hipergammaglobulinemia; prueba de Shirmer +; biopsia de la mucosa bucal: atrofia acinar e infiltración linfoide de las glándulas salivares; Biopsia hepática: destrucción granulomatosa de conductos biliares septales e interlobulillares.

Diagnóstico: CBP asociada a síndrome de Sjögren.

Diagnóstico diferencial:

Se descartó cuadro de ictericia obstructiva y posteriormente una colangitis esclerosante primitiva.

Tratamiento:

Vitamina K parenteral, vitamina D y A, resincolestiramina e inclusión en programa de trasplante hepático.

Comentarios:

Llama la atención la existencia de prurito continuo desde hace un año. Es relativamente frecuente la asociación de una CBP a enfermedades del tejido conjuntivo de base inmunológica tales como esclerodermia, vasculitis, síndrome de Sjögren. No olvidar la posibilidad de una CBP en mujeres entre los 40 y 60 años con historia de prurito no fisiológico, xantelasmias y con la existencia de elevación de las fosfatases alcalinas y/o anticuerpos antimitocondriales positivos. Trasplante hepático, para aumentar la supervivencia.

PROCESO DIAGNÓSTICO DE UN TUMOR PERIANAL. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENDOMETRIOMA

M. González Tirado, F. Báez Romero, E. Martín Rioboo y J. Ruiz Castillo

Centro de Salud Fuente Palmera; Hospital "Valle de los Pedroches", Córdoba.

Introducción:

La presencia de una masa en el periné obliga a realizar un diagnóstico de aproximación que permita una correcta orientación del tratamiento del paciente, pues si bien la certeza diagnóstica se alcanza a nivel hospitalario, es el médico de Atención Primaria el que ha de marcar la premura en la asistencia y el cuidado del enfermo. Presentamos un caso de endometriosis perineal que ilustra esta situación.

Caso clínico:

Mujer de 34 años que consulta por una tumoración perineal dolorosa de tres meses de evolución, sin supuración ni alteraciones del ritmo defecatorio.

A la exploración se aprecia un tumor de tres cm en margen anal derecho, sin signos flogóticos, adherida al esfínter anal, sin afectación de la mucosa.

Se practicó estudio histológico mediante aspiración con aguja fina, en la que se observaban células fusiformes en grupos mal estructurados, sobre un fondo de hemáties y material necrótico.

La TAC demostró un tumor heterogéneo sin plano de separación del esfínter anal.

La paciente fue intervenida realizando una extirpación completa de la tumoración.

Comentario:

Aunque el caso que presentamos es excepcional por su extirpación histológica, sirve de ejemplo para realizar un esquema de la actitud diagnóstica del médico ante una tumoración del periné, que debe ser tratada de forma urgente en los procesos supurativos, o preferente en el caso de sospechar una neoplasia. La demora en la asistencia puede tener consecuencias fatales, y los datos orientadores se obtienen de una correcta atención al paciente en su primera consulta. Se propone un algoritmo diagnóstico.

Conclusión:

La anamnesis completa, y una exhaustiva exploración clínica, siguen siendo el mejor proceder diagnóstico en las masas perineales.

UNA CEFALEA MUY TENSINAL

J.L. Bravo Corrales, C. Verduras Rubio, M.ªC. García Pulido y C. Armengol

ABS Viladecans II, Barcelona.

Introducción:

Paciente que acude a la consulta por cefalea.

Exposición:

Paciente mujer de 29 años con antecedentes familiares de AVC en su padre a los 40 años, sin otros antecedentes. Refiere cefalea hemiplánea frontal alternante diaria desde hace dos meses en ocasiones pulsátiles sin clínica vegetativa ni sonno-fotofobia, cede con naproxeno. No ha mejorado en vacaciones y se ha casado hace dos meses. El médico ante estos datos de la anamnesis decide mientras está realizando la exploración física explicar que se trata de una cefalea tensinal sin importancia. La EF muestra unos pulsos radiales débiles pero las constantes eran: frecuencia cardíaca 80x', tensión arterial 190/120. Ante la orientación diagnóstica de cefalea por hipertensión se decide derivar para ingreso y estudio. En urgencias se descarta patología aguda (TAC cerebral normal). En la consulta de su médico de cabecera se inicia tratamiento con enalapril 20 mg/día y atenolol 50 mg/día y se realiza una analítica de sangre y orina incluyendo catecolaminas que son normales, radiografía de tórax (normal) y eco renal (riñón derecho disminuido de tamaño). Se sospecha HTA secundaria vasculorrenal y se programa un DIVAS renal que es sugestivo de enfermedad de Takayasu (ausencia de arteria renal derecha).

Discusión:

La enfermedad de Takayasu es una vasculitis infrecuente, se observa sobre todo en mujeres jóvenes y es más frecuente en razas orientales. Un 75% desarrolla HTA por afectación de las arterias renales. En una entrevista clínica se definen dos partes, una exploratoria y otra resolutiva, en la primera se realiza una anamnesis y una exploración física y en la segunda se explican los problemas encontrados y se da el tratamiento adecuado; uno de los errores habituales es explicar qué le pasa al paciente antes de realizar una exploración (introducir elementos de la fase resolutiva en la parte exploratoria), que es lo que le pasa a este médico acuciado por el problema del tiempo.

DOLOR FACIAL COMO PRESENTACIÓN DEL CARCINOMA DE SEÑO MAXILAR (CSM): A PROPÓSITO DE 3 CASOS

M.R. Boscá^a, F.J. Pascual, A. Mancheño, J. Lavernia, A. Egido y P. Escolar

^a*Centro de Salud de Orba. Alicante. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.*

Fundamentos:

Los tumores de la cavidad nasal y de los senos paranasales son neoplasias desarrolladas a partir de la mucosa o de las estructuras osteo-cartilaginosas de dichas áreas anatómicas. Son tumores raros (1/100.000), suponiendo el 0,2% de todos los tumores malignos y el 3% de los del tracto aerodigestivo superior.

Se presentan los casos de 3 pacientes con CSM que comenzaron con dolor facial.

Caso 1:

Varón de 73 años, sin reacciones alérgicas medicamentosas (RAM), hipertensión arterial (HTA), tabaquismo y enolismo, que consulta por un cuadro de 3 semanas de evolución de dolor en región hemifacial derecha, hipoestesia zona malar y hemilabio superior. Con tratamiento (Tto) antibiótico (Ab) ante sospecha de sinusitis. Afebril y sin rinorrea en todo momento. En la exploración física (EF) presenta tumefacción de la región malar derecha; exploración neurológica (EN), normal salvo la hipoestesia malar y hemilabio supe-

rior. Pruebas complementarias (PC): analítica de sangre y orina, electrocardiograma (ECG) y radiografía de tórax (RxT), normales; Rx senos con veladura del seno maxilar derecho. Tomografía computadoraizada (TAC) con ocupación completa de seno maxilar derecho; biopsia: carcinoma epidermoide.

Caso 2:

Varón de 69 años, no RAM, tabaquismo y enolismo; criterios de obstrucción crónica al flujo aéreo (OCFA). Consulta por rinorrea, epistaxis, dolor y sensación de ocupación en región maxilar superior de una semana de evolución. Con Tto Ab ante sospecha de sinusitis. Afebril. EF: tumefacción región malar derecha con hipoestesia de labio superior y ala nasal derecha. PC: analítica de sangre y orina y ECG; RxT, patrón restrictivo; Rx senos con veladura del seno maxilar derecho. TAC con ocupación completa de seno maxilar derecho; biopsia: carcinoma epidermoide.

Caso 3:

Varón de 71 años, no RAM, ebanista y sin otros antecedentes. Consulta por dolor región malar izquierda, rinorrea purulenta e hipoestesia malar de 2 semanas de evolución en Tto Ab por sospecha de sinusitis. Afebril. EF: tumefacción región malar izquierda con hipoestesia ala nasal y hemilabio superior. PC: analítica de sangre y orina y ECG; RxT, patrón restrictivo; Rx senos con veladura del seno etmoidal izquierdo. TAC con ocupación completa de seno maxilar derecho; biopsia: carcinoma epidermoide.

Todos respondieron al tratamiento quirúrgico, quimioterápico con cisplatino y 5-fluoruracilo y radioterapia posterior, con mejoría clínica y disminución de la masa tumoral mediante control de TAC.

Comentario:

Son tumores más frecuentes en el sexo masculino y a partir de la sexta década, poco frecuentes y agresivos localmente, que se desarrollan de forma silente y comienzan a dar sintomatología cuando se extienden más allá de las paredes de los senos, siendo ésta muy inespecífica, por lo que pueden confundirse con procesos banales, siendo importante tenerlos en cuenta desde Atención Primaria para diagnosticarlos en fases iniciales.

DOCTOR, TENGO LA BARRIGA DESCOLGADA

J.L. Bravo Corrales, C. Verduras Rubio, M.^aC. García Pulido y D. Gosálbez

ABS Viladecans II, Barcelona.

Introducción:

Paciente que consulta por aumento del perímetro abdominal de un mes de evolución.

Exposición del caso:

Mujer de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, hiperuricemia, obesidad (IMC 47). Tratamiento actual: torasemida 5 mg, enalapril 20 mg, glibenclamida 2,5 mg al día. Acude refiriendo aumento del perímetro abdominal (se le ha descolgado) en el último mes que le provoca irritación del pliegue abdominal; además explica que se ahoga al subir las escaleras. La exploración física (EF) muestra un intérigo candidiásico, subcrepitantes bibasales en la auscultación respiratoria, el electrocardiograma un hemibloqueo anterior de rama izquierda. Se pauta pomada de miconazol y se inicia estudio de disnea de esfuerzo solicitando una radiografía (Rx) de tórax y una eco abdominal (ecocardio 8 meses anterior normal). Diez días después la disnea es de mínimos esfuerzos, la EF muestra crepitantes fracos hasta la mitad del hemitórax y cianosis central; se decide traslado a hospital. En el ingreso se realizan: analítica (poliglobulina, hipoxia con hipercapnia), Rx de tórax (cardiomegalias con fallo cardíaco), ecocardio (dilatación de cavidades derechas), eco abdominal (normal) y una oximetría nocturna (desaturaciones nocturnas compatibles con síndrome de apnea obstructiva del sueño [SAOS]). Se inicia tratamiento con CPAP con mejoría clínica y pérdida de 22 kg de peso (por edema

generalizado, incluyendo edema de pared abdominal, que fue el motivo inicial).

Discusión:

Presentamos el caso de un SAOS que se presenta con clínica cardiovascular (*cor pulmonale* con fallo cardíaco derecho y anasarca) aunque la demanda inicial del paciente no nos oriente hacia esta causa. Debemos tener en cuenta toda la clínica que puede provocar un SAOS además de la más habitual que es la respiratoria para realizar un diagnóstico precoz.

OJO CON LOS PACIENTES POLIMEDICADOS

D. Gosálvez, P. Simonet y J.L. Bravo

Área Básica de Salud Viladecans II, Barcelona.

Introducción:

Intoxicación digitalica en paciente polimedicado.

Exposición del caso:

Varón de 69 años de edad que consulta por dolor abdominal difuso de un mes y medio de evolución acompañado de varios episodios de vómitos y episodios intermitentes de estreñimiento, refiere una pérdida de peso de unos 6-7 kilos en el último mes y fiebre cula de predominio nocturno en las últimas semanas.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Antecedentes personales: Hipertensión de 3 años de evolución tratada con enalapril 10mg/día. Insuficiencia cardíaca congestiva de 2 años de evolución en tratamiento con furosemida 40 mg/día y espironolactona 50mg/día. Valvulopatía mitro aórtica de etiología reumática con implantación de prótesis mitral en el año 93 y recambio valvular en el año 96, colocación de un marcapasos endocavitario VVI en el mismo año. Pendiente de recambio valvular aórtico. Fibrilación auricular crónica diagnosticada en el año 94 y en tratamiento con digoxina 0,25 mg/día más amiodarona 200mg/día.

Exploración física:

Auscultación cardíaca arrítmica y sin soplos. Auscultación pulmonar sin ruidos sobrañados. Abdomen blando y depresible con dolor difuso a la palpación no masas o visceromegalias.

Diagnóstico diferencial:

Enfermedad neoplásica digestiva. Isquemia intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal. Interacciones medicamentosas. Patología tiroidea (hipotiroidismo). Insuficiencia cardíaca descompensada.

Pruebas complementarias:

Analítica completa: Normal.

Eco abdominal: Normal.

Colonoscopia: Pendiente.

Digoxinemia: 1,97, valores normales (0,8-1,90)

Conclusión:

Se orienta el cuadro como intoxicación digitalica, retirándose la digoxina con lo que mejora la sintomatología.

Discusión:

Ojo con los pacientes polimedicados, ¿controles de digoxinemia periódicos en AP? Variabilidad sintomatológica y dificultad diagnóstica en la intoxicación digitalica.

SÍNDROME DEL HOMBRO DOLOROSO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Gómez García, L. García García y M.^aA. Jiménez Carabias
Unidad Docente AP, Salamanca.

Mujer de 40 años fumadora, acude al centro de salud por dolor en hombro izquierdo con impotencia funcional de unos días de evolución, es diagnosticada de hombro doloroso tras solicitar una radiografía de hombro donde no se observó ninguna lesión ósea patológica recomendándose reposo, antiinflamatorios y rehabilitación. Despues de reiteradas consultas sin ceder los síntomas y

evidenciándose una importante asimetría entre ambos hombros se solicitó una nueva radiografía donde se objetivó una imagen de características agresivas, lítica, permeativa que rompe cortical en tercio medio de húmero, una de tórax en la cual no se observó ningún hallazgo patológico y una mamografía de características normales. Se envía a medicina interna por sospechar que dicha lesión en el húmero correspondía a una metástasis cuyo tumor primitivo por sus antecedentes fuese pulmonar.

Al ingreso se realizaron: radiografía de tórax (que continuaba dentro de la normalidad), marcadores tumorales que se encontraban aumentados fundamentalmente el ag CA 15-3, se solicitó una RMN al presentar durante su estancia un síndrome de primera neurona en extremidades inferiores pero únicamente se halló una hernia discal que comprimía raíz S1 izquierda, en la TAC tóraco-abdominal apareció una masa en región apical de pulmón derecho y adenopatías paratraqueales y axilares. En un intento de explicar el síndrome de primera neurona se solicita una TAC cerebral donde se observan numerosas lesiones en ambos hemisferios y en cerebro.

Fallece por fallo cardiorrespiratorio a consecuencia de las metástasis cerebrales ocupantes de espacio en el contexto de una neoplasia pulmonar.