

2. Kishore BN, Ankadavar NS, Kamath GH, Martis J. *Varicella zoster* with erythema multiforme in a young girl: A rare association. *Indian J Dermatol.* 2014;59:299–301.
 3. Ruocco V, Sacerdoti G, Farro P, Ruocco E, Wolf R. Adverse drug reactions and graft-versus host reaction: Unapproved treatments. *Clin Dermatol.* 2002;20:672–8.
 4. Paulmann M, Mockenhaupt M. Severe drug-induced skin reactions: Clinical features, diagnosis, etiology, and therapy. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015;13:625–43.
 5. Shah SN, Chauhan GR, Manjunatha BS, Dagrur K. Drug induced erythema multiforme: Two case series with review of literature. *J Clin Diagn Res.* 2014;8:ZH01–4.
 6. Crețu A, Dimitriu A, Brănișteanu D, Brănișteanu DE. Erythema multiforme-etio-pathogenic, clinical and therapeutic aspects. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2015;119:55–61.
 7. March CH. Erythema *Multiforme bullosum* associated with trichomonas infection. *Arch Dermatol.* 1965;92:674–5.
 8. Zohdi-Mofid M, Horn TD. Acrosyringial concentration of necrotic keratinocytes in erythema multiforme: A clue to drug etiology. *Clinicopathologic review of 29 cases.* *J Cutan Pathol.* 1997;24:235–40.
 9. Fernández García JR, Alcaraz Vera M, Ruiz Jiménez MA, Rodríguez Murillo JM, Hens Pérez A. Eritema multiforme. *Rev Esp Pediatr.* 2000;56:202–5.
- I. Pérez-López*, C. Garrido-Colmenero, G. Blasco-Morente, A. Martínez-López y S. Arias-Santiago.
- Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: ipl_elmadrono@hotmail.com
 (I. Pérez-López).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.10.007>

Una causa de disfagia no habitual en la consulta del médico de familia



An unusual cause of dysphagia in the family doctor clinic

Presentamos el caso de una mujer de 59 años que acudió a la consulta de Atención Primaria refiriendo disfonía y sensación de cuerpo extraño a nivel cervical anterior y submandibular derecho de un mes de evolución, notándose en ocasiones dificultad para tragar sólidos y líquidos, sin llegar a atragantarse. No presentaba otros síntomas asociados tales como disnea, fiebre, tumoración palpable o pérdida de peso. Refería episodios esporádicos de tos y de regurgitación nasal. En sus antecedentes personales se encontraban hipertensión arterial, trastorno ansioso y alcoholismo. La paciente era fumadora de aproximadamente 10 cigarrillos al día y estaba en tratamiento con losartán 50 mg/24 h y bromazepam 1,5 mg/12 h. A la exploración física no se encontraron hallazgos patológicos y no se evidenció tumoración cervical. Asimismo, la exploración otorrinolaringológica fue normal. Se realizó interconsulta a otorrinolaringología, no encontrándose patología relevante, salvo un edema de cuerdas vocales que se objetivó mediante laringoscopia. Se diagnosticó a la paciente de disfonía crónica y se inició un tratamiento con corticoides orales. La resonancia magnética solicitada por parte del especialista no evidenció ninguna anomalía estructural pudiendo explicar la sintomatología de la paciente. A los seis meses de esta visita, la paciente volvió a la consulta de Atención Primaria aquejando la misma sintomatología. Se realizó ecografía de cuello que objetivó un quiste en la glándula submandibular derecha sin otros hallazgos, así como una radiografía convencional de columna cervical, detectándose osteofitosis cervical marcada de C3-C4 a C6-C7 (fig. 1). Ante esos hallazgos, se derivó a la paciente a su hospital de referencia para la realización de tomografía computarizada de cuello, objetivándose una acusada hiperostosis en columna cervical, con osificación y calcificación de la región anterior y lateral de 4 vértebras

contiguas (de C3-C4 a C6-C7). Se justificaba así la disfagia, ya que las calcificaciones comprimían el esófago cervical, de manera más significativa a la altura del cartílago cricoides. Se confirmó así el diagnóstico de hiperostosis cervical difusa idiopática y se derivó a Traumatología, que recomendó tratamiento quirúrgico (a día de hoy pendiente). La hiperostosis difusa idiopática o enfermedad de Forestier-Rotes-Querol es una enfermedad sistémica no inflamatoria que se caracteriza por osificaciones a nivel de las entesis. Aunque la etiopatogenia no es bien conocida, se supone que el sustrato fisiopatológico es un crecimiento y una hiperfunción de los osteoblastos en los lugares de unión osteoligamentosa. Afecta en la mayor parte de los casos al ligamento longitudinal anterior de la columna torácica, pero pueden encontrarse anomalías en casi todas las partes del cuerpo¹. Dada la alta proporción de pacientes asintomáticos, resulta difícil estimar la prevalencia real de la hiperostosis idiopática. Es más frecuente en pacientes mayores y de sexo masculino, y se asocia a aumento de factores



Figura 1 Radiografía lateral de columna cervical mostrando marcada hiperostosis (flecha).

Tabla 1 Diagnóstico diferencial de la disfagia orofaríngea vs. esofágica

	Disfagia orofaríngea	Disfagia esofágica
Manifestaciones clínicas	• Problemas de masticación • Escape de comida por la boca y sialorrea • Disartria • Regurgitación nasal • Regurgitación oral inmediata • Aspiración • Disfonía	• Regurgitación oral tardía • Dolor torácico • Pirosis
Origen estructural	• Absceso retrofaringeo • Epiglotitis • Faringitis • Divertículo de Zenker • Osteofito cervical • Estenosis cricofaríngea • Bocio • Cuerpo extraño • Neoplasias	• Neoplasias • Membranas y anillos (Schatzki) • Divertículos • Cuerpo extraño • Anomalías vasculares (arteria subclavia aberrante, elongación aórtica)
Origen sistémico	• Neuromuscular: • Accidente cerebro-vascular • Enfermedad de Parkinson • Tumores cerebrales • Esclerosis múltiple • Esclerosis lateral amiotrófica • Neuropatías periféricas (poliomiелitis) • Neuropatía diabética • Alteraciones músculo-esqueléticas: • Polimiositis • Distrofias musculares • Miastenia gravis • Miopatías metabólicas • Otros: • Hiposalivación (síndrome de Sjögren) • Enfermedad de Alzheimer • Depresión • Ingesta de sustancias corrosivas	• Alteraciones de la motilidad: • Acalasia • Espasmos de la musculatura • Esclerodermia • Enfermedad de Chagas • Otros: • Neuropatía diabética • Alcoholismo • Reflujo gastroesofágico • Esofagitis eosinofílica • Ingesta de sustancias corrosivas
Causas iatrogénicas	• Fármacos (neurolépticos, anticolinérgicos) • Secuelas posquirúrgicas • Radiación/quimioterapia	

de riesgo cardiovascular tales como diabetes mellitus, obesidad, o hipertensión arterial. La variante cervical de la hiperostosis es una forma de presentación rara, y puede ocasionar, como fue el caso de nuestra paciente, disfagia, dolor cervical, o rigidez con limitación funcional; en casos más graves, puede observarse disnea e incluso fracturas patológicas ante traumatismos menores^{2,3}. En la radiografía convencional, se apreciarán puentes óseos anteriores afectando al menos dos (o tres, según los criterios diagnósticos empleados) espacios vertebrales contiguos. Al contrario de la espondiloartritis, la altura del disco está conservada y no están afectadas las facetas articulares⁴. Su manejo es conservador a no ser que ocasione síntomas importantes como disfagia o disnea, en cuyo caso se recomienda un tratamiento quirúrgico. El diagnóstico diferencial de la disfagia es un reto para el médico de Atención Primaria (tabla 1). Por una parte, tiene que saber diferenciar la disfagia

orofaríngea –cursando con regurgitaciones orales o nasales inmediatas de líquidos y sólidos, sensación de molestia en garganta o cuello, y/o tos– de la disfagia esofágica, con regurgitaciones tardías de predominio a sólidos. El diagnóstico se inicia mediante pruebas de imagen no invasivas con el objetivo de descartar lesiones estructurales. Si no se encuentran anomalías estructurales, se diagnosticará de disfagia de tipo funcional, que tiene una multitud de agentes causantes, debido a la complejidad del acto de deglución: enfermedades sistémicas, enfermedades neuromusculares, afectación del sistema nervioso central, causas farmacológicas, iatrogénicas, entre otras⁵. En el curso del diagnóstico, el médico de Atención Primaria debe saber orientar el diagnóstico para solicitar las pruebas complementarias y las interconsultas idóneas⁶. En conclusión, ante un paciente con disfagia, es preciso realizar una anamnesis y una exploración física detallada para una correcta orientación diagnóstica.

La hiperostosis difusa idiopática cervical es una enfermedad poco frecuente en la que hay que pensar en el diagnóstico diferencial de la disfagia.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Nascimento FA, Antunes Maranhão Gatto L, Lages RO, Mello Neto H, Demartini Z, Koppe GL. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: A review. *Surg Neurol Int.* 2014;5:122–5.
 2. Zhang C, Ruan D, He Q, Wen T, Yang P. Progressive dysphagia and neck pain due to diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine: a case report and literature review. *Clin Interv Aging.* 2014;9:553–7.
 3. Sánchez González F, Benito Arroyo I, Urbano Urbano J, Paulino Herrera A. Semergen. 2006;32:461–3.
 4. Mazières B. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (Forestier-Rotes-Querol Disease): What's new. *Joint Bone Spine.* 2013;80:466–70.
 5. Clavé P, Terré R, de Kraa M, Serra M. Actitud a seguir ante una disfagia orofaríngea. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96:119–31.
 6. American Gastroenterological Association. Medical Position Statement on Management of Oropharyngeal Dysphagia. *Gastroenterology.* 1999;116:452–4.
- L. de la Rosa-González^a, C.J. Aubert^{a,*},
M. R. Georges^b y A. Sánchez-Calso^c
- ^a *Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Galapagar, Galapagar, Madrid, España*
^b *Residencia Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Monterrozas, Las Rozas, Madrid, España*
^c *Atención Primaria, Centro de Salud de Galapagar, Galapagar, Madrid, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: charlottaubert@gmail.com
(C.J. Aubert).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.10.003>

Somnolencia cataplejía o sd. de Gelineau en urgencias de Atención Primaria



Cataplexy and drowsiness or Gelineau syndrome in Primary Care emergencies

Introducción

La narcolepsia o síndrome de Gelineau es una enfermedad, dentro de los trastornos del sueño, que se caracteriza por excesiva somnolencia diurna, cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas. Solo entre el 10 y el 15% de los pacientes presenta los síntomas de forma conjunta.

La cataplejía aparece en un 60-90% de los pacientes con narcolepsia, es el segundo síntoma más frecuente y específico de la narcolepsia y se describe como episodios repentinos de debilidad muscular bilateral causados por emociones como la risa, el llanto o la vergüenza. Estos ataques suponen un importante impacto socioeconómico que puede ser causa de desempleo, pérdida de autoestima y aislamiento social.

La narcolepsia afecta por igual a hombres y a mujeres. Su prevalencia varía según muchos estudios desde 25-50 por 100.000 habitantes hasta 20-260 por cada 100.000 habitantes, estimada por asociaciones de pacientes¹. Esta variabilidad en las cifras se explica

porque, si bien puede aparecer en edades tempranas de la infancia y también más allá de los 50 años^{2,3}, es una enfermedad que tiene 2 picos de presentación: uno alrededor de los 15 años y otro en adultos jóvenes sobre los 36 años de edad². Suele pasar desapercibida en los casos leves o en las formas incompletas, debido a la variabilidad de sus síntomas.

El sueño de los pacientes con narcolepsia es distinto al de los pacientes normales. La fase REM (*rapid eye movement*) aparece poco después de caer dormidos y las fases 3 y 4 del sueño no REM están disminuidas, presentando alteración tanto en el despertar como con más sueño ligero (estadio 1) lo que justifica que algunos pacientes con narcolepsia consulten por insomnio^{4,5}.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 31 años que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) acompañado de su pareja y refiere haber padecido 4 o 5 episodios súbitos de pérdida de conciencia en las últimas 24 h. Los episodios se acompañan de movimientos tónico-clónicos y posterior desorientación, y en una de las ocasiones se ha producido relajación de esfínteres. El paciente refiere que 6 días antes había experimentado un traumatismo craneoencefálico tras intoxicación etílica y consumo de cocaína. Actualmente es consumidor ocasional de cocaína.