

Comunicacións Póster XVIII Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria
Ano 2013
Volume 19
Páx. 228-256

COMUNICACIÓNS PÓSTER: CASOS CLÍNICOS

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Buceta Eiras M. G.; Barreiro Cambeiro A.

C.S. Elviña

Mujer 63 años sin AP de interés, que acude a la consulta por aumento del perímetro abdominal progresivo en las últimas tres semanas, así como ganancia de peso.

A la exploración presenta ascitis que se confirma por ecografía, con una masa mal definida anexial izquierda.

Se deriva al hospital donde se ingresa para estudio. Se realiza TAC tóraco-abdominal donde se visualiza ascitis encapsulada de distribución maligna, carcinomatosis peritoneal, lesión quística anexial izquierda y distensión de la cavidad endometrial. Se realiza también paracentesis diagnóstica y evacuadora y se analiza el líquido peritoneal, en el que se mostraron células compatibles con adenocarcinoma de ovario.

Clinicamente la paciente presentó febrícula vespertina, de probable origen tumoral, sin otro foco ni otra sintomatología.

Se derivó a consultas de oncología donde está siguiendo tratamiento adyuvante previo al quirúrgico, con buena evolución.

En este caso clínico vemos la importancia que tiene la ecografía en atención primaria para un diagnóstico precoz de sospecha de patología, en este caso, tumoral, así como para una rápida derivación que evita largas esperas y previene futuras complicaciones.

NO TODO ES LO QUE PARECE

Buceta Eiras M. G.; Martínez Varela A.

C.S. Elviña

Paciente de 82 años con AP de ACV en ACM y FA anticoagulada con Sintrom.

Último ingreso por insuficiencia cardíaca, donde se realizó estudio de anemia ferropénica con endoscopia digestiva alta y baja, ambas sin alteraciones.

Acude a la consulta por importante dolor en columna cervical y lumbar que obligan al paciente a permanecer en actitud antiálgica, tras traumatismos repetidos al "pasar con el coche por unos baches". Al intentar movilizar el cuello el paciente refiere gran dolor, pero no hay déficit neurológico asociado.

Se realiza radiografía cervical y lumbar donde se ven signos de osteoartritis. Se pauta tratamiento con analgésicos a dosis elevadas, pero el paciente regresa a la consulta sin mejoría del dolor y con fiebre de más de 38° sin focalidad aparente, por lo que se deriva a urgencias.

Se realizan hemocultivos y RM cervical y lumbar, donde aparecen lesiones sugestivas de vertebritis, sin poder descartar metástasis. Se hacen otras pruebas de imagen estando el resultado de las mismas dentro de la normal. Tras unos días los hemocultivos son positivos para *Granulicatella*, que es un estreptococo nutricionalmente variante, patógeno habitual de la orofaringe, que puede producir vertebritis, lo que va a favor de las lesiones que se ven en la RM.

Este caso clínico nos enseña que ante un dolor recurrente, que no cede con tratamiento analgésico, debemos pensar en más patologías, una vez descartadas las más frecuentes, sin poder olvidarnos de las causas infecciosas, ya que pueden ser potencialmente tratables.

DOCTORA... MORDEUME UNHA CULEBRA iii

Delgado Garrido N.¹; Varela Pérez M.²; Fernández Álvarez I.³; Fraga Doce M.⁴; Carballo Taboada U.¹; Acuña Márquez J.¹

C. S Bueu¹; C. S A Parda²; C. S Lárez³; C. S Monteporreiro⁴

Paciente que acude a consulta por mordedura de culebra en segundo dedo de mano derecha. No alergias medicamentosas. En la exploración la paciente está afebril con constantes normales destacando edema con induración en dedo. No se visualizan colmillos del animal pero sí estigma de mordedura. Conserva movilidad. Administramos Urbason, lavamos herida y derivamos a urgencias hospitalarias con miembro en reposo. En Urgencias destaca palidez cutánea y un vómito. Se realiza analítica, radiografía de mano y cultivo de líquido de ampollas de dedo destacando 11.600 leucocitos (94% neutrófilos), 105.000 plaquetas, PCR 2 mg/dl, creatinina 1, 3 y fibrinógeno 241, resto normal. Valorada por cirugía descartándose síndrome compartimental se ingresa en planta para observación de edema y linfangitis. Posteriormente progresa el cuadro con desarrollo de equimosis, hematoma y aparición de adenopatía axilar derecha sin fiebre, oliguria ni alteración hemodinámica. El suero antiofídico no se administró ya que habían transcurrido más de seis horas de la mordedura sin alteración hemodinámica ni coagulopatía considerándose su eficacia limitada. Se produjo un aumento ligero de CPK que se normalizó con los días así como la función renal y desaparición de la trombopenia con antibioterapia intravenosa. Por la descripción a posteriori relatada por la paciente (aproximadamente 70 centímetros, cabeza triangular) parece corresponderse con una víbora.

Es importante en atención primaria intentar la identificación de la especie, inmovilización del miembro, lavado de la herida, toma de constantes y analgesia. No se recomienda la incisión, succión de la herida o torniquete ni AINES.

TRASTORNO PSICÓTICO CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES

Delgado Garrido N.¹; Fernández Álvarez I.²; Varela Pérez M.³; Fraga Doce M.⁴; Carballo Taboada U.⁵

C.S Bueu¹; C.S Lérez²; C.S A Parda³; C.S Monteporreiro⁴; C. S Bueu⁵

Acude la hija de una paciente a nuestra consulta preguntando por los procedimientos a seguir para la valoración de su madre que según refiere presenta un comportamiento extraño desde hace aproximadamente un mes (cortó el cable de la televisión, no enciende las luces de la casa...). Le explicamos que si la paciente se niega a una valoración por nuestra parte la única solución es un traslado forzoso a través del 061 y fuerzas de orden público con autorización judicial. Dos días después los familiares avisan al 061 y a su llegada la paciente se encuentra tranquila trasladándose en ambulancia medicalizada a urgencias hospitalarias sin incidencias.

La paciente es una mujer de 55 años sin alergias medicamentosas conocidas, dislipémica y sin antecedentes psiquiátricos. En urgencias la paciente se muestra irritable y enfadada negándose a contestar a preguntas por lo que se pauta haloperidol im y alprazolam 0.5 mg y se deriva a urgencias psiquiátricas. En psiquiatría se entrevista a su hija y a su marido. Relatan un cuadro de un mes de evolución aproximadamente donde la paciente empieza a decir espontáneamente que está metida dentro de un juego donde existen dos bandos y que ella se siente obligada a escoger uno de ellos. En el juego existen normas que debe cumplir (no salir a la calle, no ir a la compra...). La paciente según relatan día tras día se encuentra más desconfiada asegurando que en las lámparas y los libros hay micrófonos y que a través de la televisión graban todo lo que hace.

Se ingresa en la unidad de agudos y durante el ingreso reconoce delirio persecutorio y desarrolla una conciencia mórbida parcial de su enfermedad por lo que se da de alta a domicilio tras permiso de fin de semana sin incidencias con zyprexa 5 mg, lormetazepam 1 mg y risperdal solución. En las visitas posteriores a la Unidad de Salud Mental la paciente se encuentra sin ideación delirante aunque lentificada refiriendo anergia, abulia y apatía. Se va disminuyendo medicación antipsicótica progresivamente así como pautando antidepressivo dual.

En Atención Primaria pueden darse este tipo de situaciones en las cuales debemos conocer los pasos que debemos seguir y apoyarnos en el servicio del 061 para dudas que nos puedan surgir en cualquier momento.

"DOCTOR, ME DUELE LA PIERNA"

Rodríguez Blanco A. F.

C. S. A Estrada

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 43 años con antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia y obesidad, acude al Servicio de Urgencias remitido por su Médico de Urgencias extrahospitalarias por sospecha de TVP a nivel de miembro inferior izquierdo.

A la exploración, el paciente presenta signos crónicos de insuficiencia venosa crónica con dermatitis ocre, en el tercio inferior de la pierna, endurecimiento de la piel y edema, destaca un aumento importante de partes blandas, en el tercio proximal de la pierna.

El signo de Homans es negativo y presenta pulsos débiles distales.

En Urgencias, solicitamos analítica de sangre que es normal y Dímero D de 500 mg/l.

Se realiza igualmente interconsulta a la guardia de Cirugía Vasculor que tras Eco-doppler pauta: Adecuada higiene, caminar, medias de compresión, analgésicos y aines.

Nos informan de que dicho aumento de partes blandas se denomina "Signo de la Botella de Champagne Invertida".

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: La Dermatoesclerosis es:

"un proceso esclerosante que consiste en el aumento del colágeno epitelial a nivel perimaleolar. Lo pueden padecer los pacientes con edemas crónicos en EEL y su evolución depende, del engrosamiento de la piel, que al formar una banda fibrosa alrededor del 1/3 inferior de la extremidad, le confiere a la pierna un aspecto de botella de "champagne invertida", dificultando el retorno venoso"¹

no implicando necesariamente una TVP.

¹(Signos y síntomas | Dermatoesclerosis [sede Web] Girona :Centro de Curas de Úlceras Vasculares Girona [acceso 6 de septiembre de 2013]. Disponible en:<http://www.ccuves.es/sys/dermatosesclerosis.html>)

"¡¡DOCTOR, ME PERSIGUEN...!!"

Rodríguez Blanco A. F.

C.S A Estrada

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 80 años que vive sola desde hace 6 meses, acude a nuestra consulta acompañada por familiares por episodio de agitación con ideas delirantes de persecución y alucinaciones visuales y auditivas.

A la exploración, presentaba mirada hipervigilante y desconfiada, orientada en persona. Memoria alterada con confabulaciones. Lenguaje coherente, sin afasia ni disartria. Y a la exploración neurológica destacaba ataxia de la marcha que dificultaba la deambulación.

Remitimos la paciente a Urgencias donde realizan TAC, punción lumbar, análisis de sangre y orina, resultando lo único mencionable una anemia macrocítica.

Una vez ingresada en Psiquiatría, tras realización de analítica de sangre completa, se evidencia un importante déficit de vit b12 con Endoscopia Gástrica normal.

Tras la administración parenteral de cianocobalamina 1mg (1 ampolla)/ día i.m., durante 1 semana, comienzan a revertir los síntomas hasta la normalidad.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Dentro de la clasificación de demencias, un grupo importante es el debido al déficit de Vit b12. Entre sus causas más importantes figuran: el déficit de factor intrínseco (por gastropatía atrófica o posgastrectomía), la malabsorción intestinal, el incremento de requerimientos de vit b12 (hipertiroidismo, embarazo) ó como en nuestro caso clínico el déficit dietético por malnutrición. En muchos casos la anamnesis nos debe orientar a la causa más probable. Cuando la causa no es obvia, deben realizarse las pruebas diagnósticas apropiadas para esclarecer la causa.

UNA DE ALMEJAS, Y UNA DE JAMÓN AHUMADO

Rodríguez Blanco A. F.

C.S.A Estrada

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente turista que acude a nuestra consulta en verano, sin antecedentes de interés, por náuseas, vómitos, dolor abdominal. Lo mantenemos en observación con sueroterapia y paracetamol y reevaluamos al paciente tras tratamiento.

A la exploración el paciente presenta además diplopía, midriasis y debilidad generalizada con leve ptosis palpebral.

Se nos plantea el diagnóstico diferencial entre Miastenia Gravis, Neuropatía de Guillain-Barré, una intoxicación neuroquímica o derrame cerebral.

Realizamos analítica de sangre y coprocultivo, un escáner del cerebro, examen del líquido de la columna vertebral, electromiografía y una prueba de tensilon para miastenia gravis.

Mientras que cubrimos las peticiones de estudio, nos avisan porque a nuestro paciente le cuesta respirar y no es capaz de tragar...¿qué le ocurre?

RELEVANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: El Botulismo Alimentario es una enfermedad neurológica, grave pero infrecuente, debida a la presencia de *Clostridium botulinum* en alimentos poco cocinados o en mal estado. Habitualmente no es posible observar cambios en el sabor, olor o aspecto, tan sólo se verán alteraciones cuando los niveles de contaminación sean altos. El paciente normalmente presentará la triada de signos y síntomas neurológicos, gastrointestinales y musculares. Una peculiaridad es que las manifestaciones clínicas suelen ser descendentes y simétricas. El diagnóstico se confirma tras la detección de neurotoxina botulínica en suero, heces, vómitos o análisis de laboratorio de los alimentos sospechosos de estar contaminados. El tratamiento consiste en asistencia respiratoria, administración de antitoxina botulínica y rehabilitación para mejorar las funciones afectadas.

SÍNDROME DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA EN ADULTO

Marín Sánchez M. L.; Ferreira Bouza M.; Quintana Yañez J.

C.S. Cariño

ANAMNESIS

Mujer de 63 años, trabaja en casa y cuida muy a menudo nietos en edad infantil.

Antecedentes personales: Dislipemia controlada con simvastatina.

Enfermedad actual: Acude a consulta por fiebre termometrada de hasta 38,5°C desde el día anterior y astenia.

EXPLORACIÓN FÍSICA

BEGI, febrícula, eupneica, no exantema ni petequias, buen color de piel y mucosas, ligera hiperemia faríngea, no adenopatías, auscultación cardiopulmonar y resto normal.

DIAGNOSTICO DE SOSPECHA

Infección de respiratoria alta de origen viral.

TRATAMIENTO

Paracetamol 650mg/ 6-8 horas, medidas generales y se explican que acuda si el proceso cambia o no mejora.

EVOLUCIÓN

La paciente acude de nuevo aprox. a los 7 días por seguir con febrícula vespertina, astenia. Se solicita mantux que resulta negativo, analítica: hemograma normal, bioquímica: GOT/AST 140 U/L, GPT/ALT 159 U/L y coagulación normal, sedimento de orina normal; radiografía de tórax normal, por lo que se solicita serología con los siguientes resultados positivos: Citomegalovirus CMV IgM positivo, resto de solicitados (VHC, VHB y virus EB) negativos.

La paciente aprox. en tres semanas esta afebril, sigue con astenia y las enzimas hepáticas han disminuido, GOT 69 U/L y GPT 23 U/L.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico definitivo es de mononucleosis por citomegalovirus en adulto inmunocompetente.

BIBLIOGRAFIA

1. Vujacich, C; Vidiella, G y cols. "Infección por citomegalovirus con compromiso hepático en adultos inmunocompetente", Medicina (Buenos Aires) 2006; 66: 206-210. 2. Fica, C "Síndrome de mononucleosis infecciosa en pacientes adolescentes y adultos", Rev. Chil Infect 2003; 20 (4): 235-242. 3. "Citomegalovirus" Harrison medicina 18ª edición capítulo 182.

UN MAREO DIFERENTE

Martínez Varela A.; Buceta Eiras M. G.

C.S. Elviña

Varón de 36 años, bebedor de 4 cervezas día y fumador de 20 cig./día. Consumidor ocasional de cannabis y cocaína. No otros antecedentes de interés.

PAC: Acude por mareo sin giro de objetos y sensación nauseosa. Refiere ocasionalmente como aspas de un ventilador en la periferia del campo visual derecho.

Se le administra Dogmatil 100mg/IV. A los 10 minutos pérdida de conocimiento acompañada de convulsión tónico clónica, espumación bucal y movimientos coreicos. No incontinencia de esfínteres. Administrándose Vallium 20mg, Akineton y Dormicun 15mg. Posterior amnesia del episodio.

URGENCIAS:

EF: Sin alteraciones. Salvo discreto nistagmus con la mirada externa hacia la derecha.

Analítica, Rx. Tórax y triaje de drogas en orin anodino.

TAC craneal con contraste: Lesión mal definida, de aspecto infiltrativo que afecta al córtex y a la sustancia blanca subcortical parietal posterosuperior izquierda y región posterior de giro del cíngulo izquierdo. Pequeño foco denso (hemorragia-calcificación). Los hallazgos sugieren posible oligodendroglioma.

M. INTERNA:

Previo al ingreso en neuro se pauta Keppra iv y corticoides.

NEUROLOGÍA:

RM: Tumoración infiltrativa en giro parietal occipital izquierdo que infiltra las radiaciones mayores del cuerpo caloso y a nivel caudal de la vecindad del surco. Afectación aislada con áreas quístico necróticas. Con contraste no claro realce de la lesión. Oligodendroglioma vs glioma

Se pide interconsulta a Neurocirugía quién decide que será intervenido un mes después.

CONCLUSIÓN:

Un mareo no sempre es de orixe vestibular o de patoloxía da columna cervical, por lo que es importante facer unha boa anamnesis, exploración e seguimento.

HOUSE, TENEMOS UN PROBLEMA

Buceta Eiras M. G.

C.S. Elviña

Paciente de 70 anos, fumador de un paquete al día, sin outros antecedentes de interese, que consulta porque ultimamente se encontra máis torpe, tropieza en casa e refíere “no ver ben del lado derecho” en las últimas semanas. A la exploración presenta una hemianopsia derecha, con el resto de la exploración física sin alteraciones. Se envía a Urgencias para valoración.

En la exploración oftalmológica se detecta la hemianopsia derecha, con el resto normal. Se pide una RX de tórax y un TC craneal. En la RX de tórax se ven infiltrados pulmonares bilaterales, compatibles con metástasis, y en el TC se ven lesiones que pueden corresponder a metástasis o a microinfartos, diseminados por todo el cerebro, con mayor afectación en región occipital izquierda. El paciente se queda ciego al día siguiente de su ingreso, sin distinguir luz/oscuridad, con comportamiento pasivo ante su ceguera.

Se solicita un TC tóraco-abdominal y una RM cerebral. En el TC se objetivan los nódulos pulmonares, pero en vez de metástasis sugieren un Wegener, por lo que se solicitan anticuerpos en sangre. En la RM aparecen microinfartos sugestivos de CADASIL, clínica que no concuerda con la afectación pulmonar. El paciente se deteriora cada día hasta que entra en coma.

Los anticuerpos resultan ser negativos, así como el sedimento urinario. Se realiza una tóracoscopia y unos días después el paciente fallece, tras tratamientos empíricos fallidos con corticoides y antibióticos. El resultado de la biopsia es de adenocarcinoma pulmonar.

Los familiares se negaron a la realización de autopsia.

ACANTOSIS

Martínez Mullor C.; De Castro Santalla H.

C. S. San José

MOTIVO DE CONSULTA

Se presenta el caso de una mujer de 42 años que acude, por presentar engrosamiento e hiperpigmentación cutánea en axila izquierda de unos 4 meses de evolución.

EXPLORACION FÍSICA

La exploración general no mostró datos de interese.

No se constatou obesidade, e o paciente non refería ningunha enfermidade sistémica de base, sangrado dixestivo previo u outros signos o síntomas que hicieran sospechar enfermidade dixestiva, endocrinolóxica o ingesta previa de fármacos.

EXPLORACION COMPLEMENTARIA

Dado el amplio espectro de enfermidades sistémicas con las que se relaciona la acantosis nigricans, a pesar de que inicialmente presentaba una exploración rigurosamente normal, se realizó un estudio analítico completo para descartar, fundamentalmente, un proceso neoplásico o enfermidade endocrinolóxica de base, sendo todos los valores normales.

DISCUSIÓN

La acantosis nigricans es una dermatosis poco frecuente caracterizada por la aparición simétrica de lesiones hiperqueratósicas e hiperpigmentadas de localización flexuras. Las axilas, los pliegues inguinales y el cuello son las áreas predominantemente afectadas. Su asociación con endocrinopatías y el hecho que puede aparecer en el contexto de múltiples neoplasias viscerales nos obliga a descartar un proceso neoplásico o enfermidade endocrinolóxica.

SÍNDROME SWEET

Martínez Mullor C.

C. S. San José

Mujer de 75 años sin antecedentes personales de interese ni alergias conocidas intervenida hace 4 años con implantación de prótesis total de cadera izquierda. Es ingresada 4 meses después por fiebre e eritema en zona de herida quirúrgica, por sospecha de celulitis, aunque durante su ingreso no pudo demostrarse proceso infeccioso, con disminución de la intensidad del eritema y permanecendo afebril.

Un año después acude a la consulta por fiebre 38.5°C y lesiones cutáneas de 4 días de evolución, placa eritematosa, dolorosa, caliente de bordes difusos en cadera izquierda. En los estudios complementarios destacaban leucocitosis de 8.440, VSG 45 y Proteína C reactiva 4.55. Se realiza biopsia cutánea sendo compatible con un síndrome de Sweet.

El síndrome de Sweet (dermatosis neutrofílica febril aguda) es un trastorno inflamatorio poco común que se caracteriza por la aparición brusca de múltiples placas eritematoedematosas dolorosas piel, acompañadas con frecuencia de fiebre >38 °C y leucocitosis.

Aunque la mayoría de los casos son idiopáticos, debe descartarse cuidadosamente la posibilidad de que se trate de un cuadro paraneoplásico o asociado a una enfermidade sistémica.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con las siguientes patologías eritema exudativo multiforme, erisipela, celulitis, bechet.

El tratamiento de elección son los corticoides sistémicos, con tan buena respuesta que constituye un criterio diagnóstico.

Destacamos la biopsia cutánea como una herramienta diagnóstica muy rentable en atención primaria.

PERDIDA AGUDA DE VISIÓN

Plamenov Dipchikov P.¹; Expósito Ruíz I.²; Romeo Villadóniga S.²

C.S. Serantes¹; Complejo Hospitalario Universitario Ferrol²

Mujer de 36 años, natural de Brasil, residente en España desde hace 9 años. Antecedentes personales: ex-fumadora; asma bronquial; hepatitis A; contacto diario con gatos.

La paciente acude a AP por febrícula, otalgia y sensación de ocupación en oído derecho diagnosticándose Otitis Media Aguda. Se pauta antibioterapia. Anteriormente había sufrido un cuadro pseudocatarral de 2 semanas de evolución. Tras 4 días acude a urgencias relatando que estos síntomas están resueltos pero que presenta pérdida de visión bilateral desde hace 2 días.

A la exploración se objetiva papiledema bilateral de predominio derecho, con visión preservada solo en campo nasal de este ojo. El resto de exploración y pruebas complementarias fueron normales.

Pruebas complementarias:

- Analítica: PCR 20, VSG 46; Ac anticardiolipina Ig M 14
- LCR: 19 células, 95% mononucleares
- Serología: Ig M para VEB
- RM craneal y medular normal

Exploración oftalmológica:

- AV 0.4 y 1.0
- FO: edema papilar bilateral
- OD: comienza estrella macular
- Ol: aparecen lesiones blanquecinas radiales al N. Óptico, aspecto de microinfartos. No hemorragias.
- OCT: autofluorescencia negativa AO
- Retinografías

DIAGNÓSTICO: Neuroretinitis para, post- infecciosa en relación con infección reciente por VEB.

El caso presentado posee gran interés por la poca incidencia de la patología y porque abarca varias especialidades; se trata de un virus frecuente dentro de la población, por lo que ante un cuadro infeccioso acompañado de rápida pérdida de visión debemos de manejar este diagnóstico dentro del cuadro diferencial, a pesar de la baja incidencia de la neurorretinitis.

RESISTENCIA INSULÍNICA

Fernández González I.; Paredes Pardo V.; Veras Castro R.

C.S. San José

Se trata de un varón de 78 años, como antecedentes personales presenta HTA, DM2, DL, Hiperuricemia. Buena calidad de vida, independiente y activo.

Diabético conocido desde abril de 2005, tratado inicialmente con glibenclamida 5mg diarios, con buen control hasta noviembre de 2007 que se inicia insulización.

Presenta buen control en los últimos cinco años con HB Ac1 en torno a 7-7.5 y glucemias en ayunas no mayores de 180mg/dl. En control de diciembre de 2012 HBAC1 de 8,7 y glucemias de 250mg/dl, en ese momento se revisa glucómetro y hábitos dietéticos, se intensifica insulización y se programa revisión en seis meses.

En junio 2013, presenta HBAC1 12,1 y glucemias mayores de 300mg/dl. En este punto se revisa al paciente y método de insulización. Se observan lipodistrofias en ambos flancos abdominales. Se reeduca al paciente e insiste sobre la necesidad de cambiar el lugar de pinchazo. Se programa revisión en 3 meses.

En septiembre 2013 HB AC1 7,7 y controles por debajo de 200mg/dl. Mejoría de las lipodistrofias abdominales (se adjuntará foto).

CONCLUSIÓN: La importancia de la educación y revisión periódica de la técnica de insulización así como de los hábitos higiénico-dietéticos en pacientes diabéticos en la atención primaria.

SEPSIS GRAVE EN UN PACIENTE CON GEA

Alvar Pariente S.

C.S. Elviña-Mesoiro

Descripción del caso: Varón de 55 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de malestar general y diarrea de un día de evolución. Las deposiciones (en total 11) eran de características líquidas, sin sangre, moco ni productos patológicos. No presentó fiebre en domicilio, en clínica se objetiva 37,7°. No aquejaba dolor abdominal ni vómitos aunque sí nauseas. La exploración abdominal y examen físico fue normal salvo por una ligera hipotensión; se solicitan pruebas complementarias apreciando una creatinina de 2,18 (previas normales), plaquetopenia y leucocitosis con neutrofilia. Reexplorando presenta TA de 85/50 y oliguria, por lo que se solicita nueva analítica y gasometría que objetiva una procalcitonina de 2,55 y acidosis metabólica. Ante la inestabilidad hemodinámica, ingresa en la UCI con el diagnóstico de sepsis grave. Fue tratado con volumen, aminas vasoactivas, soporte ventilatorio y antibioterapia, la evolución fue favorable y se dio el alta ocho días después.

Relevancia para la Atención Primaria: La sepsis es un cuadro grave con una importante mortalidad y de diagnóstico clínico. Entre los datos que nos deben hacer sospechar este cuadro clínico están la fiebre, la hipotensión, la taquicardia, la palidez cutánea o la oliguria.

Este caso pretende destacar la importancia de estar alerta ante los datos clínicos que hagan sospechar una sepsis para favorecer un tratamiento precoz de la misma, influyendo en el pronóstico de la enfermedad favorablemente.

NEUMOTÓRAX PRIMARIO ESPONTÁNEO

Barreiro Cambeiro A.; Buceta Eiras M. G.

C. S. Elviña

Varón de 38 anos, co único antecedente de interés de ser ex-fumador dende fai case ano e medio de 20 cigarillos/día durante aproximadamente 15 anos, acude por dor centrorábrica de inicio fai 5 días, que comeza con esforzos físicos moderados e progresa ata facerse de repouso, de características mal definidas, que irradia nas últimas horas a hemitórax esquerdo e que aumenta coa respiración profunda e con certos movementos. Non cede con ibuprofeno. Actualmente, disnea de mínimos esforzos e tos seca. Non expectoración. Non fiebre nin sensación distérmica. Non cortexo vexetativo. Non dor nin ardor esofágico e/ou epigástrico. Non alteración do hábito intestinal. Non traumatismo previo. Non estado de estrés actualmente.

Na exploración física só obxectivamos como anormal unha saturación de osíxeno do 95% e hipoventilación en campo pulmonar esquerdo con practicamente abolición do murmullo vesicular nese campo na auscultación pulmonar.

Ante a sospeita dun neumotórax, derivamos ao paciente ao hospital, confirmando a entidade clínica na radiografía de tórax e con bo resultado logo de drenaxe do mesmo.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Por unha parte, ser sistemáticos na exploración física en todos os pacientes a pesar de non existir patoloxía de base ou aínda que a historia clínica sexa ás veces algo inespecífica.

Por outra banda, ter en mente o neumotórax primario espontáneo no diagnóstico diferencial da dor torácica, sobre todo en varóns xoves, altos e fumadores.

NON TODO É O QUE PARECE

Barreiro Cambeiro A.; Alvar Pariente S.

C. S. Elviña

Varón, 84 anos. FA permanente. Cardiopatía valvular con recambio valvular mitral e aórtico por bioprótese no ano 2000, substitución protésica aórtica biolóxica por disfunción no 2004; último ecocardiograma con prótese mitral e aórtica funcionantes, insuficiencia tricuspídea, FE normal, aumento da PVC e dilatación da raíz aórtica. Endocarditis infecciosa en agosto de 2006, aórtica tardía con cultivo negativo, seroloxía Coxiella positiva. Tratamento: Sintrom, Digoxina, Furosemida e Zantac.

Acude ao seu médico de AP e a urxencias en varias ocasións por disnea progresiva e fiebre ocasional de aproximadamente mes e medio de evolución. Diagnosticado nesas ocasións de infección respiratoria e tratado con antibióticos (Levofloxacin e Azitromicina); acude de novo por persistencia da clínica.

Na exploración física, obxectívamos ingurixitación venosa yugular, auscultación cardíaca arrítmica cun soplo piane de predominio mitral 6/6, crepitanes bibasais e edemas en MMII.

Logo da realización das probas complementarias pertinentes, diagnósticase de endocarditis infecciosa sobre válvula mitral con disfunción valvular por rotura de velos. O paciente é ingresado na unidade de Infecciosas do noso hospital, con mala evolución clínica a pesar de antibioterapia, falecendo semanas despois.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Creemos convinte recordar a importancia da historia clínica e da exploración física sistemáticas e meticolosas como a base na correcta orientación diagnóstica dos nosos pacientes, sobre todo en Atención Primaria, e aínda máis nunha época de desenrolo tecnolóxico e de acceso a unha gran cantidade de probas complementarias.

Así mesmo, ter en conta a endocardite infecciosa ante un paciente con antecedentes de valvulopatía e aparición de fiebre.

QUE LLE PASA AO AVÓ?

Barreiro Cambeiro A.; Silva Penas M.

C. S. Elviña

Varón de 83 anos, co antecedente persoal de hipertensión arterial a tratamento con Enalapril.

Acude a consulta por prurito xeneralizado e lesións cutáneas asociadas. Á exploración física, obxectívamos lesións ampollosas, algunhas íntegras e outras rotas e excoriadas sobre unha base urticarial, algunhas agrupadas cun patrón arcfórme, distribuídas por cara anterior de muslos, pernas e antebrazos. Non observamos lesións en mucosas. Non relata fiebre nin outra clínica sistémica asociada.

Realízase unha analítica sanguínea, unha analítica de orina e seroloxías para VHB, VHC, VIH e VVZ, todo dentro da normalidade.

Derívase ao servizo de Dermatoloxía, onde realizan determinación de anticorpos antímembrana basal e biopsia cutánea, co diagnóstico de penfigoide ampoloso. O paciente é tratado con glucocorticoides tópicos, glucocorticoides sistémicos e con antihistamínicos, con boa resposta das lesións cutáneas e da sintomatoloxía.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Saber que o penfigoide ampoloso é a enfermidade ampollar autoinmunitaria máis frecuente; que se debe á existencia de C3 e IgG na membrana basal da epidermis e autoanticorpos IgG antímembrana basal en soro; que se presenta, en xeral, en pacientes de idade avanzada; e que se caracteriza por lesións prurixinosas, papulares e/ou urticariformes con ampollas subepidérmicas.

O tratamento inclúe o uso de glucocorticoides tópicos e sistémicos e, ás veces, outros inmunosupresores como azatioprina, sobre todo como efecto aforrador de corticoterapia oral. A evolución soe ser favorable e a miúdo os pacientes entran nun período de remisión permanente despois do tratamento e non soen precisar máis medicación.

ABSCESO HEPÁTICO POR ESPÍÑA DE PEIXE

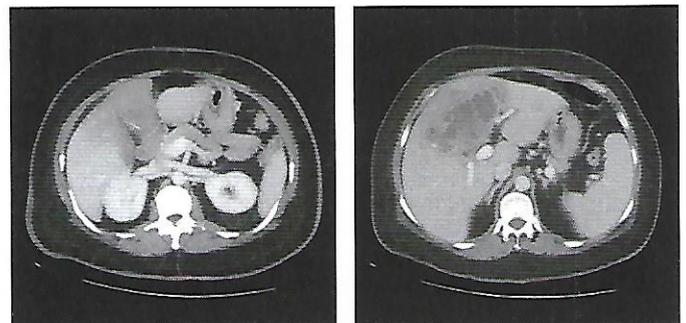
Touceda Bravo A.¹; García-Ciudad Young V.¹; Valeiras Crujeiras C.²

Urxencias do Hospital da Barbanza¹; Servizo de Radioloxía do Hospital Da Barbanza²

Muller diabética de 55 anos que consulta no noso Servizo de Urxencias por fiebre dunha semana de evolución acompañada de dor hipogástrica, diagnosticada sete días antes de infección urinaria, é tratada con cefixima sin melloría. Acude de novo por fiebre, postración e vómitos, como antecedente de interese refire episodio de molestias abdominais tras comer peixe dúas semanas antes do inicio da síndrome febril.

Analicamente destacan 18300 leucocitos (93% N), un TP do 48% e enzimas hepáticas elevadas. Realízase unha ecografía abdominal onde se observa unha gran masa quística multiloculada polo que se completa o estudo con TC de abdome visualizando un gran absceso, caracterizado por unha masa quística multiloculada con contido hiperdenso e posible burbulla de gas aislada, así coma infiltración da grasa subhepática adxacente ó leito vesicular e ó antro gástrico, con presenza de imaxe lineal de densidade calcio e lonxitude de aproximadamente 18 mm compatible con espiña de peixe.

Os abscesos hepáticos por corpo extraño son pouco frecuentes (menos do 5%), sendo as espiñas de pescado o axente identificado con maior frecuencia, trala súa migración a través da parede gástrica ou duodeno. Si ben representa un caso excepcional pro médico de Atención Primaria a importancia do mesmo radica en realizar unha correcta sospeita diagnóstica no caso de pacientes con fiebre, dor abdominal de evolución tórpid e antecedentes de disfagia/molestias abdominais tras inxesta de peixe.



LA IMPORTANCIA DE UN ECG

Alvar Pariente S.; Barreiro Cambeiro A.

C. S. Elviña-Mesoira

Resumen del caso: Paciente de 67 años, hipertensa y diabética, que acude al Centro de Salud a realizar ECG preoperatorio para cirugía de primer dedo en resorte de la mano derecha. En el ECG se observan ondas T negativas en V5 y V6 y aplanadas en I, II y aVL; comparando este registro con los previos se demuestra que es un hallazgo nuevo, por lo que se reenvía a Cardiología para su estudio. Interrogando a la paciente esta refiere opresión precordial y disnea en relación a esfuerzos moderados de larga evolución, que cedía rápidamente con el reposo, así como un soplo en foco aórtico en la exploración clínica. Se realizó ecocardiograma transtorácico donde se reveló una estenosis valvular aórtica de grado severo. Actualmente la paciente se encuentra en espera de recambio valvular.

Relevancia para la Atención Primaria: La estenosis aórtica sintomática es una enfermedad donde el recambio valvular es el único tratamiento capaz de mejorar los síntomas y la supervivencia. Esta enfermedad se puede sospechar con la clínica o, como en este caso, con cambios electrocardiográficos.

A través de este caso clínico se pretende destacar la importancia de una lectura detenida del electrocardiograma, ya que puede ser el único dato clínico de una enfermedad de relevancia.

"LA AMENAZA SILENCIOSA...."

Rodríguez Blanco A. F.

C.S.A Estrada

CASO CLÍNICO: Varón de 63 años: no AMC, HTA.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude por disfgia, náuseas, vómitos, dolor precordial y epigastalgia desde esta mañana, acompañado de febrícula. Sin traumatismos ni esfuerzos previos.

EXPLORACIÓN FÍSICA: COC.NH.NC.NP. Poliadenopatía. AP: Murmullo vesicular conservado. AC: Rítmico, no se auscultan soplos. Abdomen: blando, depresible, no se palpan masas ni megalias, ruidos intestinales presentes.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

ECG: ritmo sinusal a 69 lpm sin datos de isquemia aguda.

Rx tórax: sin datos de patología pleuropulmonar aguda. Análisis de sangre: Hemograma: leve leucocitos sin desviación izquierda. Troponinas seriadas en rango de la normalidad. Bioquímica normal.

Se ingresa en Medicina Interna para completar estudios complementarios y ver evolución.

JUICIO CLÍNICO: "Zoster sin herpes" o Zoster sine herpette.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: El herpes zoster es uno de los procesos más frecuentes en los servicios de urgencias. En el denominado "zoster sin herpes" o zoster sine herpette es posible la presencia del característico dolor del herpes zoster y otras manifestaciones dependientes de la localización de la afectación, pero sin lesiones cutáneas. El diagnóstico ha de hacerse por exclusión, descartando otras posibles causas de dolor regional. En algunos de estos enfermos se ha demostrado DNA viral en el material obtenido de ganglios raquídeos. El tratamiento con analgésicos y tratamiento antiviral es imprescindible para la mejoría del cuadro.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ICTUS OCCIPITAL IZQUIERDOEspantoso Romero M.¹; Del Villar Guerra Y. A.²; Duarte Pérez A.²C. S. Teis¹; XAP Vigo²**DESCRIPCIÓN CASO:**

Varón 50 años, fumador 21 cigarrillos/día. Ictus (Abuela, madre y tía). Sin otros factores de riesgo cardiovascular. Seguido en Oftalmología por aumento de PIO. Presenta déficit visual de 5 días de evolución. Refiere visión de luces con aura alrededor, imágenes borrosas, dificultad para diferenciar colores y sensación de malestar gástrico asociada.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Agudeza visual: El paciente refiere tener que buscar con movimientos de la cabeza el optotipo para poder leerlo
- Fondo de ojo: cambios sugestivos de daño glaucomatoso en ambos ojos.
- Campo visual: hemianopsia homónima derecha
- Motilidad ocular extrínseca: normal
- Resto normal

Dado que se evidencia déficit campimétrico de instauración aguda se deriva a urgencias:

- TC craneal: Hipodensidad cortico-subcortical occipital basal izquierda en relación con patología isquémica aguda/subaguda en territorio arteria cerebral posterior izquierda

Con diagnóstico de ictus isquémico de origen no-filiado, se prescribieron antiagregantes plaquetarios e ingresó para estudio etiológico.

JUICIO CLÍNICO: Hemianopsia homónima derecha secundaria a ictus isquémico occipital izquierdo.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: El examen oftalmológico debe ser parte del examen físico de todo paciente. Especialmente en aquellos pacientes que consultan por alteraciones oculares. La realización de un examen simplificado ocular nos permitirá una decisión en el manejo del caso en el marco de atención primaria o de urgencias.

"LO QUE LA TENSION ESCONDE...."

Rodríguez Blanco A. F.

C.S.A Estrada

CASO CLÍNICO: Paciente varón de 73 años: no AMC, HTA

MC: Acude a urgencias por cefalea desde hace aproximadamente 15 días, acompañada de mareos. Entre su historia clínica previa, destaca que a pesar de haber reducido la dosis de hipertensivo, el paciente tiene tendencia a la hipotensión. No refiere TCE previo.

EXPLORACIÓN FÍSICA: COC.NH.NC.NP. ACP: Normal. Expl NRL: pupilas isocóricas y normorreactivas, exploración pares craneales dentro de la normalidad, exploración cerebelosa normal. Sin datos de patología neurológica aguda. Resto de la exploración sin hallazgos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TAC cerebral: Hematoma subdural de probable origen crónico, con desviación de la línea media.

JUICIO CLÍNICO: Hematoma subdural crónico con desviación de la línea media.

RELEVANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: El hematoma subdural crónico (acumulación de sangre entre la duramadre y la superficie del cerebro) se produce con más frecuencia en edad avanzada por debilitamiento de las venas emisarias o tras traumatismos craneales leves. Otros factores de riesgo: consumo prolongado y excesivo de alcohol, AAS, aines, anticoagulantes...

Entre los síntomas se encuentran dificultad para la marcha, hablar o deglutir, somnolencia, cefaleas, crisis epiléptica, debilidad o insensibilidad en brazos, piernas o rostro entre otros (dependiendo del tamaño del hematoma y de dónde éste ejerza presión sobre el cerebro).

La técnica diagnóstica de elección es la TAC.

El tratamiento en la mayor parte de los casos requiere cirugía.

La presencia de la hipotensión es relevante, especialmente cuando el sujeto es hipertenso, pudiendo ser consecuencia de presencia de sangrado.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA VERSUS ICTUS

Espantoso Romero M.¹; Del Villar Guerra Y. A.²

C. S. Teis¹; XAP Vigo²

DESCRIPCIÓN CASO:

Varón 40 años hipertenso sin tratamiento. Mientras trabajaba sufre episodio de desviación de la comisura bucal. Al llegar al domicilio su esposa notó que no hablaba correctamente, "arrastraba la lengua", por lo que decidió acudir a nuestra consulta. A su llegada, asintomático.

Exploración física:

TA: 200/130 FC 79 lpm SatO2 Basal 100% Afebril

Exploración general y neurológica sin anomalías.

Ante la elevación de la presión arterial y la clínica previa descrita, se deriva a Urgencias para valorar posible ictus en el contexto de una emergencia hipertensiva.

Pruebas complementarias:

- Hemograma, coagulación y bioquímica normales
- ECG: normal
- TAC cerebral: Lesión hiperdensa 2.5 x 1.2 cm en región putaminal derecha en relación con hematoma

JUICIO CLÍNICO: Hematoma putaminal derecho hipertensivo.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: Las crisis hipertensivas constituyen un motivo de consulta frecuente que puede llegar a constituir una auténtica emergencia médica. Las emergencias hipertensivas se definen como la presencia de cifras de presión arterial elevadas acompañadas de alteración orgánica grave con riesgo de lesión irreversible y riesgo vital inmediato. Dentro de ellas encontramos:

- Encefalopatía hipertensiva
- Angina o infarto agudo de miocardio
- Accidente cerebrovascular
- Aneurisma disecante aórtico
- Hipertensión maligna
- Crisis catecolaminérgica
- Otras

La aplicación de pautas de conducta adecuadas puede suponer la salvación del individuo y evitar lesiones irreversibles.

FECALOMA GIGANTE

Espantoso Romero M.¹; Duarte Pérez A.²; del Villar Guerra Y.A.²

C. S. Teis¹; XAP Vigo²

DESCRIPCIÓN CASO:

Varón 35 años con encefalopatía temprana grave con severo retraso psicomotor, parálisis cerebral y cataratas precoces; que presenta cuadro de distensión abdominal y estreñimiento de más de 3 semanas de evolución.

A la exploración abdomen distendido de consistencia dura. Se palpa gran masa centroabdominal uniforme. No signos de irritación peritoneal. En examen rectal: se palpa masa fecal dura, pétreo. Ampolla rectal libre de heces. Ano dilatado. Se solicita Rx Abdomen que objetiva fecaloma gigante en impactación fecal alta.

JUICIO CLÍNICO: Fecaloma gigante.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA: El estreñimiento es un problema crónico en pacientes con cuadros neurológicos y en ancianos. Constituye un problema sanitario importante que habitualmente puede ser manejado a nivel de atención primaria. Siempre debemos tener en cuenta que existen síntomas de alarma que nos obligan a descartar organicidad.

- Estreñimiento de nueva aparición en mayores de 50 años
- Síntomas obstructivos
- Historia familiar de cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal
- Anemia ferropénica
- Pérdida de peso
- Sangrado rectal
- Sangre oculta en heces positivo

Ante un cuadro de estreñimiento debemos realizar una historia clínica detallada sobre el estilo de vida (tipo de dieta, actividad física, consumo de agua...) y revisar medicación, antecedentes personales y familiares. El diagnóstico de estreñimiento funcional debe ser considerado después de descartar organicidad.

VARÓN DE 40 AÑOS CON PÉRDIDA DE PESO

Regal Faraldo M.

UDMT de Galicia

Varón de 40 años que presenta desde hace 1 mes una pérdida importante de peso. Además, refiere cansancio, anorexia, sudores nocturnos ocasionales. Antecedente de infección respiratoria hace 2 meses. ex-ADVP y VHC positivo.

Exploración: febrícula, caquéctico, taquipneico, muguet oral, adenopatías axilares e inguinales bilaterales. AC: normal. AP: disminución de ruidos respiratorios en 2/3 inferiores hemotórax derecho y hepatoesplenomegalia.

Análítica: leucos 4.100 (N: 79%, L 14%) Plaquetas 364.000, fibrinógeno 619, bioquímica normal.VSG 126 Radiografía tórax: derrame pleural masivo, ensanchamiento mediastínico. Líquido pleural: ph 7.37, c.nucleadas: PN 10%, MN 90%, gluc 72, prot 6.5, LDH 854, ADA 81, pendiente PCR.TC Torácico: múltiples adenopatías y derrame pleura.

Los diagnósticos diferenciales son muchos (linfoma, toxoplasmosis, tuberculosis, citomegalovirus,..).

Espustos y serología negativas excepto VIH positiva.

Tras biopsia: Tuberculosis pleural y ganglionar diseminada.

Relevancia para atención primaria:

La tuberculosis reaparece en los 80 debido a múltiples factores, en parte por la aparición de la infección por VIH. La infección tuberculosa depende de la exposición, sistema defensivo y virulencia. En pacientes VIH positivos el riesgo de desarrollo de la enfermedad tuberculosa es muy superior a los inmunocompetentes. La coinfección TB-VIH produce una interacción negativa para ambas y mayor frecuencia de formas extrapulmonares o diseminadas. El nivel de inmunodeficiencia es clave.

El tratamiento es largo y requiere seguimiento, manejo de efectos secundarios e interacciones. Dejar constancia de la evolución, curación, fallo o abandono.

La principal causa de fracaso es el abandono precoz del tratamiento, se recomienda el tratamiento directamente supervisado.

ULCUS RODENS

Espantoso Romero M.¹; Del Villar Guerra Y.A.²; Duarte Pérez A.²

C.S. Teis¹; XAP Vigo²

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Motivo de consulta: Dolor en oreja derecha.

Antecedentes personales: HTA a tratamiento con IECA.

Enfermedad actual: Mujer 83 años que consulta por dolor en oreja derecha de unos días de evolución. Refiere tratamiento antibiótico tópico desde hace varios meses por herida en pabellón auditivo derecho.

A la exploración se aprecia lesión ulcerada en pabellón auditivo derecho sobreinfectada.

Impresiona como CARCINOMA BASOCELULAR – ULCUS RODENS.

El Ulcus rodens es una variedad de carcinoma basocelular ulcerado que se caracteriza por:

1. Ulceración inicial
2. Extensión superficial considerable
3. Extensión en profundidad importante, que representa la característica "corrosiva" del tumor (ulcus rodens)
4. Persistencia de un reborde perlado translucido, discretamente telangiectásico

RELEVANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA:

El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más frecuente y supone el 60% de los tumores de piel y un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. Su incidencia aumenta con la edad, siendo el 80% de los pacientes mayores de 50 años con una distribución hombre-mujer 2:1.

El pronóstico del carcinoma basocelular es excelente. Las metástasis aunque están descritas son excepcionales. Sin embargo no debemos olvidar que la evolución prolongada y sin tratamiento puede tener importantes consecuen-

cias secundarias a su poder de destrucción local, especialmente en zonas como el canto interno del ojo, pabellón auricular, órbita, etc.

DOCTORA, ¡ME CORRE ALGO POR EL PIE!

Espantoso Romero M.¹; Duarte Pérez A.²; Del Villar Guerra Y.A.²

C.S. Teis¹; XAP Vigo²

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Varón 32 años, brasileño, sin antecedentes de interés que reside en España desde hace 15 días. Consulta por lesiones lineales de tracto serpentiginoso, sobreelevadas y eritematosas en pie derecho, que han ido progresando en longitud.

Refiere intenso prurito local. No se observan lesiones similares en otras localizaciones. No presenta dificultad respiratoria ni otros síntomas sistémicos en la anamnesis por aparatos.

En la exploración física se evidencia lesión filiforme serpentiginosa eritematosa en dorso de pie derecho. El resto de la exploración: normal.

Se realizó analítica, radiografía tórax y parásitos en heces sin hallazgos de interés.

JUICIO CLÍNICO: Larva cutánea migrans.

CONCLUSIONES: La larva cutánea migrans es una parasitosis caracterizada por una erupción cutánea. El agente etiológico más frecuente es el *Ancylostoma braziliense* y la localización geográfica más frecuente son las zonas húmedas tropicales. El mecanismo de transmisión es el contacto directo de la piel con el suelo contaminado y húmedo (predominio en pies y abdomen). El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

RELEVANCIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA:

A pesar de no ser un diagnóstico frecuente en el ámbito de atención primaria, las enfermedades importadas de tipo infeccioso y parasitario han adquirido una prevalencia creciente en nuestro medio debido a los movimientos migratorios y al aumento del turismo, por ello debemos tener en cuenta esta posibilidad.

PARA GUSTOS COLORES: VIOLETA, LILA O PÚRPURA

Felpete López P.¹; Pardo Planas I.¹; Regueiro Martínez A.A.¹; Quintela Martínez J.²; Gomara Villabona S.¹; Lois López V.²

C. S. de Vilanova de Arousa¹; C. S. de Baión²

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 75 años de raza caucásica, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia, fibrilación auricular paroxística anticoagulada con acenocumarol, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertrofia benigna de próstata y lobectomía por tuberculosis pulmonar en su juventud. Consultaba por lesiones pruriginosas, de tipo macular, hiperpigmentadas o eritematovioláceas, agrupadas, en axila y cara interna de brazo derecho, siguiendo distribución lineal, de semanas de evolución. Presentaba otra lesión similar en pliegue inguinal derecho de varios meses de evolución, interpretada como tinea cruris y tratada con antimicóticos tópicos sin mejoría. No se pudo identificar ningún agente precipitante. Tras consulta de Telemedicina con Dermatología se establece la sospecha clínica de liquen plano pigmentoso inverso, con posterior confirmación anatomopatológica. Se solicitó hemograma, bioquímica general y serología VHB y VHC sin encontrar alteraciones de interés y se inició tratamiento con antihistamínicos orales y tacrolimus tópico 0,1% con aclaramiento significativo de las lesiones a las pocas semanas.