

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

claramente y después aparecía un dolor intenso hemicraneal pulsátil de 2 o 3 días de duración y que en ocasiones le obligaban a permanecer en cama unas horas. Estos últimos años están siendo más intensas y frecuentes, casi diarias, y no terminan de desaparecer del todo porque siempre persiste un dolor de cabeza holocraneal, tipo presión, de intensidad creciente a lo largo del día. Se siente «dominado por las cefaleas» que le producen anhedonia, rumiación del pensamiento con visión negativa, ansiedad, irritabilidad, insomnio medio y astenia.

Como la exploración neurológica fue normal, no se realizó ninguna prueba complementaria. Se citó al paciente en una consulta programada y se estudiaron sus rasgos de personalidad y su situación sociofamiliar mediante una entrevista clínica semiestructurada. Su personalidad se caracterizaba por la preocupación por los detalles y el control, perfeccionismo, dificultad para delegar y para descansar, capacidad limitada para expresar sus propios sentimientos y para establecer y mantener amistades por temor a un posible rechazo. El trabajo siempre lo ha considerado una forma de ocupar el tiempo, y en los últimos años han surgido problemas. En su familia es el quinto de 5 hermanos, uno de ellos tiene cáncer y se ve con la obligación de solucionar los problemas habituales de sus hermanos. Está casado y tiene un hijo adolescente que le preocupa.

Se estableció, en ejes, el diagnóstico según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR): i. Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: reacción mixta de ansiedad y depresión; ii. Trastornos de la personalidad y retraso mental: rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos; iii. Enfermedades médicas (según la CIE-10): migrañas y cefaleas tensionales; iv. Problemas psicosociales y ambientales: situación de insatisfacción profesional y de preocupación familiar con aislamiento social, y v. Evaluación de la actividad global: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG): 55.

Se explicó al paciente el diagnóstico de su dolencia mostrándole la unidad biopsicosocial de la persona y que situaciones como las suyas se pueden abordar desde el punto de vista psicosomático, combinando fármacos y psicoterapia.

Se realizó tratamiento farmacológico con un triptán, cuando presentaba migrañas, y paroxetina, durante 12 meses, para su trastorno ansioso-depresivo.

Por medio de la psicoterapia, en revisiones programadas, tras haber entendido lo que le pasaba, el paciente fue capaz de: a) autodistanciarse del dolor de cabeza y disminuir su temor anticipatorio; b) darse cuenta de que sus primitivas migrañas estaban enmascaradas y acentuadas por las cefaleas tensionales; c) aprender técnicas en habilidades sociales, y d) orientar su vida en dirección a sus valores.

La evolución fue satisfactoria, el paciente no volvió a presentar cefaleas tensionales y fue capaz de afrontar sus migrañas, que disminuyeron significativamente en frecuencia e intensidad, y de orientar positivamente sus relaciones familiares, de amistad y profesionales.

Discusión

La migraña es una patología frecuente en las consultas de medicina de familia. En un cribado realizado a pacientes

de atención primaria un tercio cumplían los criterios diagnósticos de migraña y una proporción significativa de estos tenían uno o más trastornos psiquiátricos¹.

La migraña es una enfermedad crónica en la que pueden influir factores genéticos, ambientales y psicológicos. Produce un importante impacto en los pacientes que la presentan, les influye en su calidad de vida y en sus relaciones familiares, profesionales y sociales^{2,3}.

Existe una asociación frecuente entre migrañas y trastornos psicológicos, produciéndose estos últimos con más frecuencia en los pacientes que presentan migraña que en la población general. Los más frecuentes son la ansiedad y los trastornos afectivos^{1,2,4,5}.

Burstein y Jakubowski propusieron que esta asociación puede ser mediada por proyecciones trigeminovasculares que transmiten los síntomas nociceptivos originados en las meninges a la corteza somatosensorial y también se proyectan al hipotálamo (que regula la respuesta al estrés) y al globo pálido y sustancia innominada (que influyen en la respuesta emocional y motivacional)^{6,7}. Además, algunos investigadores demostraron que las disfunciones neuroquímicas comunes, serotoninérgica y dopaminérgica, subrayan esta comorbilidad^{1,6}.

Los estudios realizados en familias muestran más predisposición a presentar ambas enfermedades, por lo que podría haber un componente hereditario⁴.

Hay estudios que demuestran esta comorbilidad cuando ocurren o finalizan acontecimientos vitales estresantes en pacientes con rasgos de personalidad obsesivos que dificultan su tolerancia favoreciendo la aparición de crisis migrañosas y a la vez esta favorece la ansiedad precipitando más crisis¹.

Además, la dependencia de analgésicos, sobre todo cuando se utilizan fármacos psicotrópicos, agrava las migrañas e influye negativamente sobre los trastornos psicológicos que también repercuten negativamente sobre ellas¹.

El malestar y el deterioro de la calidad de vida, producidos por la migraña, son peores en los pacientes que presentan migraña y trastornos psiquiátricos asociados que los que no presentan esta comorbilidad. La comorbilidad psiquiátrica influye en la clínica, tratamiento y pronóstico del paciente con migraña^{1,4}. La asociación entre migraña y trastornos psicológicos muestra la unidad psicosomática del paciente y, por tanto, es importante tenerla presente para poder diagnosticar y tratar adecuadamente al paciente^{5,8,9}.

La entrevista semiestructurada consta de 4 fases: a) preliminar, en la que se determina el motivo de consulta del paciente; b) exploratoria, en la que se obtiene información específica y se valora la esfera psicosocial; c) resolutive, en la que se informa al paciente de sus problemas y se le implica en el plan diagnóstico-terapéutico, y d) final, en la que se llega a un acuerdo con el paciente. Esta entrevista ayuda a hacer un diagnóstico adecuado del tipo de migraña y de los trastornos psiquiátricos que presenta el paciente y de cómo interaccionan entre sí.

La terapia combinada, fármacos y psicoterapia, es recomendada en estos pacientes⁸.

Los fármacos que se utilizan para el tratamiento agudo de la migraña son triptanes, antiinflamatorios no esteroideos y ergóticos, asociados o no a metoclopramida. Los antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

y/o antidepresivos tricíclicos) son efectivos para los trastornos psicológicos y para tratar y prevenir la migraña¹. Los estabilizadores del estado de ánimo son utilizados para la profilaxis de la migraña. Se pueden utilizar las benzodicepinas, pero no a largo plazo por el desarrollo de tolerancia.

La psicoterapia ayuda al tratamiento y prevención de ambas afecciones y a su comorbilidad. Las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, el mindfulness y la terapia de aceptación y compromiso son eficaces en estos pacientes^{2,3,9,10}.

En el paciente que se presenta las migrañas coexistentes con un trastorno ansioso-depresivo de larga evolución que no se estaba abordando debido a que la queja principal y persistente era el dolor de cabeza. Cuando se abordaron conjuntamente ambos trastornos es cuando hubo una mejoría muy significativa de las manifestaciones clínicas.

Conclusiones

A los médicos de familia nos conviene tener presente la frecuente comorbilidad de migraña y trastornos psiquiátricos, como es el caso del paciente que se ha presentado, por varias razones: a) esta asociación implica estar vigilantes para poderla diagnosticar; b) pueden existir factores genéticos y/o ambientales y/o psicológicos comunes que condicionan su coexistencia, y c) la comorbilidad tiene implicaciones en el tratamiento y prevención, que se debe llevar a cabo para conseguir una mayor calidad de vida de los pacientes.

Desde atención primaria se puede tratar a estos pacientes con fármacos y psicoterapia en sucesivas consultas programadas.

Bibliografía

1. Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, Papapetropoulos S, Lipton RB. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol*. 2012; doi: 10.1007/s00415-012-6725-x.
2. Dindo L, Recober A, Marchman JN, Turvey C, O'Hara MW. One-day behavioral treatment for patients with comorbidity depression and migraine: A pilot study. *Behav Res Ther*. 2012;50:537-43.
3. Mo'tamedi H, Rezaeiaram P, Tavallaie A. The effectiveness of a group-based acceptance and commitment additive therapy on rehabilitation of female outpatients with chronic headache: Preliminary findings reducing 3 dimensions of headache impact-head. *Headache*. 2012;1106-19.
4. Yong N, Hua H, Xiaoping F, Xuelian L, Ran L, Yuan Q, et al. Prevalence and risk factors for depression and anxiety among outpatient migraineurs in mainland China. *J Headache Pain*. 2012;13:303-10.
5. Yamada K, Moriawaki K, Oiso H, Ishigook J. High prevalence of comorbidity of migraine in outpatients with panic disorder and effectiveness of psychopharmacotherapy for both disorders: A retrospective open label study. *Psych Res*. 2011;185: 145-8.
6. Burstein R, Jakubowski M. Neural substrate of depression during migraine. *Neurol Sci*. 2009;30 Suppl 1:S27-31.
7. Burstein R, Strassman A, Moskowitz M. Can cortical spreading depression activate central trigeminovascular neurons without peripheral input? Pitfalls of a new concept. *Cephalalgia*. 2012;32:509-11.
8. Diener H-C, Gaul C, Jensen R, Göbel H, Heinze A, Silberstein SD. Integrated headache care. *Cephalalgia*. 2011;31: 1039-47.
9. Grazzi L, Andrasik F. Non-pharmacological approaches in migraine prophylaxis: Behavioral medicine. *Neurol Sci*. 2010;31 Suppl 1:S133-5.
10. Ibáñez-Tarín C, Manzanera-Escartí R. Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *Semergen*. 2012;38:377-87.

R. Ramírez Parrondo^{a,c,*} y E. Arrieta Antón^{b,c}

^a Médico de Familia, Medicina Psicosomática, Psicoterapeuta, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Segovia Rural, Sacyl, Segovia, España

^c Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rrparrondo@yahoo.es

(R. Ramírez Parrondo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.09.007>

Dispepsia con síntomas de alarma: endoscopia sí, pero también ecografía

Dyspepsia with alarm symptoms: Endoscopy yes, but ultrasound as well

El uso de la ecografía en la consulta de atención primaria (AP) puede ser de indudable ayuda para el médico clínico para mejorar su rendimiento y disminuir la incertidumbre del proceso diagnóstico, aunque es una técnica dependiente del operador que requiere formación y experiencia^{1,2}. Por otro lado, es necesaria una definición de los escenarios clínicos en los que la prueba puede ser asumida de forma eficiente, fiable y segura por los médicos

de AP³. El dolor inespecífico en la parte superior del abdomen puede ser uno de esos escenarios. En el algoritmo diagnóstico de la dispepsia no investigada, la Guía de Práctica Clínica española⁴ (revisada en 2012) propone, una vez excluidas las causas farmacológicas, valorar la edad (> 55 años) y los síntomas de alarma (pérdida de peso no intencionada, vómitos intensos y recurrentes, disfagia u odinofagia, anemia, hematemesis o melena, masa abdominal palpable, ictericia o linfadenopatías). Si existe alguno de ellos, se recomienda realizar una endoscopia sin demora para descartar neoplasia gástrica o esofágica. No obstante, entre otras causas poco frecuentes y graves de dispepsia, se incluye también la neoplasia de páncreas y hepatobiliar⁴, para cuyo diagnóstico de sospecha la ecografía es de primera elección, siendo una prueba inocua y accesible si se realiza en AP.