

afecta a las venas musculares (vientre medial del gemelo, vientre lateral del gemelo y sóleo). Aunque las trombosis de las venas musculares de la pantorrilla son conocidas desde hace tiempo y numerosos estudios subrayan su frecuencia, no disponemos de guías de tratamiento⁵.

El objetivo en el tratamiento de la TVP distal es evitar la progresión del trombo, la embolización y reducir la insuficiencia venosa secundaria al trombo intraluminal⁶.

La trombosis aislada de las venas musculares de la pantorrilla parece tener un menor riesgo de progresión que aquella que afecta a las venas colectoras de la pierna⁷.

En conclusión, y sin que haya claras evidencias al respecto, la actitud a seguir en los pacientes con TVP distal que afecte a las venas por debajo de la vena poplítea sería:

- Si afecta al sistema colector o venas principales (tibial anterior, posterior y venas peroneas) anticoagular entre 6 y 12 semanas dependiendo de los factores de riesgo de progresión que tenga el paciente (síntomas, trombosis previa, trombo extenso o cercano a las venas proximales, cáncer activo)⁸.
- En caso de decidir no anticoagular deben hacerse estudios seriados con ecografía para valorar la progresión del trombo durante las primeras 2 semanas⁹.
- Si afecta a las venas musculares que drenan el gemelo y el sóleo los estudios disponibles no demuestran que la anticoagulación sea superior a la ausencia de tratamiento o a la terapia compresiva⁵.
- La terapia compresiva está indicada en cualquiera de los casos anteriores ya que previene el síndrome postrombótico.

Desde el Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN impulsamos la introducción de los equipos de ultrasonidos en los centros de salud¹⁰ y consideramos que aumentarán sin duda los diagnósticos desde AP de estos trastornos, con lo que creemos importante el conocimiento de esta entidad y las posibilidades de tratamiento y seguimiento desde la propia consulta de AP.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Delgado GJ, Chung CB, Lektrakul N, Azocar P, Botte MJ, Coria D, et al. Tennis leg: Clinical US study of 141 patients and

anatomic investigation of four cadavers with ME imaging and US. *Radiology*. 2002;224:112-9.

2. Carrasco JE, Polo J, Díaz S. Prevención de la enfermedad tromboembólica en pacientes ambulatorios con patología médica. *Semerger*. 2010;36:150-62.
3. Galanau JP, Sevestre-Pietri MA, Bosson JL, Laroche JP, Righini M, Brisot D, et al. Comparative study on risk factors and early outcome of symptomatic distal versus proximal deep vein thrombosis: results from the OPTIMEV study. *Thromb Haemost*. 2009;102:493-500.
4. Masuda EM, Kistner RL, Musikasinthorn C, Liquido F, Geling O, He Q. The controversy of managing calf vein thrombosis. *J Vasc Surg*. 2012;55:550-61.
5. Gillet JL, Perrin MR, Allaert FA. Short-term and mid-term outcome of isolated symptomatic muscular calf vein thrombosis. *J Vasc Surg*. 2007;46:513-9.
6. Sales CM, Haq F, Bustami R, Sun F. Management of isolated soleal and gastrocnemius vein thrombosis. *J Vasc Surg*. 2010;52:1251-4.
7. Schwarz T, Buschmann L, Beyer J, Halbritter K, Rastan A, Schellong S, et al. Therapy of isolated calf muscle vein thrombosis: A randomized, controlled study. *J Vasc Surg*. 2010;52:1246-50.
8. Palareti G, Schellong S. Isolated distal deep vein thrombosis: what we know and what we are doing. *J Thromb Haemost*. 2012;10:11-9.
9. Masuda EM, Kistner RL. The case for managing calf vein thrombi with duplex surveillance and selective anticoagulation. *Dis Mon*. 2010;56:601-13.
10. Vicente Molinero A, Aznar-Cantín S, Yáñez-Rodríguez F. Ecografía en Atención Primaria: estado de la cuestión. *Semerger*. 2009;35:58-61.

T. Fernández-Rodríguez^{a,e,*}, A. Oviedo-García^{b,e}, M.T. Tolmos-Estefanía^c y A. Rodríguez-Lorenzo^{d,e}

^a Servicio de Atención Rural Mejorada del Campo, Madrid, España

^b Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital de Valme, Sevilla, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^d Unidad de Ecografía, Hospital Nuestra Señora Perpetuo Socorro, Vigo, España

^e Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tomas.fernandez@salud.madrid.org (T. Fernández-Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.09.005>

Neumonía con evolución inusual y sin relación clínico-radiológica

Pneumonia with an unusual outcome and with no clinical-radiological association

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en una infección aguda del parénquima pulmonar, con una

incidencia en edad adulta que puede llegar hasta el 11%. Es una de las enfermedades respiratorias con la que se tiene que enfrentar el médico de atención primaria (AP) en la práctica clínica diaria. Su diagnóstico se basa en datos clínicos y radiológicos no explicable por otras causas, planteándose en ocasiones otros diagnósticos diferenciales.

Las infecciones del tracto respiratorio son una de las causas más importantes de morbilidad en todo el mundo. Entre ellas se encuentra la neumonía, enfermedad de gran



Figura 1 Evolución de las lesiones pulmonares en estudios radiológicos de tórax al inicio y a la semana.

relevancia debido al consumo de recursos sanitarios y al coste económico que genera (gasto farmacéutico, ingresos hospitalarios, bajas laborales, etc.).

La incidencia actual de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en la población adulta varía entre el 5 y el 11%¹. Es más frecuente en varones, en invierno, y en presencia de factores de riesgo: consumo de alcohol y tabaco, malnutrición, uremia, enfermedad obstructiva crónica^{1,2} y personas esplenectomizadas. El número de ingresos por NAC varía entre 1,1 y 4 por 1.000 pacientes; esta diferencia podría estar relacionada con la atención recibida en AP o atención especializada³. Así mismo, el número de ingresos aumenta con la edad. La mortalidad oscila del 1 al 5% en los pacientes ambulatorios, del 5,7 al 14% en pacientes hospitalizados, y entre el 34 y 50% en aquellos ingresados en la unidad de cuidados intensivos⁴. El patógeno más frecuente en todos los ámbitos es *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), seguido de *Mycoplasma pneumoniae* y distintos virus. La sintomatología de la NAC es inespecífica y su diagnóstico se basa en un conjunto de signos y síntomas relacionados con una infección respiratoria de vías bajas (fiebre, escalofríos, aparición de tos o empeoramiento de tos crónica con aumento o cambio en el color del esputo, disnea, dolor

pleurítico) más una lesión radiológica aguda no explicable por otra causa.

El médico de familia debe de realizar una buena anamnesis para evaluar la gravedad del paciente con NAC, puesto que es clave para establecer el tratamiento y seguimiento del paciente (domiciliario u hospitalario)¹.

Presentamos el caso de un varón de 56 años, de nacionalidad española, que acudió a la consulta de forma urgente, por presentar un cuadro catarral de un mes de evolución junto con disnea de 24 h de evolución, acompañado de dolor tipo punzante en hemitórax derecho, tos productiva amarillo-verdosa y pérdida de peso de 7 kg en un mes, que el propio paciente asociaba a este proceso. Fumador activo de 15 cigarrillos al día desde los 13 años (índice tabáquico 33 paquetes/año), trabajador de la construcción y padre fallecido de cáncer de pulmón no filiado.

En la exploración física destacaba mal estado general, faringe hiperémica, sin exudados. A la exploración física presenta: buen estado general, sin fiebre desde hace 3 días. A la auscultación pulmonar se escuchaban crepitantes en la base de hemitórax derecho. La auscultación cardíaca fue normal. No había edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda y la presión arterial

Tabla 1 Diagnóstico diferencial del derrame pleural en el adulto

Derrame paraneumónico y empiema	Derrame pleural tuberculoso	Derrame pleural neoplásico
Secundario a neumonía bacteriana	Valoración diagnóstica, prueba de la tuberculina	Las neoplasias más frecuentes que pueden cursar con derrame son: cáncer de pulmón 32,6%, mama 11,5%, linfoma 10,8% y ovario 7,5% Los derrames malignos son exudados, pudiendo ser hemorrágicos
Aparición de pus en cavidad pleural	En poblaciones con alta prevalencia de infección tuberculosa, una prueba positiva en un paciente con derrame pleural exudativo indica fuertemente el diagnóstico, aunque una prueba negativa no la descarta	
Absceso pulmonar. Edades extremas de la vida. Estados de inmunodepresión. Diabetes y alcoholismo	El diagnóstico definitivo de derrame tuberculoso se consigue con el aislamiento del bacilo en esputo o por hallazgo de granulomas caseosos en la biopsia pleural	La citología del líquido pleural es la forma menos invasiva, rápida y eficaz de establecer el diagnóstico de malignidad
Gérmenes intracelulares: Micoplasma o Chlamydia son capaces de generar derrames con mayor tendencia a la bilateralidad que los causados por bacterias capsuladas	Los cultivos de esputo son positivos en el 30-50% de los pacientes con tuberculosis pulmonar y pleural	El porcentaje de derrames pleurales malignos que se diagnostican con este método varía entre el 40 y el 87%. Esto depende de varios factores: la histología tumoral, el número de muestras obtenidas y la experiencia del patólogo
El diagnóstico requiere el aislamiento de microorganismos o material purulento, de no hallarse ninguno de estas, el diagnóstico solo será «presuntivo»	El <i>gold standard</i> para el diagnóstico de TBC es el cultivo	

Fuente: Brance et al.⁷.

era de 120/80 mmHg. Frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto. Saturación oxígeno del 94%. Temperatura 38,5 °C.

Como antecedentes personales: dislipidemia y litiasis renal derecha en 2005. Apendicetomizado. Tratamiento habitual: atorvastatina 20 mg 1/24 h.

El paciente fue derivado a urgencias hospitalarias para valoración radiológica para descartar un proceso neumónico.

En urgencias hospitalarias le realizaron radiografía de tórax, donde se observa un infiltrado agudo en base derecha con derrame ipsilateral y analítica general con presencia de leucocitosis (16.600) y neutrofilia (87%), el resto normal. Se recogieron hemocultivos, antígeno Legionella y neumococo en orina. Deciden en dicho servicio iniciar pauta antibiótica con dosis intravenosa de amoxicilina-clavulánico 1 g y seguir tratamiento domiciliario con amoxicilina-clavulánico 1.000/62,5 mg, 2-0-2, y claritromicina 500 mg, 1-0-1, durante 15 días y control radiológico en una semana.

A la semana acude a su médico de familia para control radiológico y clínico. A la auscultación pulmonar aparecen mínimos crepitantes en base de hemitórax derecho.

En estudio radiológico de tórax para control evolutivo se observa una imagen compatible con derrame pleural ipsilateral que ha aumentado con respecto al anterior con loculación anterior y cisural, con la sospecha de empiema y con infiltrado en lóbulo superior izquierdo (LSI) (fig. 1.). Resultados serológicos negativos para Legionella y neumococo. Ante estos hallazgos, a pesar de la buena evolución clínica del paciente, pero con evolución radiológica tórpida, se le deriva desde la consulta de AP de nuevo a urgencias hospitalarias donde es ingresado en el servicio de neumología para ampliar estudio (realizar diagnósticos diferenciales con otras enfermedades: empiema, tuberculosis pulmonar [TBC] o tumor pulmonar fundamentalmente).

En tomografía computarizada (TC) torácica se observan: adenopatías paratraqueales e hiliares, derrame pleural derecho en parte loculado en cisura, atelectasias laminares en lóbulo medio derecho (LMD), nódulo pulmonar de 4 mm en LMD y lesión cavitada en LSI con tractos lineales que se extienden a pleura que aparece engrosada a ese nivel, en probable relación con un proceso neumónico en resolución, recomendando control evolutivo. El estudio de broncoscopia, citología y aspirado bronquial fue negativo para células malignas. BAS negativo (incluido Zielh-Nielsen). La

toracocentesis diagnóstica guiada por ecografía torácica no obtuvo líquido.

Durante el ingreso el paciente se mantuvo clínica y hemodinámicamente estable con evolución favorable al tratamiento antibiótico. Una vez descartada la neoplasia pulmonar, la TBC y el empiema le es dada el alta hospitalaria con el diagnóstico de NAC y tratamiento antibiótico (amoxicilina/clavulánico 1.000/62,5 mg, 2-0-2) durante 3 meses. El estudio de control con TC torácica a los 3 meses encontró mejoría con desaparición de lesión cavitada en LSI. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y pendiente de revisión anual por neumología.

Ante un paciente con sospecha de NAC, el médico de familia debe realizar una buena historia clínica, basándose fundamentalmente en la anamnesis y exploración física, para determinar factores de riesgos clínicos y epidemiológicos, con apoyo de datos radiológicos. Así en nuestro caso se trata de un paciente con un cuadro respiratorio de larga evolución, sin datos epidemiológicos de riesgo o inmunosupresión. La evolución fue tórpida radiográficamente, sin que exista correlación clínico-radiológica. Los patrones radiológicos fueron indicativos de gravedad e ingreso hospitalario (consolidación alveolar, patrón intersticial, formas mixtas, presencia de derrame pleural, cavitación⁵), lo que hizo que se plantearan otras enfermedades respiratorias, como TBC, neoplasia pulmonar o empiema. En la radiografía inicial se observa derrame pleural derecho con infiltrado en LSI. En la realizada una semana después con tratamiento antibiótico, se observa derrame ipsilateral que ha aumentado con respecto al anterior, con loculación anterior y cisural persistiendo infiltrado en LSI (tabla 1).

También es importante considerar que el diagnóstico diferencial entre infección de vías respiratorias bajas (IRB) y neumonía es difícil. La medida de la proteína c reactiva (PCR) y procalcitonina puede servir para este diagnóstico diferencial, pero estas técnicas requieren más estudios. La placa de tórax es lo más útil, pero la enorme prevalencia de la IRB limita su uso. El diagnóstico y tratamiento de la IRB se hace en función de los hallazgos clínicos. Los antibióticos no son eficaces en la IRB, además de tener su tasa de efectos secundarios⁶.

Una vez descartadas dichas enfermedades en nuestro paciente, la persistencia de lesiones radiológicas con una clínica favorable hace pensar en una NAC de lenta resolución. No hay que olvidar que en pacientes fumadores (como es nuestro caso) la NAC obliga a realizar un seguimiento evolutivo, al coexistir con otras enfermedades respiratorias hasta en un 17%⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Menéndez R, Torres A, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, de Castro F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2010;46:543–58.
2. Almirall J, Bolibar I, Balanzó X, González CA. Risk factors for community-acquired pneumonia in adults: a population-based case-control study. *Eur Respir J*. 1999;13:349–55.
3. Trotter CL, Stuar JM, George R, Miller E. Increasing hospital admissions for pneumonia. *England Emerg Infect Dis*. 2008;14:727–33.
4. Fine MJ, Smit MA, Carson CA, Mutha SS, Sankey SS, Weissfeld LA, et al. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta-analysis. *JAMA*. 1996;275:134–41.
5. de Miguel Díez J, Alós Cortés JL, Álvarez Martínez CJ, Gallardo Carrasco J, Jareño Esteban J, Orden Martínez B, et al. Documento de consenso Neumonía adquirida en la comunidad del adulto: diagnóstico, valoración y tratamiento. *Rev Patol Respir*. 2010;13:105–24.
6. Ayerbe L, Pérez Piñar M, Pereira S, Díaz L, Castillo C, de Jesús MT. ¿Antibióticos en la infección respiratoria baja? Consideraciones desde su etiología, incertidumbre diagnóstica, efectos terapéuticos y adversos del antibiótico y expectativas del paciente. *Semergen*. 2009;35:335–40.
7. Brance ML, Coloccini RA, Severini JM, Jacobo ML, Grossi GP, Miljevic JN. Diagnóstico de derrame pleural en adultos. *Rev Méd Rosario*. 2008;74:122–34.

A.R. Villalobos-Uriol^a, M. Bolaños-Maldonado^a,
C. de Castro-Mesa^{b,*}, F.J. Alonso-Moreno^c
y C. Ruiz-Yagüe^d

^a Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Santa María de Benquerencia, Toledo, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Santa María de Benquerencia, Toledo, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Sillería, Toledo, España

^d Servicio de Radiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmh@telefonica.net

(C. de Castro-Mesa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.09.006>

Comorbilidad de la migraña y los trastornos psiquiátricos

Comorbidity of migraine and psychiatric disorders

Varón de 54 años de edad con antecedentes familiares y personales de migrañas y trastorno ansioso-depresivo de larga evolución.

En los últimos 4 años sus cefaleas están empeorando cada vez más. Ha seguido tratamiento con distintos triptanes y tratamientos preventivos con lamotrigina, topiramato, pregabalina, ácido valproico, clonazepam, nortriptilina, bupropión, litio y toxina botulínica. Cada varios meses, por ineficacia, le han ido cambiando uno de estos fármacos por otro.

Sus cefaleas anteriormente se caracterizaban por que empezaban con un aura olfatorio que él distinguía