

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

—DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA—
DE MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

Nº 1 • VOL 28

ABRIL 2026

5 EDITORIAL

IGUALDAD DE GÉNERO Y DIFERENCIAS EN SALUD

María Tablado M.A.

6 INCIDENTES CRÍTICOS

1. HIPOTENSIÓN Y COLAPSO TRAS TRATAMIENTO INICIAL: CUANDO LA INSUFICIENCIA CARDÍACA NO ERA EL DIAGNÓSTICO CORRECTO

Gili Mulet B Alcayna J., Arredondo Alcayna J., Ibáñez Arbós A.

2. SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN EJEMPLO EN EL QUE HICIMOS DAÑO

Cauqui Díaz, C., Arredondo Alcayna J., Bengelloun García A.

3. TUS MANOS SABEN LO QUE COMES

Sierra Santos L., Madrid Fernández J., Joaquín Márquez Andrés J.

4. MEJOR COMPROBAR QUE ALARMAR

Del Real Vida S., Sierra Santos L., Rodríguez Turégano P.

5. CUANDO RESPETAR ES DEJAR MARCHAR

Pascual Such I.

16 CASOS CLÍNICOS

1. PITIRIASIS ROSADA

Hernando Nieto R., Criado Alonso E., Millán Hernández E..

2. DIARREA, FIEBRE Y DOLOR ARTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ARTRITIS REACTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pascual Such, I., Álvarez Hernández, N., Guglielmi, M.E.

3. EL ZÓSTER ATACA DE NUEVO

Arredondo Alcayna J., Díaz Silva A., Álvarez García M.C.

4. LAGO VENOSO EN DORSO LINGUAL: UN CASO, UN HALLAZGO, UN DIAGNÓSTICO

Romero Barzola M.Y., Sierra Santos L., Castro Barrio M.

5. MÁS ALLÁ DEL ARDOR: EL DIAGNÓSTICO INESPERADO DE UNA DISFAGIA

Pascual Such I., Guglielmi M.E., Álvarez Hernández N.

6. ALGUNAS VECES, LOS PACIENTES SON COMO DICEN LOS LIBROS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernández López Pintos N., Aparicio Sanmartín E., Quintana Gómez J. L.

7. ¿CAUSALIDAD O CONSECUENCIA?

Ortolá Cano H., Martínez-Sepúlveda T., Ibáñez Delgado I., Paniura Pinedo MP.

8. LO QUE SE ESCONDE TRAS UNA CEFALEA PERSISTENTE

Rodríguez Arilla A., Paniura Pinedo M., López Gil A.

9. UN HALLAZGO INESPERADO TRAS UN DOLOR LUMBAR

Pascual Such I., Álvarez Hernández N., Coloma Seguí C.

10. LESIÓN GENITAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Arilla A., Luque García L., Paniura Pinedo M.

11. EL DOLOR QUE VOLVIÓ A PRIMARIA... Y POR FIN TUVO NOMBRE

Pascual Such I., Álvarez Hernández N., Linares de la Vega J.

12. VEO, VEO... ¿QUÉ VES? UN CASO DE SÍNDROME DE CHARLES BONNET EN URGENCIAS.

Guglielmi Fernández Gill ME., Pascual Such I., Delgado Goñi L.

13. CUANDO UNA ÚLCERA "MENOR" TERMINÓ SIENDO MAYOR

Pascual Such I., Coloma Seguí C., Fernández Castro Y.

14. DISTENSIÓN ABDOMINAL SILENCIOSA, ALARMA TARDÍA

Álvarez Hernández N., Pascual Such I., Rincón Benavent AM.

15. LA CLAVE ESTABA EN EL FONENDO

Pascual Such I., Álvarez Hernández N., Guglielmi Fernández M.E.

16. MÁS ALLÁ DE LA TENDINITIS: CUANDO EL DOLOR OCULTA OTRAS CAUSAS

Resino Rocha M., Méndez Gutiérrez V.V. Cañal Martínez P., Jauregui Artola X.

17. NO TODO ESTREÑIMIENTO SE ESTUDIA CON COLONOSCOPIA

Silván Domínguez M., David Iglesias C., Gómez Godoy M., Jiménez Gil C., Díaz Grajal L.A.

54 CAFELITO

LA MEDICINA TIENE NOMBRE DE MUJER

Álvarez Espinosa M.C.

55 LECTURA COMENTADA

¿ES SUFICIENTE 7000 PASOS DIARIOS?

Arredondo Alcayna J., Gili Mulet B., De la Figuera Dorado N.

57 CARTA AL DIRECTOR

1. SOMOS LA LECHE

Cauqui Díaz, C.

2. CARTA REFLEXIÓN ROTACIÓN AP

Domínguez Arnillas C.

3. LO QUE NO TE CUENTAN

Pascual Such I.

4. DESPEDIDA DE UNA MÉDICO DE FAMILIA

González Tardón P.

62 TABERNA DE PLATÓN

CINCO LOBITOS. LA CARGA DEL CUIDADO

Cámara Escribano C.

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

—DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA—
DE MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

Nº 1 • VOL 28

ABRIL 2026

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Director: Miguel Ángel María Tablado

Comité Editorial: Cristina Angulo García, Almudena Castaño Reguillo, Araceli Garrido Barral, Ileana Gefaell Larrondo, Rafael Llanes de Torres, Miguel Ángel María Tablado, Rodrigo Medina García, Juan Carlos Muñoz García, Ana Pereira Iglesias, Isabel Prieto Checa

Secretaría de redacción: Manuela Córdoba Victoria

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Presidencia: Alberto Cotillas Rodero. **Vicepresidencia y Tesorería:** Alejandra Montero Costa.

Secretaría: Cristina Cáceres Cortés. **Vocalía de Investigación:** Rodrigo Medina García e Ileana Gefaell Larrondo.

Vocalía de Formación: María Herreros Pérez y Lidia Arias Tobeña.

Vocalía de Gdt: Marta Merlo Loranca y Mercedes Figueroa Martín Buitrago.

Vocalía de Residentes: Núria Prieto Herrero y Antía Codina Rodríguez.

Vocalía de JMF: Almudena Castaño Reguillo y Jorge Pérez González.

Vocalía del PAPPS: Sara Belinchón Moyano

Vocalía de Tutores: Rocío Álvarez Nido. **Vocalía de Médicos Jubilados:** Juan Carlos Muñoz García.

REVISTA EDITADA POR:

SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Téllz 18 28007 Madrid

Teléfono móvil: 620020076

E-mail: somamfyc@somamfyc.com • WEB: www.somamfyc.com

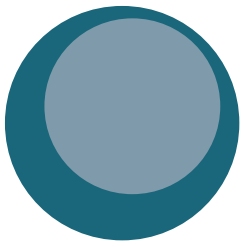
ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

EL COMITÉ EDITORIAL NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS DE OPINIÓN.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso de los titulares del Copyright.

© **SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA**

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN: Artes gráficas Cofás, S. A. Calle Juan de la Cierva, 58. Pol. Ind. Prado de Regordoño. 28936 Móstoles (Madrid)



SUMARIO

4 EDITORIAL

IGUALDAD DE GÉNERO Y DIFERENCIAS EN SALUD

María Tablado M.A.

6 INCIDENTES CRÍTICOS

1. HIPOTENSIÓN Y COLAPSO TRAS TRATAMIENTO INICIAL: CUANDO LA INSUFICIENCIA CARDÍACA NO ERA EL DIAGNÓSTICO CORRECTO

Gili Mulet B., Alcayna J., Arredondo Alcayna J., Ibáñez Arbós A.

2. SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN EJEMPLO EN EL QUE HICIMOS DAÑO

Cauqui Díaz, C., Arredondo Alcayna J., Bengelloun García A.

3. TUS MANOS SABEN LO QUE COMES

Sierra Santos L., Madrid Fernández J., Joaquín Márquez Andrés J.

4. MEJOR COMPROBAR QUE ALARMAR

Del Real Vida S., Sierra Santos L., Rodríguez Turégano P.

5. CUANDO RESPETAR ES DEJAR MARCHAR

Pascual Such I.

16 CASOS CLÍNICOS

1. PITIRIASIS ROSADA

Hernando Nieto R., Criado Alonso E., Millán Hernández E.

2. DIARREA, FIEBRE Y DOLOR ARTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ARTRITIS REACTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pascual Such I., Álvarez Hernández, N., Guglielmi, M.E.

3. EL ZÓSTER ATACA DE NUEVO

Arredondo Alcayna J., Díaz Silva A., Álvarez García M.C.

4. LAGO VENOSO EN DORSO LINGUAL: UN CASO, UN HALLAZGO, UN DIAGNÓSTICO

Romero Barzola M.Y., Sierra Santos L., Castro Barrio M.

5. MÁS ALLÁ DEL ARDOR: EL DIAGNÓSTICO INESPERADO DE UNA DISFAGIA

Pascual Such I., Guglielmi M.E., Álvarez Hernández N.

6. ALGUNAS VECES, LOS PACIENTES SON COMO DICEN LOS LIBROS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernández López Pintos N., Aparicio Sanmartín E., Quintana Gómez J. L.

7. ¿CAUSALIDAD O CONSECUENCIA?

Ortolá Cano H., Martínez-Sepúlveda T., Ibáñez Delgado I., Paniura Pinedo M.P.

8. LO QUE SE ESCONDE TRAS UNA CEFALEA PERSISTENTE

Rodríguez Arilla A., Paniura Pinedo M., López Gil A.

9. UN HALLAZGO INESPERADO TRAS UN DOLOR LUMBAR

Pascual Such I., Álvarez Hernández N., Coloma Seguí C.

10. LESIÓN GENITAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Arilla A., Luque García L., Paniura Pinedo M.

11. EL DOLOR QUE VOLVIÓ A PRIMARIA... Y POR FIN TUVO NOMBRE

Pascual Such I., Álvarez Hernández N., Linares de la Vega J.

12. VEO, VEO... ¿QUÉ VES? UN CASO DE SÍNDROME DE CHARLES BONNET EN URGENCIAS.

Guglielmi Fernández Gill M.E., Pascual Such I., Delgado Goñi L.

13. CUANDO UNA ÚLCERA "MENOR" TERMINÓ SIENDO MAYOR

Pascual Such I., Coloma Seguí C., Fernández Castro Y.

14. DISTENSIÓN ABDOMINAL SILENCIOSA, ALARMA TARDÍA

Álvarez Hernández N., Pascual Such I., Rincón Benavent AM.

15. LA CLAVE ESTABA EN EL FONENDO

Pascual Such I., Álvarez Hernández N., Guglielmi Fernández M.E.

16. MÁS ALLÁ DE LA TENDINITIS: CUANDO EL DOLOR OCULTA OTRAS CAUSAS

Resino Rocha M., Méndez Gutiérrez V.V. Cañal Martínez P., Jauregui Artola X.

17. NO TODO ESTREÑIMIENTO SE ESTUDIA CON COLONOSCOPIA

Silván Domínguez M., David Iglesias C., Gómez Godoy M., Jiménez Gil C., Díaz Grajal L.A.

54 CAFELITO

LA MEDICINA TIENE NOMBRE DE MUJER

Álvarez Espinosa M.C.

55 LECTURA COMENTADA

¿ES SUFICIENTE 7000 PASOS DIARIOS?

Arredondo Alcayna J., Gili Mulet B., De la Figuera Dorado N.

57 CARTA AL DIRECTOR

1. SOMOS LA LECHE

Cauqui Díaz, C.

2. CARTA REFLEXIÓN ROTACIÓN AP

Domínguez Arnillas C.

3. LO QUE NO TE CUENTAN

Pascual Such I.

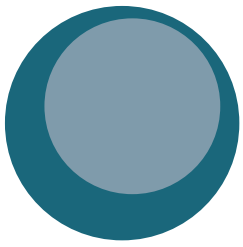
4. DESPEDIDA DE UNA MÉDICO DE FAMILIA

González Tardón P.

62 TABERNA DE PLATÓN

CINCO LOBITOS. LA CARGA DEL CUIDADO

Cámara Escribano C.



IGUALDAD DE GÉNERO Y DIFERENCIAS EN SALUD

■ María Tablado, M.A.
C.S. Canillejas

La relación entre género y salud no es únicamente una cuestión social o política: es un determinante estructural de la salud de las poblaciones. Un reciente editorial de *The Lancet* recuerda que los conceptos de género, equidad e igualdad se han convertido en objeto de creciente contestación política y cultural, con decisiones institucionales que incluso han intentado limitar el uso del término “género” o reducir las políticas de diversidad, equidad e inclusión en el ámbito sanitario como es el reciente ejemplo de Estados Unidos¹. Estas tendencias, advierte la revista, tienen consecuencias potencialmente negativas para la salud pública y para el progreso científico.

El editorial de *The Lancet* recuerda que sigue habiendo grandes desigualdades de salud por motivo de género a nivel global. Un estudio reciente estima que más de 600 millones de mujeres han sufrido violencia por parte de su pareja a lo largo de su vida, y más de mil millones han experimentado violencia sexual durante la infancia en todo el mundo con su consiguiente impacto en salud. Estas cifras evidencian la magnitud de un problema de salud pública que trasciende las fronteras geográficas y que exige respuestas sanitarias coordinadas y sostenidas.

En contextos de conflicto bélico, pobreza o inestabilidad política, estas desigualdades se intensifican. El caso de Afganistán, señalado en el editorial, ilustra cómo la restricción del acceso de las mujeres a la educación —incluida la formación sanitaria— repercute directamente en la salud materna y neonatal. La ausencia de profesionales sanitarios formados deteriora la calidad de la atención prenatal y perinatal y aumenta el riesgo de mortalidad materna. De hecho, los informes de la Organización Mundial de la Salud indican que cerca de dos tercios de las muertes maternas ocurren en entornos inestables o afectados por conflictos.

Existe otro riesgo que emana de políticas como las adoptadas por Estados Unidos como son las restric-

ciones en la investigación y recopilación de datos sobre diferencias en salud por motivo de sexo y género. La interrupción o reducción de financiación para estudios sobre cáncer, enfermedad de Alzheimer o salud sexual y reproductiva puede frenar avances científicos fundamentales para comprender cómo estas enfermedades afectan de forma diferente a hombres, mujeres y disidentes sexuales y de género. Todo esto añadido a la clásica invisibilidad de las diferencias de sexo y género en la investigación que suelen traducirse en diagnósticos más tardíos, tratamientos menos adecuados o estrategias preventivas menos eficaces.

En este contexto, la atención primaria tiene un papel estratégico a nivel internacional. La medicina de familia caracterizada por su enfoque integral esta más orientada a identificar factores sociales y de género que influyen en la salud, desde las desigualdades en el acceso a recursos sanitarios o sociales hasta la violencia de género. Asimismo, los profesionales de atención primaria podemos y debemos desempeñar un papel clave en la detección precoz de situaciones de vulnerabilidad, en la promoción de la salud, en la defensa de políticas sanitarias más equitativas, en la investigación y prevención con perspectiva de género.

Los ejemplos señalados por *The Lancet* muestran que el avance hacia la igualdad de género puede tener efectos positivos medibles en salud. Experiencias de liderazgo político femenino o de estructuras institucionales más inclusivas se han asociado con mejoras en indicadores como la utilización de cuidados prenatales o la vacunación infantil.

En un momento en el que estos discursos adquieren mayor visibilidad en distintos ámbitos políticos y sociales, la comunidad sanitaria debe reafirmar su compromiso con la evidencia científica y con los valores de equidad y justicia propios del ADN de la medicina de familia.

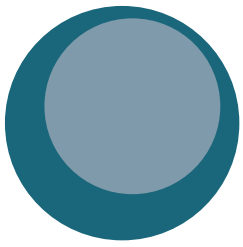
Proteger la salud de las poblaciones implica, necesariamente, proteger y promover la igualdad de género. Como concluye el editorial de *The Lancet*, avanzar hacia sociedades más saludables exige avanzar también hacia sociedades más equitativas.

Si nos parece que estas políticas iniciadas en Estados Unidos no nos afectan, al menos, nos hacen pensar en qué hemos avanzado y qué nos queda por hacer.

“Piensa en global y actúa local”.

BIBLIOGRAFÍA

1. The Lancet. Gender equality and equity: essential for health and society. *Lancet*. 2026 Mar 7;407(10532):915. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(26\)00456-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00456-3)



INCIDENTES CRÍTICOS

1. HIPOTENSIÓN Y COLAPSO TRAS TRATAMIENTO INICIAL: CUANDO LA INSUFICIENCIA CARDÍACA NO ERA EL DIAGNÓSTICO CORRECTO (R-2025-59)

■ Gili Mulet B Alcayna J.^(a), Arredondo Alcayna J.^(b), Ibáñez Arbós A.^(c).

^(a) Médico residente de 2º año de MFYC en C.S La Marazuela. Correo: bartomeu.gil@salud.madrid.org

^(b) Médico residente de 4º año de MFYC en C.S Valle de la Oliva.

^(c) Médico residente de 3º año de MFYC en C.S La Marazuela.

Todos los autores partícipes declaramos no tener conflicto de interés alguno y que este trabajo no ha sido publicado en otras revistas.

Se han utilizado herramientas de inteligencia artificial en la búsqueda de bibliografía.

DESCRIPCIÓN: ¿QUÉ HA OCURRIDO?

Durante una guardia, atendí a un varón de 67 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica estadio 4, hipertensión y diabetes tipo 2. Refería 4 días de disnea progresiva, edemas en miembros inferiores y ortopnea. A la exploración: TA 145/85 mmHg, FC 96 lpm, SatO₂ 92% aire ambiente, FR 22, crepitantes bibasales y edemas maleolares bilaterales. Afebril.

La impresión inicial fue insuficiencia cardíaca descompensada. Siguiendo esa hipótesis, administré 40 mg de furosemida IV en los primeros 15 minutos, sin realizar previamente radiografía de tórax, proBNP, procalcitonina ni ecografía clínica.

A los 30 minutos, el paciente presentó hipotensión (TA 80/50 mmHg) y empeoramiento de la disnea. La analítica mostró creatinina 3,1 mg/dl (previa 2,5), urea 110 mg/dl y leucocitosis 14.500/mm³. La radiografía reveló infiltrado alveolar derecho. Tras reevaluar con el adjunto, el diagnóstico más probable fue neumonía con posible sepsis e insuficiencia cardíaca concomitante. Se inició tratamiento antibiótico y fluidoterapia ajustada a la función renal.

Resumen: en un paciente con ERC, iniciar diurético sin confirmar sobrecarga real puede precipitar hipotensión y empeoramiento renal retrasando el tratamiento correcto.

PREGUNTA

¿Cómo afinar el diagnóstico de disnea aguda en pacientes con insuficiencia renal crónica para evitar intervenciones que puedan desestabilizarlos?

OBJETIVO

- Mantener un abordaje rápido pero seguro de la disnea en pacientes con ERC.
- Integrar pruebas rápidas antes de diuréticos en casos no completamente claros.
- Ajustar el tratamiento a la función renal y la situación hemodinámica.
- Consultar con el adjunto antes de iniciar tratamientos de riesgo en cuadros complejos.

MÉTODO

- Revisión del caso con adjunto y compañeros.
- Consulta de guías ESC (insuficiencia cardíaca) y búsqueda bibliográfica.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

APRENDIDO

En pacientes con ERC, la congestión clínica puede coexistir con hipovolemia efectiva, y el inicio de diurético sin confirmación puede provocar hipotensión y fracaso renal agudo, sobre todo si la causa principal es infecciosa. Las guías respaldan iniciar diurético precoz si la insuficiencia cardíaca aguda es eviden-

te, pero en pacientes renales hay que extremar la prudencia cuando el diagnóstico no es inequívoco.

MEJOR PROCEDIMIENTO PARA APRENDER

La revisión del caso con el adjunto me aportó perspectiva práctica y matices en la toma de decisiones. Por otra parte, destaco la búsqueda bibliográfica y revisión de guías.

APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA

Hoy, antes de dar diurético en un paciente con ERC (salvo congestión muy clara y amenazante), realizo:

1. Historia clínica breve pero completa.
2. Exploración física detallada.

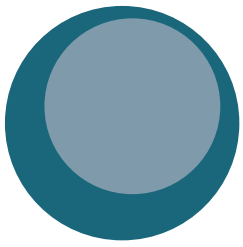
3. Solicitud inmediata de radiografía de tórax, proBNP y procalcitonina.
4. En el futuro, valorar realización de POCUS pulmonar y cardíaco
5. Discusión rápida con el adjunto si persisten dudas.

FALTA POR APRENDER

Me he dado cuenta de la importancia y la ayuda que puede aportar la POCUS en estos casos, por lo que tengo la intención de realizar un curso o taller cuando me sea posible, para incorporarla como herramienta habitual en el diagnóstico rápido en urgencias. Profundizar en el manejo de cuadros combinados de insuficiencia cardíaca e infección en pacientes con ERC, donde el balance hídrico es especialmente delicado.

BIBLIOGRAFÍA

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599-3726.
2. Pan A, Stiell IG, Dionne R, Maloney J. Prehospital use of furosemide for the treatment of heart failure. *Emerg Med J*. 2015;32(1):36-43. doi:10.1136/emered-2013-202874.



INCIDENTES CRÍTICOS

2. SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN EJEMPLO EN EL QUE HICIMOS DAÑO (R-2025-68)

■ Cauqui Díaz, C.⁽¹⁾, Arredondo Alcayna J.⁽²⁾, Bengelloun García A.⁽²⁾.

⁽¹⁾ R4 MFyC. Consultorio Colmenarejo, Madrid.

⁽²⁾ R4 MFyC. Centro de Salud Valle de la Oliva, Majadahonda, Madrid.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

El trabajo enviado para revisión no ha sido publicado previamente en ninguna otra revista científica.

- Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020.

- Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (Estudio APEAS).

DESCRIPCIÓN

Durante una guardia, presencié como otro médico pautaba un anticoagulante oral por error a una paciente con neumotórax que precisaba la inserción de un tubo de drenaje. Tenía abierta su ficha y prescribió la medicación de otro paciente. La repercusión fue que los cirujanos torácicos tuvieron que aplazar la intervención, al no ser emergente decidieron reducir riesgos (que antes no había y que eran evitables).

PREGUNTA

En cuanto a la seguridad del paciente se refiere, ¿qué estrategias de prevención existen en medicina?

OBJETIVO

Conocer el concepto de seguridad del paciente, la magnitud del problema y cómo se realiza la vigilancia de los sucesos adversos relacionados con la asistencia. Saber las estrategias de prevención

MÉTODO

Estudio y lectura de los siguientes documentos:

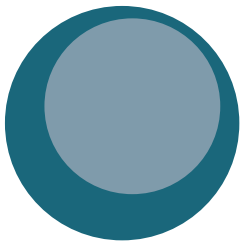
- El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial, y la OMS lo define como “la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud”. He repasado el Modelo de Reason, que nos ayuda a comprender cómo y por qué ocurren errores: en este caso no solo fue cuestión de que un médico pautara un fármaco erróneo, sino que también se saltaron otros niveles de seguridad, por ejemplo, enfermería lo administró sin confirmar antes si esa paciente estaba anticoagulada previamente.

Además, he revisado las prácticas seguras, que se definen como aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente (lavado de manos, uso de listas de control antes, durante y después de la cirugía, utilizar menos sondas vesicales, evitar el uso de abreviaturas, la revisión de la medicación —que faltó en el caso que expongo arriba).

Aplico el aprendizaje a la práctica conociendo que la actividad sanitaria es una actividad de riesgo, pero también teniendo presente que hay medidas para reducir el riesgo, y poniéndolas en práctica. Ejemplos: respetar los 5 momentos del lavado de manos o, una vez llamado un paciente por megafonía, cuando entra a la consulta, confirmar que es el paciente correcto.



INCIDENTES CRÍTICOS

3. TUS MANOS SABEN LO QUE COMES (R-2025-74)

■ Sierra Santos L.⁽¹⁾, Madrid Fernández J.⁽²⁾, Joaquín Márquez Andrés J.⁽²⁾

⁽¹⁾ Médica de Familia, consultorio de San Agustín de Guadalix, C.S. El Molar.

⁽²⁾ Estudiante de Medicina del centro Universitario HM Hospitales, ciencias de la salud UCJC.

No existe una declaración de conflictos de interés entre los autores de este trabajo.

Este trabajo no ha sido publicado ni enviado para revisión a otra revista científica.

DESCRIPCIÓN

Mujer de 63 años que acude a consulta para ser informada de los resultados de su analítica y renovación de la medicación. Durante la revisión de la analítica no vemos ningún valor extraño o alterado, pero en la exploración física se hace visible una coloración amarillenta en las manos, lo cual nos llama la atención debido a la normalidad en el valor de la bilirrubina.

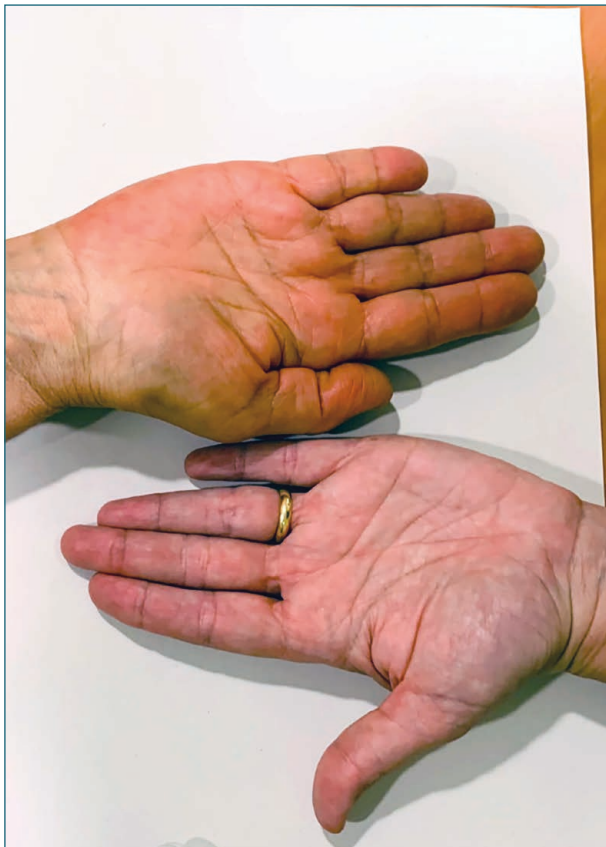


Figura 1. Publicado con el consentimiento del paciente.

La paciente declara que le lleva ocurriendo desde hace un tiempo.

Decidimos hacer una exploración más exhaustiva, fijándonos sobre todo en la esclerótica (debido a que es el mayor indicador de patología ictericia), observando que está normocoloreada, al igual que los labios. Sin embargo, encontramos coloración en la planta de los pies, de una mayor intensidad que la de las manos.

Dada la situación decidimos preguntar por esta situación directamente a la paciente, que nos contó que en la playa existe un efecto de fluorescencia cuando entra al mar, acentuándose aún más los síntomas. Nuestra siguiente pregunta fue sobre su dieta habitual, a lo cual contestó que consume 250 gramos de zanahorias diarios desde hacía un par de meses, lo que nos hizo sospechar de una carotenemia.

Fotografía obtenida con el consentimiento del paciente, mano superior anaranjada por el pigmento, mano inferior de la foto de otra persona con color normal.

EMOCIONES DESPERTADAS

Curiosidad, incertidumbre.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA:

¿Que es la carotenemia o carotenodermia? ¿Como podemos diferenciarla de una ictericia? ¿Miramos al paciente? ¿Es importante la exploración física?

OBJETIVO

- Aprender sobre signos que pueden descartar diagnósticos únicamente gracias a la exploración física.
- Realizar preguntas que puedan acercarnos al diagnóstico.
- Diferenciar la carotenemia de la ictericia.

MÉTODO

- Rotación rural
- Historia clínica
- Realización de preguntas al paciente
- Estudio de bibliografía

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿QUE SE HA APRENDIDO?

Hemos aprendido sobre la importancia de la observación de los detalles en el proceso de exploración física. Tener un objetivo claro como es el motivo de consulta principal del paciente, así como no olvidar otros posibles signos que el paciente ha podido pasar por alto que pueden llegar a ser patológicos a normales. Realizar las preguntas adecuadas para poder llegar a un diagnóstico acertado.

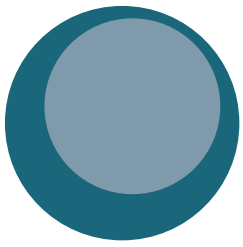
Gracias a este caso, hemos aprendido a ser más minucioso a la hora de hacer la exploración física y la realización de preguntas relacionadas a ella.

¿QUE ES LA CAROTENEMIA O LA CAROTENODERMIA?

La carotenodermia es una melanodermia caracterizada por la coloración amarilla-anaranjada anormal de la piel, por el acúmulo excesivo de carotenoides como el β -caroteno en el estrato córneo de la epidermis¹. Su distribución típica afecta sobre todo a las palmas de las manos, plantas de los pies y pliegue naso labial, sin afectar las mucosas ni la esclerótica, permitiendo diferenciarla de la ictericia. La causa más frecuente es la ingesta excesiva de alimentos ricos en carotenos, haciéndola benigna y reversible al reducir el consumo de productos ricos en carotenoides y no está asociada con disfunción hepática o con un aumento de bilirrubina^(1,2). Otras posibles etiologías son el hipotiroidismo, diabetes mellitus, hiperlipidemias, anorexia nerviosa, errores congénitos del metabolismo y enfermedades renales y hepáticas⁽³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Morales N, Campos-Muñoz M, González-Cruz C, López-Navarro N, Alcaide-Martín A. Carotenodermia en un paciente con colitis ulcerosa. *Gastroenterol Hepatol*. 2017;40(8):549-50.
2. Sachdeva S, Amin S, Alsayouri K. Carotenemia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. PMID: 30480933.
3. González Sánchez R, León Martín A, Correa González C, Saez de la Fuente J. Carotenodermia: a propósito de un caso. *Fapap* [Internet]. 2015 [citado 23 Oct 2024];5:32-4. Disponible en: <https://fapap.es/files/639-502-RUTA/c7d23179b4b6fc68c0e22537205fa30f.pdf>



INCIDENTES CRÍTICOS

4. MEJOR COMPROBAR QUE ALARMAR (R-2026-01)

■ Del Real Vida S.⁽¹⁾, Sierra Santos L.⁽²⁾, Rodríguez Turégano P.⁽²⁾

⁽¹⁾ Estudiante de Medicina, Universidad Camilo José Cela.

⁽²⁾ Médica de familia, Consultorio San Agustín de Guadalix (C.S El Molar).

Declaración de conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Declaración de originalidad: EL trabajo enviado no ha sido publicado previamente ni se encuentra en ninguna otra revista científica.

DESCRIPCIÓN

A una paciente de 55 años se le realizó una radiografía de tórax AP solicitada por el urólogo para una litotricia. En el transcurso de la prueba, un técnico en radiodiagnóstico informó verbalmente a la paciente de una lesión mamaria de características sospechosas. (imagen 1). La información fue transmitida antes de la valoración e informe por parte de un médico responsable. Esto generó preocupación en la paciente. La paciente acude a su centro de salud muy alarmada, por lo cual se solicita otra radiografía (proyección de PA de tórax y lateral) visualizamos burbuja gástrica en el hemiabdomen superior izquierdo (Figura 2). En la radiografía lateral del tórax (Figura 3) se observa gran



Figura 1. Radiografía de tórax inicial. Publicado con el consentimiento del paciente.

cantidad de gas en la región gástrica, con apariencia compatible de distensión abdominal, visible inferior al diafragma.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

1. ¿Los médicos deben seguir la visualización de la radiografía siguiendo estrictamente los protocolos de las distintas imágenes tanto para la radiografía de tórax postero anterior como lateral?
2. ¿Es necesario que las placas de tórax sospechosas de malignidad sean informadas por radiólogos?



Figura 2. Radiografía de tórax en proyección posteroanterior. Publicado con el consentimiento del paciente.



Figura 3. Radiografía lateral de tórax. Publicado con el consentimiento del paciente.

3. ¿Qué papel juega la colaboración entre médicos de familia y especialistas en radiología para optimizar el manejo de hallazgos radiográficos complejos?

OBJETIVO

Revisar cómo se realiza y se optimiza la técnica para evitar cualquier factor que puede alterar la interpretación de la radiografía¹.

Mantener un protocolo estructurado y consistente para la lectura de radiografías.

Subrayar la necesidad del trabajo de manera conjunta entre los médicos de familia y los radiólogos.

Reforzar la importancia del personal técnico no solo prepare correctamente al paciente para la exploración, sino que también mantenga una comunicación prudente, evitando interpretaciones que puedan generar preocupación antes de que exista una valoración médica.

MÉTODO

1. Consulta de protocolos en la realización de radiografías y de orden de correcta lectura de una radiografía.
2. Sesiones clínicas con los especialistas

3. Aprendizaje asistido por ordenador
4. Consulta de libros de texto
5. Búsqueda bibliográfica

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿QUÉ HAS APRENDIDO?

Evitar conclusiones precipitadas utilizando protocolos.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE

Se recomienda fomentar la coordinación entre médico, enfermería y radiólogo para mejorar la interpretación de las radiografías y reconocimiento de elementos que puedan interferir en la imagen, reduciendo así posibles confusiones diagnósticas².

En la práctica diaria, resulta esencial el trabajo conjunto dentro del equipo. Especialmente a la hora de poner en común criterios de atención al paciente, con el fin de obtener una asistencia más coherente y eficaz.

¿CÓMO SE LLEVA ESTE APRENDIZAJE A LA PRÁCTICA?

A través del uso de protocolos comunes y de la cooperación continua entre los distintos profesionales del equipo.

¿QUÉ QUEDA POR APRENDER Y CÓMO INCORPORARLO?

Realizar actividades de actualización de especialistas y revisar casos radiológicos en sesiones clínicas periódicas dentro del centro de salud.

CONCLUSIONES

Este caso pone de manifiesto la importancia de una correcta organización del proceso diagnóstico y de una comunicación adecuada con el paciente. Los comentarios realizados sin valoración médica previa pueden generar preocupación innecesaria y confusión. En este sentido, la continuidad asistencial propia de la medicina de familia facilita la aplicación de estrategias de prevención cuaternaria³. Resulta fundamental que la información sobre los hallazgos de las pruebas de imágenes transmita de forma clara y prudente, evitando generar preocupación innecesaria y contribuyendo así a una atención sanitaria más segura y de mayor calidad.

BIBLIOGRAFÍA

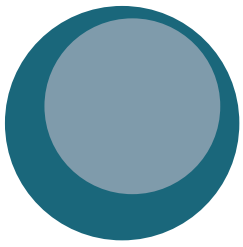
1. Mora P. Optimización de la técnica radiográfica del tórax PA. Acta med costarric 2002; 44: 149-154.
2. Legorburu Toña M, Diez Fores P, Onís González E, Saenz Aguirre M, García de Andoin Sojo C, Alonso Sánchez I. Nada es lo que parece: hallazgos que simulan patología en la radiografía de tórax. Póster presentado en: 35 Congreso Seram; 2021; edición virtual.
3. C. Martins, M. Godycki-Cwirko, B. Heleno, J. Brodersen. Quaternary prevention: reviewing the concept. Eur J Gen Pract, 24 (2018), pp. 106-111.

XXXII CONGRESO
SOMaMFyC
Sociedad Madrileña de Medicina de Familia Comunitaria

4 de junio

MFyC
donde todo converge

Colegio Salesianos de Atocha
Calle Sebastián Elcano 35



INCIDENTES CRÍTICOS

5. CUANDO RESPETAR ES DEJAR MARCHAR (R-2026-04)

- Pascual Such I.
Médico Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Jazmín.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Se presenta el caso de una mujer de 83 años con antecedentes de cáncer de colon estadio II, intervenido quirúrgicamente años atrás, sin haber recibido tratamiento quimioterápico adyuvante por decisión propia. En controles posteriores se identificó una lesión pulmonar metastásica, para la cual se le ofrecieron distintas opciones terapéuticas que la paciente rechazó de forma expresa.

La paciente vivía sola en su domicilio en Madrid. No tenía hijos y su red familiar era muy limitada, con cuatro hermanos residentes en otra comunidad autónoma, todos ellos de edad avanzada. Como soporte social, disponía de teleasistencia, servicio de comidas a domicilio y la ayuda puntual de una vecina, también mayor, recientemente diagnosticada de una enfermedad grave.

Acudió al servicio de urgencias por un cuadro de malestar general de varias semanas de evolución, con intensa astenia, pérdida de peso no cuantificada, disminución importante de la ingesta y sensación persistente de inestabilidad, acompañada de náuseas y vómitos ocasionales. A la exploración física, la paciente impresionaba de caquexia.

En urgencias no se objetivaron alteraciones relevantes en la analítica sanguínea. Se realizó un TAC de cráneo en el que se describieron hallazgos compatibles con un hematoma intraparenquimatoso agudo a nivel del vermis cerebeloso, sin poder descartarse la presencia de una lesión subyacente. Fue valorada por Neurocirugía, descartándose tratamiento quirúrgico por deseo expreso de la paciente de no someterse a medidas invasivas. Oncología no consideró el ingreso, constando en la historia clínica que la paciente ya se había negado previamente a recibir tratamiento quimioterápico. Finalmente, ingresó a cargo de Medicina Interna.

Durante su estancia hospitalaria, la paciente se mantuvo clínicamente estable, consciente y orientada, pero presentaba una inestabilidad de la marcha marcada e incapacitante, probablemente relacionada con el hematoma intraparenquimatoso cerebeloso y la posible lesión subyacente, que condicionaba la deambulación

autónoma. Fue valorada por el equipo de Cuidados Paliativos, que planteó inicialmente la posibilidad de traslado a una Unidad de Cuidados Paliativos ante la imposibilidad de retorno seguro al domicilio, dada la progresión de la enfermedad, el riesgo neurológico y la ausencia de una red sociofamiliar suficiente.

A lo largo de varios días se mantuvieron conversaciones repetidas y sosegadas con la paciente, explicándole de forma clara los riesgos potenciales de su decisión, incluyendo la posibilidad de empeoramiento neurológico y fallecimiento repentino. A pesar de comprender la información proporcionada, la paciente persistió de manera firme y reiterada en su deseo de regresar a su domicilio.

Dado que se encontraba consciente, orientada y con plena capacidad para la toma de decisiones, la paciente firmó la alta voluntaria y fue trasladada a su domicilio en ambulancia.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Hasta qué punto debe el médico insistir en una opción que considera más segura cuando el paciente la rechaza de forma reiterada?

¿Cómo acompañar a un paciente que toma decisiones que generan malestar y frustración en el equipo sanitario?

¿Es siempre posible conciliar el principio de beneficencia con el respeto a la autonomía del paciente en situaciones de final de vida?

OBJETIVO

Reflexionar sobre el respeto a la autonomía del paciente en situaciones de enfermedad avanzada, especialmente cuando las decisiones adoptadas entran en conflicto con la recomendación médica y generan una elevada carga emocional en los profesionales implicados.

MÉTODO

Revisión reflexiva del caso a partir de la experiencia asistencial, poniendo el foco en los dilemas éticos y profesionales surgidos durante su manejo.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿QUÉ HAS APRENDIDO?

Este incidente me permitió comprender que, incluso cuando se han ofrecido de forma reiterada todas las alternativas terapéuticas y sociales disponibles, la decisión final corresponde al paciente si conserva capacidad para decidir. Respetar la autonomía no siempre implica compartir la decisión, sino aceptar que mi papel como médico no es imponer lo que considero más seguro, sino informar con claridad, acompañar y aliviar.

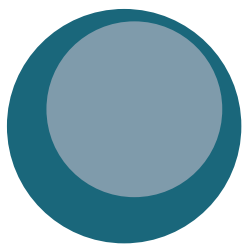
Aprendí también la importancia de cuidar especialmente la forma en la que se transmiten las opciones y los riesgos, manteniendo una comunicación honesta, pausada y respetuosa.

¿QUÉ TE FALTA POR APRENDER?

Este caso me hizo tomar conciencia de la necesidad de seguir desarrollando habilidades comunicativas que me permitan acompañar mejor al paciente en la toma de decisiones complejas, especialmente cuando estas generan un importante impacto emocional tanto en el propio paciente como en el equipo asistencial.

También puso de manifiesto para mí la importancia de contar con una mayor formación y con más recursos en el ámbito de los cuidados paliativos y la atención domiciliaria, de modo que sea posible ofrecer alternativas realistas y ajustadas a cada situación vital.

Por último, me hizo reflexionar sobre la necesidad de apoyarme en el propio equipo asistencial para manejar los sentimientos de impotencia, tristeza o frustración que pueden surgir cuando el desenlace no coincide con lo que, desde el punto de vista clínico, considero más seguro.



CASOS CLÍNICOS

1. PITIRIASIS ROSADA (R-2025-55)

■ Hernando Nieto R.⁽¹⁾, Criado Alonso E.⁽²⁾, Millán Hernandez E.⁽³⁾.

⁽¹⁾ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del CS Castroviejo.

⁽²⁾ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del CS de Villaviciosa de Odón.

⁽³⁾ Tutora de residentes, médico especialista en medicina familiar y comunitaria en CS Monterrozas y tutora pregrado de la Universidad Francisco de Vitoria.

ANAMNESIS

Motivo de consulta: lesiones cutáneas.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- No enfermedades crónicas.
- No alergias conocidas.
- No medicación habitual.
- No viajes recientes ni contacto con sustancias nuevas.

Enfermedad actual: Mujer de 25 años que acude al centro de salud por lesiones pruriginosas en tronco desde hace 5 días. La paciente refiere aparición de una única lesión pruriginosa en región ífero lateral derecha de abdomen hace 7 días y a las 48 hora aparición del resto de lesiones en abdomen y tronco. Se trata de lesiones similares, pero más pequeñas



Figura 1. Máculas ovuladas con descamación central. Publicado con el consentimiento del paciente.

distribuidas por el abdomen, tronco y la espalda. Son pruriginosas. Niega fiebre, malestar general, sudoración o pérdida de peso. No ha usado nuevos cosméticos ni detergentes.

EXPLORACIÓN FÍSICA. PIEL:

- **Lesión primaria (“medallón heráldico”):** Placa ovalada, eritematosa, bien delimitada, de 3 cm de diámetro, con descamación periférica en “collarete”.
- **Lesiones secundarias:** Múltiples máculas y pápulas eritematosas, ovaladas, menores de 1.5 cm, con descamación fina central. Distribuidas predominantemente en el tronco siguiendo líneas de tensión cutánea (distribución en “árbol de Navidad”).

EVOLUCIÓN

Dada la sospecha clínica se decide un manejo conservador con antihistamínicos orales para el prurito y crema emoliente para las lesiones. Se recita a la paciente a los 4 días donde se objetiva un aumento de las lesiones, pero mejoría del prurito con el tratamiento. Se realiza un nuevo control a los 10 días y se objetiva una resolución casi completa del cuadro que se confirma a las 4 semanas con una nueva revisión.

DISCUSIÓN

La **Pitiriasis Rosada** se trata de una enfermedad dermatológica tipo dermatosis aguda. Es auto limitada y probablemente de origen viral (posiblemente relacionada con el herpesvirus humano tipo 6 o 7), siendo los pacientes afectados más comunes los adultos jóvenes^(1,2).

Habitualmente suele comenzar con una única lesión, conocida como lesión primaria (placa heráldica), seguida por una erupción secundaria generalizada a los 5-15 días. La distribución característica y la evolución auto limitada son claves para el diagnóstico^(2,3).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Tiña corporis:** la lesión inicial puede simular una tiña, pero suele haber bordes más elevados, prurito más intenso. Con la aparición de las lesiones secundarias y la autolimitación de estas, se descartaría tiña.
- **Psoriasis en gotas:** Más común en adolescentes; lesiones más pequeñas, más numerosas, La descamación de las placas de psoriasis no es similar a la de la pitiriasis rosada.
- **Eczema numular:** Lesiones más exudativas, sin patrón en árbol de Navidad.
- **Sífilis secundaria:** Puede parecerse clínicamente, pero las lesiones palmo-plantares son típicas de la sífilis y no de la pitiriasis rosada.

- **Reacciones medicamentosas:** Distribución diferente, historia de inicio tras fármacos^(2,3).

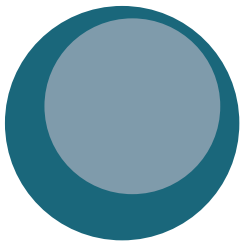
CONCLUSIÓN FINAL

La paciente presentó un cuadro clínico típico de Pitiriasis Rosada, con una lesión heráldica inicial, seguida por una erupción generalizada en patrón característico, sin afectación sistémica y con resolución espontánea. El diagnóstico fue clínico, sin necesidad de pruebas complementarias.

El tratamiento fue sintomático, con buena respuesta. Es fundamental diferenciar esta entidad benigna de otras dermatosis más graves o contagiosas. La educación del paciente sobre la naturaleza auto limitada del cuadro es clave para evitar intervenciones innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrada-Castañón R, Guevara-Gutiérrez E. Pitiriasis rosada: revisión de la literatura. *Dermatol Rev Mex.* 2015;59(6):463-468.
2. Hernández-Machin B, Noda-Cabrera A, García-Vera C, Martín-Hernández S. Pitiriasis rosada: diagnóstico clínico y evolución. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2013;29(2):221-227.
3. De Argila D, Pérez-España L. Pitiriasis rosada. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98(5):327-336. DOI: 10.1016/S0001-7310(07)70971-9



CASOS CLÍNICOS

2. DIARREA, FIEBRE Y DOLOR ARTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ARTRITIS REACTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA (R 2025-57)

- Pascual Such, I.⁽¹⁾, Álvarez Hernández, N.⁽²⁾, Guglielmi, M.E.⁽³⁾.
Médicos Residentes de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria.
⁽¹⁾ Centro de Salud Jazmín, Madrid.
⁽²⁾ Centro de Salud Alpes, Madrid.
⁽³⁾ Centro de Salud Mar Báltico, Madrid.

Declaración de conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Financiación: No se ha recibido financiación para la realización de este trabajo. Este trabajo no ha sido publicado previamente en ninguna otra revista científica.

INTRODUCCIÓN

La artritis reactiva es una artropatía inflamatoria estéril que aparece tras una infección, habitualmente del tracto gastrointestinal o genitourinario. En Atención Primaria, su diagnóstico precoz es esencial para evitar procedimientos invasivos innecesarios y para establecer un abordaje integral que incluya la dimensión biopsicosocial del paciente^(1,2,4). Este caso pone de manifiesto el papel clave de la Atención Primaria como primer punto de contacto, donde la detección precoz de signos y síntomas, así como la valoración integral del paciente, pueden guiar una derivación oportuna y evitar complicaciones.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón joven sin antecedentes médicos conocidos que consulta en su centro de salud por fiebre no cuantificada, diarrea líquida de 2 días de evolución y dolor en varias articulaciones (ambas rodillas, articulación metacarpofalángica derecha y hombro derecho).

En la anamnesis destaca antecedente de consumo de cocaína una semana antes, sinhogarismo y ausencia de red de apoyo. En la exploración física se objetiva estado general conservado, afebril, con dolor e inflamación leve en ambas rodillas y dolor a la movili-

zación pasiva del hombro derecho. Se observa lesión compatible con herpes labial activo.

Dada la presencia de fiebre y poliartritis, se deriva desde Atención Primaria a urgencias hospitalarias con sospecha de artritis reactiva. En el hospital se descarta artritis séptica y se confirma el diagnóstico con PCR elevada, leucocitosis y poliartritis. Se mantiene tratamiento conservador con antiinflamatorios, sin antibioterapia inicial, pendiente de evolución clínica y resultados microbiológicos.

Desde Atención Primaria se coordina seguimiento conjunto con Trabajo Social para abordar la vulnerabilidad social y mejorar la adherencia al tratamiento.

El paciente presentó mejoría progresiva del cuadro articular con tratamiento antiinflamatorio, manteniéndose afebril y con buena tolerancia. En revisiones posteriores en Atención Primaria no se objetivaron nuevas reagudizaciones, con evolución clínica favorable.

REVISIÓN

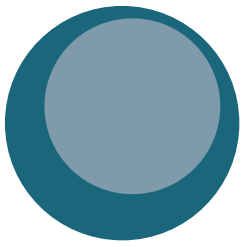
El diagnóstico se basa en la clínica, apoyado por antecedentes infecciosos recientes, elevación de reactantes de fase aguda y exclusión de artritis séptica u otras causas inflamatorias^(3,5). El tratamiento es principalmente sintomático, con antiinflamatorios como primera línea, y en casos persistentes puede requerir fármacos modificadores de la enfermedad⁽⁶⁾. En episodios agudos con gran inflamación, pueden emplearse ciclos cortos de corticoides para control rápido de los síntomas, siempre valorando la exclusión previa de infección activa. El tratamiento de la infección desencadenante, si persiste, forma parte fundamental del manejo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo consentimiento informado oral del paciente para la publicación anónima de su caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hannu T. Reactive arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011;25(3):347–57.
2. Townes JM. Reactive arthritis after enteric infections in the United States: the problem of definition. *Clin Infect Dis*. 2010;50(2):247–54.
Carter JD, Hudson AP. Reactive arthritis: clinical aspects and medical management. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009;35(1):21–44.
3. Selmi C, Gershwin ME. Diagnosis and classification of reactive arthritis. *Autoimmun Rev*. 2014;13(4-5):546–9.
4. Colmegna I, Cuchacovich R, Espinoza LR. HLA-B27-associated reactive arthritis: pathogenetic and clinical considerations. *Clin Microbiol Rev*. 2004;17(2):348–69.
5. Khan MA. Reactive arthritis: a clinical update. *Curr Rheumatol Rep*. 2012;14(5):395–402.



CASOS CLÍNICOS

3. EL ZÓSTER ATACA DE NUEVO (R 2025-58)

■ Arredondo Alcayna J.⁽¹⁾, Díaz Silva A.⁽²⁾, Álvarez García M.C.⁽³⁾

⁽¹⁾ Residente de 4º año de medicina familiar y comunitaria. CS Valle de la Oliva.

⁽²⁾ Residente de 4º año de medicina familiar y comunitaria. CS Cerro del Aire.

⁽³⁾ Residente de 3º año de medicina familiar y comunitaria. CS Cerro del Aire.

Los autores negamos tener conflicto de interés en este caso clínico y este trabajo no ha sido publicado en otras revistas.

INTRODUCCIÓN

Varón de 63 años sin antecedentes de interés que acude por dificultad para iniciar la micción desde hace tres días, comenta que tras intentar diez minutos consigue realizar micción. No fiebre en los días previos, no síntomas a nivel urinario, sin embargo, comenta que le han aparecido también hace tres días unas lesiones raras en la zona interglútea.



Figura 1. Publicado con el consentimiento del paciente.

EXPOSICIÓN

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Abdomen: no distendido. Ruidos hidroáereos presentes. Blando. No doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No palpo masas ni organomegalias, no aparente globo vesical. Puño percusión renal bilateral negativa.

Región interglútea: Se aprecian numerosas lesiones vesiculosas en región lumbosacra y glútea derecha con eritema adyacente.

Se comenta con dermatología que valora las lesiones y le impresiona de lesiones tipo herpes zóster en región sacra.

Dada localización en región sacra entre dermatomas S2-S4, se habla con urología dada posibilidad de disfunción vesical asociada a la afectación nerviosa del herpes zóster. Realizan ecografía abdominal que confirma retención aguda de orina e implementan sondaje vesical dando como diagnóstico final retención aguda de orina secundaria a herpes zóster sacro.

REVISIÓN

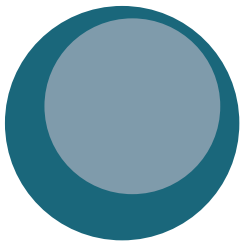
El herpes zóster es una reactivación del virus varicela zoster. Clínicamente se manifiesta como una erupción vesiculosa dolorosa en uno o varios dermatomas adyacentes^(1,2).

Si aparece afectación a nivel de sacro (S2-S4) puede afectar a las raíces sacras y a los ganglios autonómicos comprometiendo la innervación parasimpática del músculo detrusor de la vejiga. Por tanto, puede producir una disfunción vesical de tipo neurogénico caracterizada por arreflexia del detrusor e imposibilidad para iniciar la micción voluntaria^(1,2).

La recuperación suele ser completa en semanas, pero requiere de tratamiento específico de la infección herpética y manejo con sonda hasta que se haya resuelto^(3,4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Jeon, Y., & Jin, Y. (2020). Caudal block with steroid in the treatment of acute voiding dysfunction and pain caused by sacral herpes zoster: A case report. *Medicine*, *99*(25), e20680. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020680>
2. Fujii, M., Takahashi, I., Honma, M., & Ishida-Yamamoto, A. (2015). Close correlation of herpes zoster-induced voiding dysfunction with severity of zoster-related pain: A single faculty retrospective study. *The Journal of dermatology*, *42*(11), 1091–1093. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.12957>
3. Yamanishi, T., Yasuda, K., Sakakibara, R., Hattori, T., Uchiyama, T., Minamide, M., & Ito, H. (1998). Urinary retention due to herpes virus infections. *Neurourology and urodynamics*, *17*(6), 613–619. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6777\(1998\)17:6<613::aid-nau5>3.0.co;2-2](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6777(1998)17:6<613::aid-nau5>3.0.co;2-2)
4. Chen, P. H., Hsueh, H. F., & Hong, C. Z. (2002). Herpes zoster-associated voiding dysfunction: a retrospective study and literature review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *83*(11), 1624–1628. <https://doi.org/10.1053/apmr.2002.34602>



CASOS CLÍNICOS

4. LAGO VENOSO EN DORSO LINGUAL: UN CASO, UN HALLAZGO, UN DIAGNÓSTICO (R-2025-60)

■ Romero Barzola M.Y.⁽¹⁾, Sierra Santos L.⁽²⁾, Castro Barrio M.⁽²⁾.

⁽¹⁾ Médica de Familia. Médico del Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid. SUMMA 112.

⁽²⁾ Médico de Familia del Centro de Salud San Agustín de Guadalix.

Los autores del presente manuscrito, declaramos que no tenemos conflictos de interés financieros, personales ni profesionales que puedan haber influido de manera inapropiada en la realización de este trabajo. Asimismo, declaramos que no hemos recibido becas ni ayudas económicas externas para su financiación.

Declaramos que este manuscrito es original, no ha sido publicado total ni parcialmente en ninguna otra revista científica y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra publicación.

El paciente fue informado adecuadamente y otorgó su consentimiento para la publicación del presente caso clínico.

INTRODUCCIÓN

El lago venoso es una dilatación venosa sobre la capa más superficial de la epidermis, formado por una capa delgada de células endoteliales y rodeado por una pared de tejido fibroso. La más frecuente

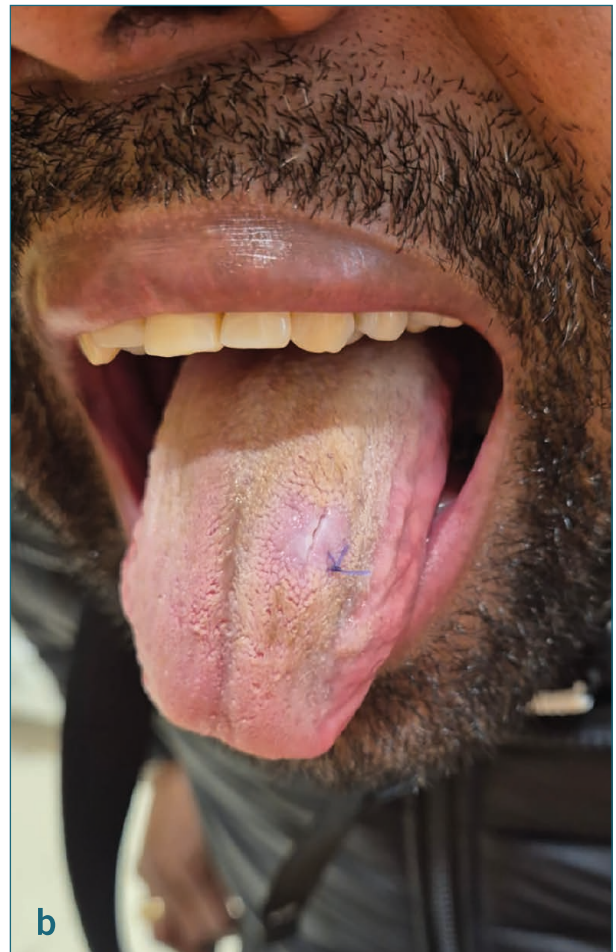


Figura 1. a) Lesión localizada en dorso lingual izquierdo. Imagen nodular bien definida. b) Imagen posterior a la resección quirúrgica. Publicado con el consentimiento del paciente.

localización es en labios, aunque puede presentarse en otras localizaciones como la oreja, mejilla, manos, nariz o la lengua⁽¹⁾.

Suele tener una presentación asintomática, aunque en ocasiones puede sangrar y su aspecto es de lesión ovalada, a veces nodular elevada, de superficie lisa y compresible al tacto.

Presentamos en el caso de un paciente joven con lesión nodular ovalada en dorso de lengua que resultó ser un lago venoso.

CASO CLÍNICO

Varón de 36 años, fumador de 20 cigarrillos al día durante 20 años, que acude a consulta por la presencia de una lesión asintomática en la cara lateral izquierda del dorso de la lengua. La lesión presenta un aspecto nodular, con márgenes bien definidos (Figura 1a). El paciente niega antecedentes de traumatismo, exposición a alimentos calientes o prácticas de sexo oral.

Ante estos hallazgos, se deriva al servicio de cirugía maxilofacial, donde se realiza una resonancia magnética nuclear (RMN) de cuello con contraste. En la imagen se identifica una lesión nodular de 12 × 10 × 7 mm con márgenes bien delimitados. En las secuencias ponderadas en T2, la lesión muestra una señal marcadamente hiperintensa, mientras que en las secuencias T1 es hipointensa y no evidencia una

captación clara del contraste. No se observan signos de agresividad ni adenopatías cervicales de tamaño o morfología patológicos (Figura 2).

La conclusión radiológica sugiere que la lesión podría corresponder a un mucocelo. Ante esta sospecha, se decide realizar la exéresis quirúrgica de la lesión (Figura 1b). El análisis histopatológico del tejido resecaado determinó que se trataba de un lago venoso.

REVISIÓN

Las lesiones de la cavidad oral pueden resultar ser un reto diagnóstico. A nivel de la lengua puede haber tantas lesiones benignas fácilmente identificables, pero hay que descartar procesos traumáticos, infecciosos o tumorales (tabla 1). La utilización de la RMN puede ser clave en la valoración de la patología bucal sobre todo para descartar procesos malignos, así como la extensión del tumor o la afectación ganglionar o ósea del mismo⁽²⁾.

En nuestro caso la RMN del cuello permitió clarificar la naturaleza benigna del tumor, aunque fue la biopsia la que permitió distinguir entre un mucocelo o el diagnóstico definitivo, el lago venoso. Con respecto a la exploración física, en algunas ocasiones la utilización de compresión de la lesión con un portaobjetos de vidrio permite la decoloración de la lesión y puede ser un procedimiento fiable para establecer el diagnóstico clínico de estas lesiones⁽³⁾.

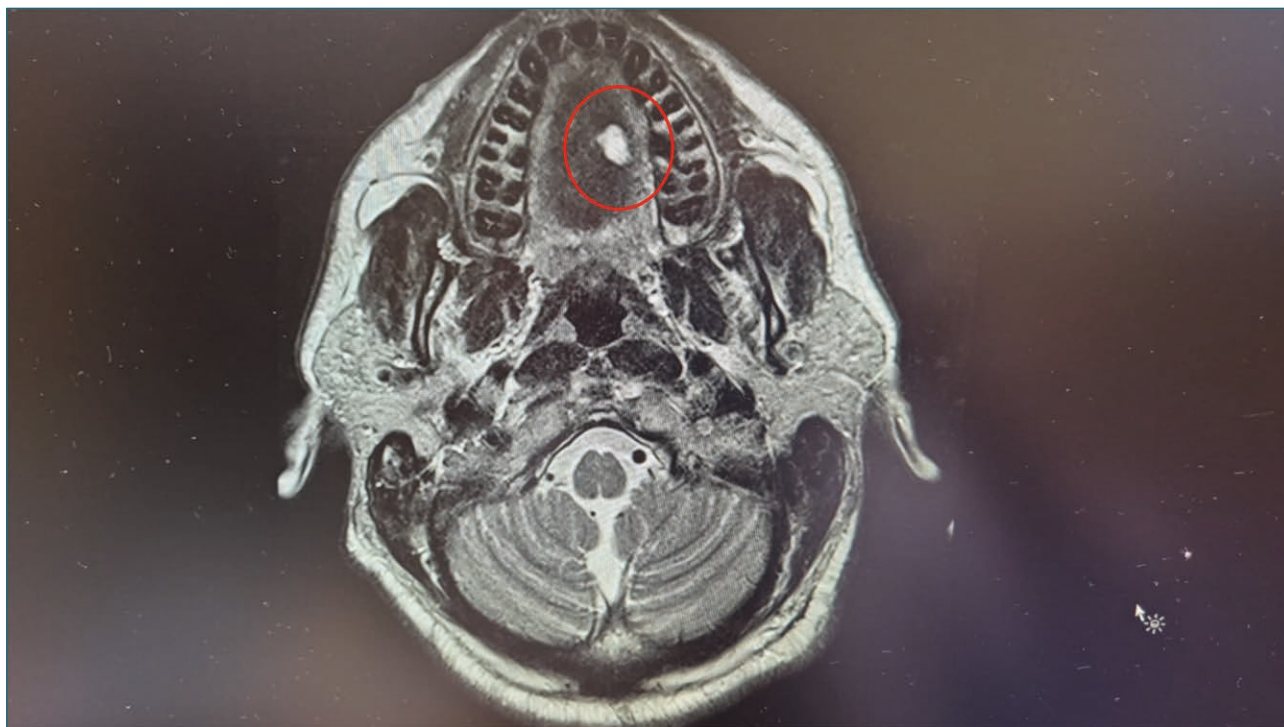


Figura 2. Imagen de RMN de cuello con contraste. Se observa una lesión en margen lateral izquierdo del dorso lingual, de márgenes bien definidos y aspecto nodular. Publicado con el consentimiento del paciente.

No existen estudios randomizados que comparen las terapias para lagos venosos, existiendo distintas opciones terapéuticas descritas en la literatura médica desde la crioterapia, la cirugía y el láser diodo o infrarrojo^(4,5). En líneas generales los resultados suelen ser muy favorables.

Este caso destaca la importancia de la exploración clínica detallada y el uso de la resonancia magnética para evaluar la naturaleza de la lesión, aunque el diagnóstico definitivo requiere confirmación histopatológica. Dada la baja sospecha inicial de esta entidad en Atención Primaria, su reconocimiento evita procedimientos innecesarios y facilita un manejo adecuado.

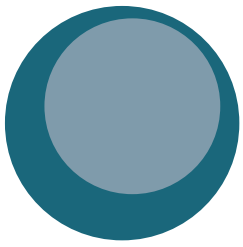
Tabla 1. Causas benignas y malignas de lesiones en lengua*

Traumatismo (hematoma)
Quemaduras
Infecciosos
Candidiasis, chancro sifilítico
Lesiones benignas
Mucocele
Hemangioma/lagos venosos
Lesiones malignas
Carcinomas escamosos
Tumor miofibroblástico ⁽⁶⁾

*Elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcalay J, Sandbank M. The ultrastructure of cutaneous venous lakes. *Int J Dermatol*. 1987; 26:645-6.
2. Chi JM, Hagiwara M. Update on MRI for Oral Cavity. *Top Magn Reson Imaging*. 2021; 30:85-96.
3. Badillo Tenorio MC, Jurado Castañeda E, Gaona de Santiago R. Lago venoso en la lengua: caso clínico [Internet]. *Odontogénesis*; 2024 jun 6 [citado 2025 mar 6]. Disponible en: <https://www.odontogenesis.com.mx/caso-clinico-lago-venoso-en-la-lengua/>
4. Vargas-Mora P, Montiel-Gosthe C, Iñigo-Valderrama M, Rojas-Pizarro H. Actualización en terapia láser para lesiones vasculares. *Piel. Formación continuada en dermatología* [Internet]. 2022 [citado 2025 mar 6]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.piel.2022.12.005>
5. Nuño-González A, Naz-Villalba E, Vicente-Martín FJ, Sánchez-Gilo A, Gutiérrez-Pascual M, Gómez de la Fuente E, et al. Tratamiento de malformaciones vasculares de mucosas con láser Nd:YAG de pulso variable. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2011 [citado 2025 mar 6];102(9):717-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.01.011>
6. Novillo-López Clara Isabel, Maqueda-Zamora Gloria, Sierra-Santos Lucía, Berrocal-Espinosa Paula. Tumor miofibroblástico de lengua. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2022 [citado 2025 Mar 06]; 15(1): 63-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000100013&lng=es.



CASOS CLÍNICOS

5. MÁS ALLÁ DEL ARDOR: EL DIAGNÓSTICO INESPERADO DE UNA DISFAGIA (R-2025-67)

- Pascual Such I.⁽¹⁾, Guglielmi M.E.⁽²⁾, Álvarez Hernández N.⁽³⁾. Residentes de 4º año de MFyC.
⁽¹⁾ Centro de Salud Jazmín, Madrid.
⁽²⁾ Centro de Salud Mar Báltico, Madrid.
⁽³⁾ Centro de Salud Alpes, Madrid.

Declaración de conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Financiación: No se ha recibido financiación para la realización de este trabajo.

Este trabajo no ha sido publicado previamente en ninguna otra revista científica.

INTRODUCCIÓN

La esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad inflamatoria crónica del esófago, mediada por una respuesta inmunoalérgica, caracterizada por la infiltración eosinofílica del epitelio esofágico⁽¹⁾. Su presentación clínica suele ser inespecífica y a menudo se confunde con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), lo que retrasa el diagnóstico durante años⁽²⁾.

En adultos, el síntoma más habitual es la disfagia a sólidos, a veces tan crónica que el paciente la normaliza y adapta su alimentación⁽³⁾. En este contexto, el papel del médico de familia es fundamental para identificar los signos de alarma digestivos y orientar un estudio diagnóstico adecuado.

Presentamos el caso de un varón de 54 años en el que una anamnesis dirigida desde Atención Primaria reveló una larga historia de disfagia compatible con esofagitis eosinofílica.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 54 años, sin antecedentes personales de interés salvo rinitis alérgica estacional y dermatitis atópica en la infancia. No fumador ni bebedor habitual.

Refiere haber tenido desde los 25 años dificultad intermitente para tragar alimentos sólidos, especialmente carne y pan, presentando episodios de atragan-

tamiento que había normalizado. Describe que solía acompañar las comidas con grandes volúmenes de agua y evitaba ciertos alimentos duros. Nunca había consultado previamente por este motivo.

Acude finalmente a su médico de familia por empeoramiento progresivo de la disfagia, que en los últimos meses le obliga a realizar las comidas más lentamente y provoca ansiedad durante la ingesta. No refiere pirosis ni regurgitación ácida.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Buen estado general, normotenso y normohidratado.
- No adenopatías palpables.
- Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos.
- Abdomen blando y no doloroso, sin masas ni visceromegalias.
- Exploración orofaríngea sin lesiones ni signos de obstrucción mecánica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicita analítica básica con hemograma, bioquímica y pruebas de función hepática y tiroidea, todas dentro de la normalidad.

Ante la sospecha inicial de disfagia de origen estructural o motor, se deriva al paciente al hospital de referencia para estudio endoscópico:

- **Endoscopia digestiva alta:** esófago con aspecto anillado (“en tráquea”), surcos longitudinales y zonas blanquecinas puntiformes. No se observan estenosis significativas. Se toman biopsias en tercio medio y distal.

- **Estudio histológico:** epitelio escamoso con marcada infiltración eosinofílica (>30 eosinófilos por campo de gran aumento), compatible con esofagitis eosinofílica.

EVOLUCIÓN

El paciente fue diagnosticado de esofagitis eosinofílica e inició tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (omeprazol 40 mg/12 h en fase de inducción, posteriormente ajustado a 20 mg/12 h como mantenimiento) y dieta de exclusión empírica, con mejoría parcial de los síntomas.

En revisión hospitalaria posterior, se añadió tratamiento tópico con budesonida viscosa, observándose una notable mejoría clínica y endoscópica a los tres meses.

En la actualidad, el paciente mantiene buena tolerancia alimentaria, con seguimiento compartido entre Atención Primaria y Digestivo, y adherencia al tratamiento farmacológico y dietético.

REVISIÓN

La esofagitis eosinofílica es una entidad emergente cuya incidencia ha aumentado notablemente en las últimas décadas, paralelamente al incremento de las enfermedades alérgicas^(1,4). Afecta predominantemente a varones jóvenes y de mediana edad, y se considera la principal causa de disfagia crónica no obstructiva en este grupo poblacional^(3,5).

En Atención Primaria, su reconocimiento temprano puede evitar complicaciones como estenosis o im-

pactación alimentaria. La sospecha debe surgir ante disfagia persistente a sólidos, especialmente en pacientes con antecedentes atópicos o que refieren “comer despacio” o “atragantarse desde siempre”^(2,5).

El diagnóstico se confirma mediante endoscopia con biopsias esofágicas que muestran una infiltración eosinofílica significativa⁽³⁾. El tratamiento de primera línea incluye inhibidores de la bomba de protones, corticoides tópicos (como budesonida viscosa o fluticasona en formulación esofágica) y, en algunos casos, dietas de eliminación dirigidas, ya sean empíricas o basadas en pruebas de alergia^(4,6). La elección del tratamiento depende de la disponibilidad, la preferencia del paciente y la respuesta clínica, requiriendo seguimiento estrecho desde Atención Primaria para asegurar la adherencia y detectar recurrencias.

Para el médico de familia, los puntos clave de este caso son:

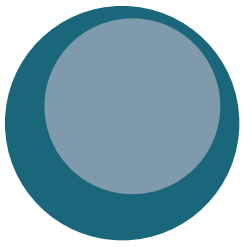
- Identificar la disfagia crónica como síntoma de alarma digestivo que requiere estudio.
- Recordar que la ausencia de pirosis no descarta patología esofágica relevante.
- Conocer la esofagitis eosinofílica como causa emergente de disfagia en adultos jóvenes.
- Acompañar al paciente en el proceso diagnóstico, promoviendo adherencia terapéutica y seguimiento conjunto con Digestivo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo consentimiento informado oral del paciente para la publicación anónima de su caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dellon ES, Liacouras CA. Advances in clinical management of eosinophilic esophagitis. *Gastroenterology*. 2014;147(6):1238–54.
2. Navarro P, Arias Á, Arias-González L, Lucendo AJ. Esophagitis eosinofílica: actualización y retos en el manejo diagnóstico y terapéutico. *Gastroenterol Hepatol*. 2020;43(10):594–604.
3. Lucendo AJ, Molina-Infante J. Eosinophilic esophagitis: current evidence-based diagnosis and treatment in children and adults. *Minerva Gastroenterol*. 2021;67(3):248–62.
4. Spergel JM, Shuker M. Nutritional management of eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2018;28(1):93–110.
5. Molina-Infante J, Lucendo AJ. Proton pump inhibitor therapy for eosinophilic esophagitis: a paradigm shift. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(12):1770–83.
6. Dellon ES, Hirano I. Epidemiology and natural history of eosinophilic esophagitis. *Gastroenterology*. 2018;154(2):319–32.



CASOS CLÍNICOS

6. ALGUNAS VECES, LOS PACIENTES SON COMO DICEN LOS LIBROS: A PROPÓSITO DE UN CASO (R-2025-70)

■ Fernández López Pintos N.⁽¹⁾, Aparicio Sanmartín E.⁽²⁾, Quintana Gómez J. L.⁽²⁾.

⁽¹⁾ Residente 4 de MFYC. Centro de Salud El Greco.

⁽²⁾ Facultativo Especialista Adjunto de MFYC. Centro de Salud El Greco.

Enviamos un caso clínico ocurrido en nuestra consulta el pasado año que nos resultó muy interesante, no por la peculiaridad clínica de nuestra paciente sino por la analítica sanguínea que, a pesar de ser característica de la enfermedad, es poco frecuente en su diagnóstico y, además, nos resultó de interés la posterior resolución de todas estas anomalías tras el tratamiento de la enfermedad principal.

Los autores de este caso clínico declaramos no tener ningún conflicto de interés y que este caso clínico no ha sido publicado con anterioridad.

Esperamos que nuestro caso sea de interés para la población de equipo sanitario de atención primaria.

Este es el caso de una paciente de 27 años, sana, sin antecedentes personales, usuaria de anillo vaginal contraceptivo con progestágeno y estrógeno que utiliza por dismenorrea, que acude a la consulta por estreñimiento importante de más de 10 años de evolución que ha intentado tratar con productos de herbolario (refiere estreñimiento intermitente con periodos de ausencia de deposición durante máximo 10 días). Además, desde hace unos meses refiere una intensa intolerancia al frío, motivo por el cual su familia le incitó a consultar. No revelaba más síntomas, salvo unas discretas mialgias generalizadas y astenia leve, que pensó que serían por la falta de actividad deportiva. No refería ganancia de peso, problemas cutáneos, psicológicos, ni otra clínica.

La exploración no revelaba nada anormal: TA 120/78 mmHg. Auscultación Cardíaca normal a 62 latidos por minuto. Auscultación Respiratoria normal. No bocio. No adenopatías.

Se le pregunta a la paciente por su alimentación quien refiere dieta mediterránea sin transgresiones dietéticas en los últimos años. Además, refiere tener una vida tranquila. Es auxiliar de veterinaria y niega estrés, ansiedad u otra clínica psiquiátrica.

Se solicitó analítica con los siguientes resultados: Hemograma normal; Bioquímica con Glucosa 70 mg/dl,

Creatinina 1.39 mg/dl, Filtrado Glomerular estimado (CKD-EPI) 51.96 ml/min, Colesterol Total 281 mg/dl, TG 393 mg/dl GOT 110 U/L, GPT 110 U/L, CK Creatin-cinasa (CK) 706 U/L, TSH > 100 µU/mL, T4 libre 0.06 ng/dL, Anticuerpos antimicrosomales 259 UI/ml.

Tras los resultados se diagnostica de hipotiroidismo primario y se inicia tratamiento con 100 microgramos diarios de levotiroxina sódica. Se cita a la paciente en 4 semanas para ver evolución.

En la siguiente visita había desaparecido la intolerancia al frío, las mialgias y la astenia, persistiendo el estreñimiento. Se solicitaron nuevos análisis. El hemograma seguía siendo normal. La creatinina era normal y el filtrado glomerular estimado mayor de 90ml/min. El colesterol total era 148 mg/dl y los triglicéridos 133 mg/dl. Las transaminasas y la CK eran normales. La TSH era de 16.6 µU/mL y la T4 1.5ng/dL. También se realizó estudio de celiaquía que era negativo. Se subió la levotiroxina a 112 microgramos al día y se citaron nuevamente análisis a los dos meses.

Al cabo de ese tiempo, la paciente seguía con hábito algo estreñido, pero, por lo demás, asintomática. Con respecto a la analítica de control, tenía una bioquímica, hemograma y TSH con valores en rango de la normalidad. Posteriormente, se comenta caso con Medicina Digestiva a quienes les impresiona de estreñimiento funcional y la citan para colonoscopia, que resulta sin hallazgos, por lo que se pauta laxante si necesidad.

A día de hoy, la paciente permanece estable con tratamiento y no ha precisado de más pruebas complementarias con respecto a su tiroides. Se encuentra en seguimiento por Medicina Digestiva pendiente de manometría anal.

El hipotiroidismo primario lo definimos analíticamente como la elevación de TSH con T4 libre baja. Es una enfermedad frecuente en nuestras consultas (0,1 al 2 %), siendo de 5 a 8 veces más frecuente en mujeres que en hombres. La causa más frecuente es la tiroiditis de Hashimoto, tras él, está el hipotiroidismo iatrogénico tras el tratamiento con yodo 131 o tras

extirpación médica mediante cirugía. Otras causas son francamente excepcionales.⁽¹⁾

Las hormonas tiroideas intervienen en multitud de procesos en todo el organismo y por lo tanto el espectro de síntomas y signos es muy extenso, entre ellos: cansancio, bradicardia, ganancia de peso, disfunción cognitiva, disnea, edemas, etc.

Las alteraciones bioquímicas y hematológicas también son muy variadas, es frecuente encontrar alteraciones de creatinina en sangre (hasta en un 90%), las alteraciones de los lípidos tanto colesterol como triglicéridos a aparecen en más de un tercio de los pacientes, podemos encontrar elevaciones de la CK, descensos de sodio y aumentos de la homocisteína, así como de las transaminasas.⁽¹⁾ Todas estas alteraciones son transitorias y desaparecen con el tratamiento.

En países como el nuestro con una accesibilidad grande al sistema sanitario solemos atender fases iniciales de la enfermedad, paucisintomáticas, que no se parecen a las descritas en los libros de texto.⁽²⁾

En el caso de nuestra paciente, los síntomas eran escasos pero las alteraciones bioquímicas eran muy

floridas, dado que, probablemente, la paciente tuviera un hipotiroidismo de bastante tiempo de evolución y por eso la gran elevación de la TSH.

Podemos extraer dos conclusiones:

1. Es muy fácil que encontremos cuadros clínicos iniciales de diversas patologías que a veces cuesta mucho esfuerzo orientar. El tiempo actúa como herramienta de diagnóstico.
2. Dándole la vuelta al razonamiento, aunque no sea lo común, hay que pensar en disfunción tiroidea como posible etiología en pacientes que presenten alteraciones lipídicas, renales, hepáticas, electrolíticas y de la creatin-cinasa y la homocisteína.

CONFLICTO DE INTERESES

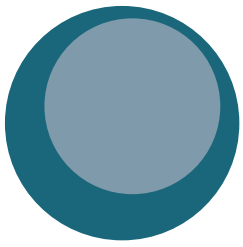
Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La paciente con iniciales J. A. S. ha dado su consentimiento para que los datos de su historia clínica puedan ser publicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Douglas S Ross, MD, Treatment of primary hypothyroidism in adults, En: UpToDate [Internet] Editor; David S Cooper, MD, Jul 25, 2025. Disponible en URL: Treatment of primary hypothyroidism in adults - UpToDate (Fecha de acceso: 21/8/2025).
2. Taylor PN, Medici MM, Hubalewska-Dydejczyk A, Boelaert K. Hypothyroidism. Lancet. 2024 Oct 5;404(10460):1347-1364. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)01614-3. PMID: 39368843.



CASOS CLÍNICOS

7. ¿CAUSALIDAD O CONSECUENCIA? (R-2025-71)

■ Ortolá Cano H.⁽¹⁾, Martínez-Sepúlveda T.⁽²⁾, Ibáñez Delgado I.⁽³⁾, Paniura Pinedo MP.⁽⁴⁾

Residentes de 4º año de MFyC:

⁽¹⁾ En centro de salud de Aravaca, Madrid.

⁽²⁾ En centro de salud Valle de la Oliva, Majadahonda, Madrid.

⁽³⁾ En centro de salud Cerro del aire, Majadahonda, Madrid.

⁽⁴⁾ En centro de salud de Torreldones, Madrid.

- No se ha obtenido ninguna beca ni ayuda para la realización de este trabajo.
- Este trabajo no ha sido publicado previamente en ninguna otra revista científica.
- Se dispone de consentimiento verbal informado por parte del paciente y familiares.

INTRODUCCIÓN

La cefalea constituye uno de los motivos de consulta más frecuente en Atención Primaria. Si bien la mayoría corresponden a cefaleas primarias, como la migraña o la cefalea tensional, es importante no olvidarse de las cefaleas secundarias ya que pueden reflejar patologías potencialmente graves, y requieren una evaluación urgente⁽¹⁾. En este contexto, el papel del médico de familia es esencial, ya que hay que diferenciar desde el primer momento entre un cuadro benigno y uno que exige derivación urgente.

Una anamnesis exhaustiva, y una exploración física dirigida constituyen herramientas fundamentales para detectar signos de alarma que orienten el diagnóstico, y eviten retrasos potencialmente graves en la atención.

El siguiente caso clínico ilustra cómo una cefalea aparentemente banal, en el contexto de un traumatismo leve, puede constituir la manifestación inicial de una patología subyacente importante.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 59 años, sin alergias a medicamentos conocidas. No presenta antecedentes médicos ni quirúrgicos relevantes. No refiere hábitos tóxicos, ni estar en tratamiento con ningún medicamento de manera habitual. Independiente para las actividades básicas. Trabaja como vigilante y vive con su mujer e hija. Acude a urgencias hospitalarias acompañado por su

hija. Refiere haber tenido un mareo mientras conducía, con sensación de deslumbramiento previo, lo que le ocasiona colisionar con un vehículo delantero.

A su llegada refiere cervicalgia y cefalea occipital pulsátil desde el choque. En la anamnesis dirigida, refiere que presenta desde hace dos semanas, cefalea temporo-occipital derecha, pulsátil, que cede parcialmente con Paracetamol. Además, la semana pasada presentó un episodio presíncopal al levantarse de la silla, sin pérdida de conocimiento, pero con caída y traumatismo craneoencefálico (TCE) occipital. Por último, la hija refiere que desde hace 4-5 días le notan más apático y desconectado, lo cual confirma el paciente.

Exploración física general sin hallazgos. A nivel neurológico destaca ligera bradipsiquia, sin otra focalidad neurológica.

Se realiza una analítica de sangre, sin alteraciones. Se solicita TAC craneal urgente, por los signos de alarma detectados, que revela una lesión intraparenquimato-sa parasagital frontal derecha con edema vasogénico que condiciona efecto de masa, sugestiva de LOE, de etiología a filiar.

Previo a la prueba de imagen, el diagnóstico diferencial planteado era una cefalea migrañosa, una hemorragia intracraneal secundaria al TCE, o bien una posible lesión intracraneal.

Se pautan analgésicos, dexametasona para disminuir el edema cerebral y omeprazol. Se informa al paciente y a los familiares de los hallazgos, y se les explica la necesidad de realizar un estudio completo. Deciden para ello acudir a su hospital de referencia.

En su hospital se realiza una resonancia magnética en la cual se describe como probable meningioma atípico. Se plantea la opción de realizar intervención quirúrgica seguida de radioterapia.

El paciente se encuentra actualmente en tratamiento con radioterapia, evolucionando favorablemente,

aunque con secuelas neurológicas secundarias a la intervención, como dificultad para la concentración, deterioro cognitivo leve, pérdidas de equilibrio y afectación en la visión.

REVISIÓN

Como hemos mencionado previamente, la cefalea constituye un síntoma extremadamente común tanto en la consulta de Atención Primaria como en la Urgencia hospitalaria. La gran mayoría de las cefaleas (el 90%) son primarias, constituyen por sí mismas la enfermedad, y por tanto, no son secundarias a ninguna patología o lesión cerebral. El 10% restante son cefaleas secundarias⁽²⁾. La detección temprana de estos casos depende, en gran medida, de la capacidad para identificar signos de alarma durante la primera valoración clínica.

Los signos o síntomas de alarma constituyen un conjunto de características clínicas que orientan a una etiología secundaria y que obligan a ampliar el estudio diagnóstico realizando pruebas complementarias⁽³⁾.

La American Headache Society (AHS) ha creado el acrónimo nemotécnico SNNOP10 para sintetizar los signos de alarma de forma sencilla (Tabla 1)⁽⁴⁾, que dejamos sintetizado a continuación:

- **S (Systemic):** fiebre, pérdida de peso, inmunosupresión, infecciones.

- **N (Neoplasm / Neurologic):** antecedentes de cáncer, focalidad neurológica, alteración del nivel de conciencia, convulsiones.
- **O (Onset sudden):** cefalea de inicio súbito (tipo trueno), con intensidad máxima en segundos.
- **O (Older):** inicio después de los 50 años o cambios significativos en el patrón.
- **P (Progression / Pattern /pregnancy / posttraumatic):** empeoramiento progresivo, precipitación por cambios posturales, Valsalva o por ejercicio, presencia de papiledema, inicio en el embarazo o puerperio u origen postraumático.

En el caso descrito se objetivaron varios signos de alarma: cefalea de nueva aparición en mayor de 50 años, persistente durante dos semanas, con empeoramiento progresivo, alteración conductual percibida por familiares, antecedente de TCE reciente y focalidad neurológica leve. Todos estos elementos justificaron la solicitud urgente de un TAC, lo que permitió llegar a un diagnóstico definitivo.

El manejo terapéutico inicial depende de la sospecha clínica. En cefaleas primarias, sin síntomas de alarma, suele ser suficiente con analgésicos, medidas higiénico-dietéticas y educación sobre factores desencadenantes. En las cefaleas secundarias la prioridad es la derivación urgente, para realizar pruebas complementarias y pautar el tratamiento específico de la causa⁽⁵⁾.

Tabla 1. Lista de signos y síntomas de alarma según la clasificación SNNOP10 (fuente: American Headache Association)

Signos o síntomas	Cefalea que hay que sospechar
Síntomas Sistémicos como fiebre	Cefalea de origen infeccioso, patología intracraneal de origen no vascular, tumores o feocromocitoma
Antecedente de Neoplasia	Neoplasia intracraneal o metástasis
Afectación Neurológica	Cefalea de origen vascular, abscesos cerebrales u origen infeccioso
Inicio (<i>Onset</i>) brusco o intenso de la cefalea	Hemorragia subaracnoidea u otras cefaleas de origen vascular
Inicio en mayores de 50 años (<i>Older</i>)	Arteritis de células gigantes, patologías intracraneal o tumores
Cambio de Patrón de la cefalea habitual	Tumor u otra patología intracraneal
Cefalea Posicional	Hipertensión intracraneal o hipotensión intracraneal
Precipitada por tos, estornudos o con el ejercicio	Patología de la fosa posterior o Malformación de Chiari
Papiledema	Tumores o Hipertensión intracraneal
Cefalea Progresiva o con presentación atípica	Tumores u otra patología intracraneal
Embarazo (<i>Pregnancy</i>) o Postparto	Patología intracraneal, cefalea secundaria a la epidural, preeclampsia, trombosis de los senos, hipotiroidismo, anemia o diabetes
Ojo doloroso (<i>Painful</i>) con características autonómicas	Patología de la fosa posterior o de la región pituitaria o del seno cavernoso, o bien origen oftálmico
Cefalea Postraumática	Hematomas o hemorragias subdurales o intracraneales
Patología del sistema inmune o VIH	Infecciones oportunistas
Abuso de analgésicos (<i>Painkiller</i>) o inicio de nuevos medicamentos	Cefalea secundaria a sobredosis de medicación o intolerancia o alergia

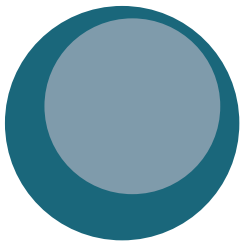
Por ejemplo, cuando hay efecto de masa, como en el caso descrito, puede ser apropiado pautar corticoides para reducir el edema cerebral, siempre en coordinación con el servicio de neurología o neurocirugía.

La educación del paciente y sus familiares es un pilar fundamental en el manejo de la cefalea en Atención Primaria. Explicar de manera clara qué sínto-

mas deben hacer consultar (como por ejemplo si se acompaña de fiebre, vómitos en escopetazo, déficits neurológicos, alteración de la conciencia, despertar nocturno, empeoramiento del patrón, etc.), aumenta la seguridad del paciente. Además, la información aportada por familiares puede ser decisiva ya que pueden detectar cambios sutiles en el estado basal del paciente, como sucedió en este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toledo J.B., Riverol M., Martínez-Vila E., Irimia P. Headache in the emergency department. *Anales Sis. San. Navarra*. 2008; Vol. 31: 75-85. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200007
2. Alpuente Ruiz A., Baz Rodríguez P.G., Beltrán-Blasco I., et al. Recomendaciones prácticas de cefaleas para Atención Primaria. En: *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología*. Luzán 5; 2022. Capítulo 3; 39-47.
3. Wippold II F.J., Whealy M.A., Kaniecki R.G. Evaluation of headache in adults. *UpToDate*. Last updated Mar 03, 2025.
4. Do T.P., Remmers A., Schytz H.W., et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOP10 list. *Neurology*. 2019.
5. Alpuente Ruiz A., Baz Rodríguez P.G., Beltrán-Blasco I., et al. Recomendaciones prácticas de cefaleas para Atención Primaria. En: *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología*. Luzán 5; 2022. Capítulos 4 y 5; 56-70.



CASOS CLÍNICOS

8. LO QUE SE ESCONDE TRAS UNA CEFALEA PERSISTENTE (R-2025-72)

■ Rodríguez Arilla A.⁽¹⁾, Paniura Pinedo M.⁽¹⁾, López Gil A.⁽²⁾.
⁽¹⁾ Residente MFyC de 4º año⁽²⁾ Adjunta MFyC
Centro de salud: C.S. Torrelodones

INTRODUCCIÓN

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria (entre el 2-4%). Es más prevalente en mujeres y el 98% son benignas. Es muy importante hacer un diagnóstico diferencial entre las cefaleas primarias (90%), que constituyen por sí mismas la enfermedad, y cefaleas secundarias (10%), que se deben a una patología subyacente.

Las banderas rojas, *red flags* o “señales de peligro” son signos o síntomas clínicos de alerta que sugieren la necesidad de realizar exámenes complementarios para descartar una causa secundaria de la cefalea. La American Headache Society (AHS) ha creado el

acrónimo mnemotécnico SNNOOPI10 para recordar los signos de alarma.⁽¹⁾

Un 37% de los pacientes con cefalea y síntomas de alarma (1 de cada 3 aproximadamente) presenta una lesión o enfermedad cerebral potencialmente grave que explica la cefalea.

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 45 años que acude a la consulta semanalmente por cuadros recurrentes de cefalea holocraneal, opresiva, que en ocasiones se acompaña de episodios de amnesia. En tratamiento con fármacos preventivos, analgésicos y triptanes con escasa mejoría clínica. Refiere que este cuadro clínico lo presentó hace años, en el 2015 hasta 2019 donde tenía largos episodios de amnesia, por lo que llegó a ingresar en la unidad de cuidados intensivos de un hospital privado y, tras los resultados normales de las pruebas complementarias realizadas, se diagnosticó de posible cuadro disociativo secundario a situación de estrés. Posteriormente valorada por Neurología de un hospital privado donde diagnostican de Neuralgia de Arnold y realizan varios bloqueos anestésicos de ambos nervios occipitales mayores con escasa respuesta terapéutica. La paciente presenta descontento, cansancio por dolor persistente y dudas en el diagnóstico dado.

Por este motivo y dado el fracaso terapéutico hasta el momento, se derivó a Neurología para completar el estudio. Descartan Neuralgia de Arnold y diagnostican de estatus migrañoso en paciente con migraña crónica. Vuelven a realizar bloqueo anestésico de ambos nervios occipitales mayores en varias ocasiones y de toxina botulínica, sin éxito.

La paciente, a pesar de esto, acudía semanalmente a la consulta por persistencia de la clínica. Presentaba episodios recurrentes (1 cada 15 días) de cefalea con focalidad neurológica (amnesia) y comenzaba con episodios intermitentes de palpitaciones. Le proporcionamos desde el centro de salud un dispositivo Kardia

RED FLAGS CEFALEA "SNNOOPI10"	
S	Síntomas Sistémicos (fiebre, escalofríos o pérdida de peso)
N	Signos o síntomas Neurológicos (confusión, cambio en el estado mental, reflejos asimétricos, etc)
N	Neoplasia cerebral en la historia clínica
O	Inicio (agudo, repentino o como un trueno) "Onset"
O	Edad avanzada (mayor de 50 años) "Older"
P	Cambio en el Patrón o inicio reciente de cefalea
P	Precipitado por estornudos, tos o ejercicio
P	Papiledema
P	Cefalea Progresiva y presentación atípica
P	Embarazo "Pregnancy"
P	Dolor ocular con características autonómicas "Painful"
P	Inicio de cefalea Posttraumática
P	Patología del sistema inmunológico (como VIH)
P	Abuso de analgésicos o nuevo medicamento "Painkiller"
P	Cefalea Posicional

Figura 1. Publicado con el consentimiento del paciente.

para monitorización mediante electrocardiogramas y objetivamos varios episodios de taquicardia sinusal a 130 lpm. Dada la persistencia de la clínica y el comienzo de las palpitaciones, empezamos a sospechar un posible origen cardiológico de la cefalea. La paciente no se había realizado exámenes cardiológicos previamente, por lo que derivamos a Cardiología.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Hemodinámicamente estable. Constantes normales. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos ni ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica normal, sin focalidad en este momento. Resto de exploración física normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Tomografía computarizada craneal: Aumento del espacio extraaxial retrocerebeloso, en probable relación con megacisterna magna. Resto normal. Conclusión: Estudio radiológico dentro de la normalidad.
- Resonancia Magnética cerebral: Normal.
- Electroencefalograma: Normal.
- Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 72 lpm. Eje positivo. Intervalo PR 120 ms. QRS estrecho. QT 400 ms.
- Ecocardiograma: septo interauricular levemente aneurismático. Se objetiva foramen oval permeable uniforme con una longitud del túnel de 11 mm. Tras suero salino agitado basalmente paso de burbujas a cavidades izquierdas (>30). Longitud total del septo interauricular (excluyendo bordes) en ETE medioesofágico 45° de 18 mm. Borde retroaórtico de 5 mm y borde de VCS de 15 mm. Grosor del septum secundum de 5 mm. No se objetiva comunicación interauricular concomitante. No valvulopatías. Resto del estudio normal.

EVOLUCIÓN

La paciente se sometió al cierre de Foramen Oval Permeable. Tras esto, presentó clara mejoría clínica, sin nuevos episodios de cefalea con amnesia.

JUICIO CLÍNICO

Episodios de accidente isquémico transitorio secundario a foramen oval permeable.

RESUMEN

El accidente isquémico transitorio (AIT) y el foramen oval permeable (FOP) están relacionados principalmente a través del mecanismo de embolismo paradójico. El FOP es una comunicación interauricular presente en aproximadamente el 25% de los adultos, que puede permitir el paso de émbolos venosos al sistema arterial cerebral. Especialmente durante maniobras que aumentan la presión en la aurícula derecha, como la maniobra de Valsalva, esto puede desencadenar un AIT o un ictus isquémico en ausencia de otras causas identificables.⁽²⁾

La prevalencia de FOP es significativamente mayor en pacientes jóvenes con AIT o ictus criptogénico, llegando hasta el 50% en menores de 60 años con eventos embólicos de causa indeterminada.⁽²⁻³⁾

El diagnóstico de FOP en el contexto de AIT se realiza mediante ecocardiografía con contraste salino agitado, preferentemente transesofágica, para detectar y cuantificar el cortocircuito⁽²⁾. En pacientes seleccionados (menores de 60 años, sin factores de riesgo vascular y con FOP de alto riesgo), el cierre percutáneo del FOP ha demostrado reducir la recurrencia de eventos isquémicos cerebrales en comparación con tratamiento médico⁽⁴⁾. Los criterios de FOP alto riesgo son⁽⁵⁾:

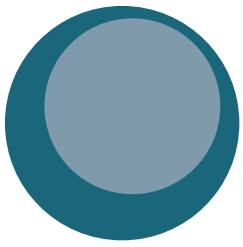
- Presencia de aneurisma del septum interauricular (definido como movilidad del septum ≥ 10 -15 mm).
- *Shunt* derecha-izquierda de gran magnitud, especialmente si ocurre en reposo o con Valsalva, típicamente definido como ≥ 20 -25 microburbujas en el estudio con contraste.
- FOP de gran tamaño (altura ≥ 2 -4 mm).
- Túnel largo del FOP (≥ 10 mm de longitud).
- Septum interauricular hipermóvil.
- Presencia de estructuras asociadas como válvula de Eustaquio prominente o red de Chiari.
- Bajo ángulo entre el FOP y la vena cava inferior ($\leq 10^\circ$).

En resumen, el FOP es un factor predisponente para AIT por embolismo paradójico, especialmente en pacientes jóvenes sin otras causas identificables, y su manejo debe individualizarse según el perfil clínico y anatómico del paciente.

Gracias a este caso clínico vemos la importancia del Médico de Familia a la hora de saber identificar los síntomas de alarma de una patología, donde el diagnóstico y tratamiento precoz mejoran el pronóstico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Do TP, Remmers A, Schytz HW, Schankin C, Nelson SE, Obermann M, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. *Neurology*. 2019 Jan 15;92(3):134-44.
2. Kent DM, Wang AY. Patent Foramen Ovale and Stroke: A Review. *JAMA*. Published online July 28, 2025.
3. Floria M, Năfureanu ED, Iov DE, Dranga M, Popa RF, Baroi LG, Sascău RA, Stătescu C, Tănase DM. Multimodality imaging approach of patent foramen ovale: Practical considerations for transient ischemic attack/stroke. *J Clin Ultrasound*. 2022 Oct;50(8):1166-1176.
4. Miranda B, Fonseca AC, Ferro JM. Patent foramen ovale and stroke. *J Neurol*. 2018 Aug;265(8):1943-1949.
5. Nakayama R, Takaya Y, Akagi T, Watanabe N, Ikeda M, Nakagawa K, Toh N, Ito H. Identification of High-Risk Patent Foramen Ovale Associated With Cryptogenic Stroke: Development of a Scoring System. *J Am Soc Echocardiogr*. 2019 Jul;32(7):811-816.



CASOS CLÍNICOS

9. UN HALLAZGO INESPERADO TRAS UN DOLOR LUMBAR (R-2025-73)

- Pascual Such I.⁽¹⁾, Álvarez Hernández N.⁽²⁾, Coloma Seguí C.⁽³⁾.
⁽¹⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC C.S. Jazmín, Madrid.
⁽²⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. C.S. Alpes, Madrid.
⁽³⁾ Médico Adjunto de MFyC C.S. Ángela Uriarte, Madrid.

Declaración de conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN

Los quistes suprarrenales son lesiones poco frecuentes, generalmente descubiertas de forma incidental durante la realización de pruebas de imagen por otros motivos⁽¹⁾. Su prevalencia se estima en torno al 0,06-0,18% en estudios radiológicos y hasta un 0,2% en series de autopsias⁽²⁾. Aunque la mayoría son benignos y no funcionales, requieren estudio para descartar patología maligna o lesiones hormonales activas⁽³⁾.

Se presenta el caso de una mujer joven en la que la valoración de un dolor lumbar banal permitió identificar un quiste suprarrenal derecho, destacando la relevancia del abordaje inicial desde Atención Primaria.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, no fumadora ni consumo de tóxicos. Consulta en su Centro de Salud por dolor lumbar de varios días de evolución, sin irradiación, fiebre ni clínica neurológica acompañante. No presentaba síntomas digestivos ni urinarios.

A la exploración física, la paciente se encontraba afebril, normotensa y con buen estado general. La movilidad lumbar estaba levemente limitada por el dolor, sin signos de irritación radicular ni alteraciones neurológicas. El resto de la exploración resultó anodina.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INICIALES

En el contexto del dolor lumbar mecánico, se solicitó una radiografía simple de columna lumbar, que mostró un hallazgo incidental compatible con masa

de contornos redondeados en la región suprarrenal derecha, sugestiva de lesión quística.

Ante dicho hallazgo, se informó a la paciente y se realizó derivación a Medicina Interna para completar el estudio.

EVOLUCIÓN

Durante el estudio hospitalario, se realizó resonancia magnética (RM) de glándulas suprarrenales, que evidenció una lesión quística de 5 cm de diámetro en la glándula suprarrenal derecha, con paredes finas y

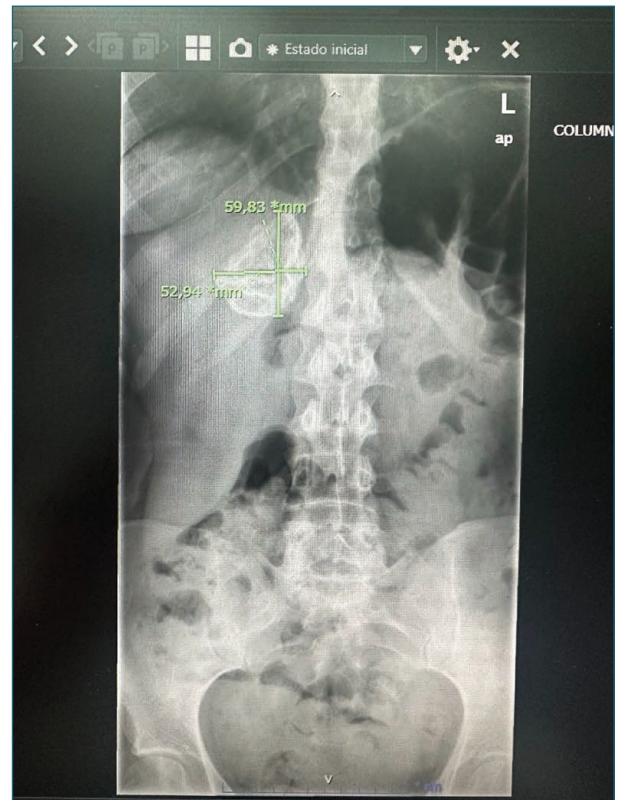


Figura 1. Radiografía lumbar con hallazgo incidental de imagen suprarrenal derecha sugestiva de quiste. Publicado con el consentimiento del paciente.

contenido homogéneo, sin captación de contraste ni signos de infiltración de estructuras adyacentes.

Se completó el estudio con analítica hormonal (cortisol basal, hormona adenocorticotropa [ACTH], metanefrinas, normetanefrinas, aldosterona y renina plasmática), sin hallazgos de hiperfunción o disfunción suprarrenal.

Tras valoración multidisciplinar (Endocrinología y Cirugía General), y dada la estabilidad del tamaño y la ausencia de signos de malignidad, se decidió manejo quirúrgico electivo por criterios de tamaño y características radiológicas.

La paciente fue intervenida mediante suprarrenalectomía derecha laparoscópica, con buena evolución postoperatoria.

El informe anatomopatológico confirmó pseudoquiste suprarrenal con calcificación y osificación multifocal de la pared, sin evidencia de malignidad.

Actualmente, la paciente se encuentra asintomática y en seguimiento periódico por Endocrinología.

REVISIÓN

Los quistes suprarrenales son lesiones infrecuentes que pueden clasificarse en cinco tipos histológicos: endoteliales, epiteliales, parasitarios, pseudoquistes y neoplásicos^(1,3). pseudoquistes, como en este caso, representan entre el 40 y el 50 % y suelen derivar de hemorragias previas o degeneraciones de tumores benignos⁽⁴⁾.

La mayoría cursan de manera asintomática y se descubren de forma incidental en estudios de imagen realizados por otros motivos⁽⁵⁾. El diagnóstico se basa en las características radiológicas y en la exclusión de funcionalidad hormonal.

El manejo depende del tamaño, aspecto radiológico y funcionalidad. Se recomienda actitud conservadora en lesiones menores de 4 cm, no funcionales y con aspecto benigno, y resección quirúrgica cuando superan ese tamaño, presentan crecimiento o generan dudas diagnósticas^(3,4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Aron D, Chang A. Adrenal cysts: Clinical features, diagnosis, and management. *Endocr Pract.* 2019;25(6):543-9.
2. Tagge DU, Baron PL. Adrenal cysts: pathogenesis, diagnosis and management. *Am Surg.* 1997;63(4):356-61.
3. Lam KY, Lo CY. Adrenal cysts: a 30-year clinicopathological experience. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2002;56(1):95-101.
4. Foster DG. Adrenal cysts: review of literature and report of case. *Arch Surg.* 1966;92(1):131-43.
5. Ríos A, Rodríguez JM, Canteras M, Galindo PJ, Parrilla P. Cysts of the adrenal gland: diagnostic and therapeutic considerations. *Urol Int.* 1999;63(4):212-7.

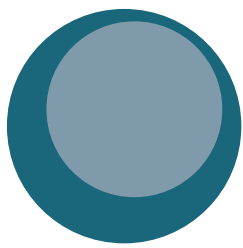


Figura 2. Resonancia magnética de glándulas suprarrenales. Lesión quística derecha sin signos de infiltración ni componente sólido. Publicado con el consentimiento del paciente.

En este caso, la evaluación inicial en Atención Primaria permitió la detección precoz del hallazgo y la derivación adecuada, evitando demoras en el diagnóstico y tratamiento. La evolución fue favorable, con resolución completa tras la cirugía.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo consentimiento informado oral de la paciente para la publicación anónima de su caso clínico.



CASOS CLÍNICOS

10. LESIÓN GENITAL: A PROPÓSITO DE UN CASO (R-2025-77)

■ Rodríguez Arilla A.⁽¹⁾, Luque García L.⁽²⁾, Paniura Pinedo M.⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Residente MFyC de 4º año

⁽²⁾ Adjunta MFyC

Centro de trabajo: C.S. Torreledones

Se realiza este caso clínico sin conflictos de interés y bajo el consentimiento informado escrito del paciente.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones genitales masculinas constituyen un motivo de consulta frecuente en atención primaria. La más prevalente es la balanitis, seguido de otras dermatosis inflamatorias (liquen escleroso, psoriasis, eczema) e infecciones (condilomas acuminados)⁽¹⁾. Las lesiones neoplásicas y premalignas tienen menor prevalencia, pero requieren de alta sospecha clínica y confirmación histológica ante la presencia de lesiones persistentes o formas atípicas⁽²⁾.

CASO CLÍNICO

Varón de 68 años con antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y reflujo gastroesofágico (RGE).

Acude a consulta de atención primaria por lesiones en glande desde hace tres meses. Refiere que dichas lesiones aparecen de forma intermitente, se acompa-

ñan de dolor y prurito en dicha zona. No presenta exudado uretral. No tiene fiebre ni sensación distérmica. No clínica miccional. Niega haber tenido relaciones sexuales de riesgo. No refiere otra sintomatología acompañante.

A la exploración física presenta una úlcera de unos 0.5 centímetros en glande de aspecto brillante y color anaranjado, lesiones punteadas rojizas en el resto del glande y otra lesión cara interna del prepucio con restos hemáticos. Eritema en el escroto. No exudado uretral. No adenopatías. Testes blandos y rodaderos.

Se realizó teleconsulta con Dermatología, donde se confirmó la sospecha de balanitis de Zoon. Se pautó tratamiento con corticoide tópico diario durante una semana, seguido de tacrolimus 0.1% tres veces por semana durante un mes, con resolución completa del cuadro.



Figura 1. Fotografía cutánea de lesión en glande. Publicado con el consentimiento del paciente.



Figura 2. Fotografía cutánea de las lesiones en glande llamadas "cayenne pepper spots" y lesión en la cara interna del prepucio. Publicado con el consentimiento del paciente.

RESUMEN

La balanitis de Zoon es una dermatosis inflamatoria crónica, benigna e idiopática que afecta principalmente a hombres a partir de la mediana o avanzada edad que no han sido circuncidados. Se caracteriza clínicamente por la presencia de placas bien delimitadas, húmedas, de color rojo-anaranjado con aspecto brillante y puntos rojizos también llamados “*cayenne pepper spots*” en el glande y, a veces, con lesiones en la cara interna del prepucio.

Las lesiones pueden ser asintomáticas, pruriginosas o cursar con clínica miccional como la disuria. También pueden presentarse como lesiones “en espejo” en áreas de contacto directo⁽³⁾.

El principal diagnóstico diferencial se establece con lesiones malignas, como carcinoma in situ, seguido de otras patologías como liquen plano o psoriasis. Histológicamente se caracteriza por un infiltrado denso de células plasmáticas en la dermis superficial, con atrofia epidérmica, extravasación de eritrocitos y siderófagos, lo que ayuda a diferenciarla del resto de patologías⁽⁴⁾.

La balanitis de Zoon no presenta una etiopatogenia clara, pero destacan como factores de riesgo la irritación crónica en un ambiente húmedo, la mala higiene genital y el tabaquismo.⁽⁵⁾

El diagnóstico es clínico, pero, en ocasiones, sobre todo si no responde a tratamiento o en los casos atí-

picos, puede requerir biopsia para descartar lesiones malignas o infecciosas⁽⁶⁾.

El tratamiento de primera línea es la circuncisión, que resulta curativa en la mayoría de los casos. Otra alternativa terapéutica que se lleva a cabo con éxito para pacientes no candidatos o que rechazan la cirugía es el tratamiento tópico con corticosteroides, inhibidores de la calcineurina (tacrolimus) y terapia láser de CO₂ en casos seleccionados⁽⁷⁾.

En este caso resalta, además, la utilidad de la tele dermatología como herramienta diagnóstica complementaria en atención primaria. Permite llevar a cabo una consulta de alta resolución facilitando una valoración rápida de lesiones cutáneas para el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades mejorando así la calidad de vida de los pacientes, optimizando las derivaciones y reduciendo las listas de espera.

CONCLUSIONES

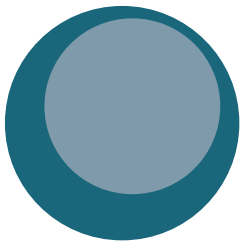
La balanitis de Zoon debe considerarse ante lesiones eritematosas persistentes en glande de varones no circuncidados.

La tele dermatología constituye una herramienta de gran valor diagnóstico y terapéutico en atención primaria.

El tratamiento tópico con tacrolimus es eficaz en casos seleccionados, especialmente cuando la circuncisión no está indicada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pearce J, Fernando I. The value of a multi-specialty service, including genitourinary medicine, dermatology and urology input, in the management of male genital dermatoses. *Int J STD AIDS*. 2015 Sep;26(10):716-22.
2. Fortier E Jr, Cerruti A, Clec'h CL, Azzouzi AR, Bigot P. Benefits of Urologic-Dermatologic Consultations for the Diagnosis of Cutaneous Penile Lesions: A Prospective Study. *Clin Genitourin Cancer*. 2018 Apr;16(2): e421-e424.
3. Hugh JM, Lesiak K, Greene LA, Pierson JC. Zoon's balanitis. *J Drugs Dermatol*. 2014 oct;13(10):1290-1.
4. Weyers W, Ende Y, Schalla W, Diaz-Cascajo C. Balanitis of Zoon: a clinicopathologic study of 45 cases. *Am J Dermatopathol*. 2002 Dec;24(6):459-67.
5. Piaserico S, Orlando G, Linder MD, Cappozzo P, Zarian H, Iafrate M. A case-control study of risk factors associated with Zoon balanitis in men. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Aug;33(8):1591-1594.
6. Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, et al. Circuncisión y Dermatitis Genitales. *Arco Dermatol*. 2000;136(3):350-354.
7. Moreno-Arias GA, Camps-Fresneda A, Llaberia C, Palou-Almerich J. Plasma cell balanitis treated with tacrolimus 0.1%. *Br J Dermatol*. 2005 Dec;153(6):1204-6.



CASOS CLÍNICOS

11. EL DOLOR QUE VOLVIÓ A PRIMARIA... Y POR FIN TUVO NOMBRE (R-2025-80)

■ Pascual Such I.⁽¹⁾, Álvarez Hernández N.⁽²⁾, Linares de la Vega J.⁽³⁾

⁽¹⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. C.S. Jazmín, Madrid.

⁽²⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. C.S. Alpes, Madrid.

⁽³⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. C.S. Mar Báltico, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de la costilla flotante es una causa infradiagnosticada de dolor torácico y abdominal. Su presentación puede ser muy variable y, en la mayoría de los casos, las pruebas complementarias resultan normales, lo que favorece que estos pacientes pasen por diferentes consultas y especialidades sin obtener respuestas. La movilidad exagerada de las costillas inferiores puede irritar el nervio intercostal y originar un dolor difícil de ubicar, que a menudo se confunde con patología digestiva o musculoesquelética⁽¹⁾. La exploración física dirigida es fundamental. Presentamos el caso de un paciente con estudio digestivo normal y múltiples visitas previas, cuyo diagnóstico se alcanzó finalmente en Atención Primaria.

EXPOSICIÓN DEL CASO. MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 45 años que consultó por dolor intermitente en el hemiabdomen superior derecho de varios meses de evolución.

HISTORIA CLÍNICA

El paciente describía un dolor inespecífico en la parte alta del abdomen derecho. No era constante, pero reaparecía con frecuencia y no encontraba un patrón claro. En ocasiones era más punzante y en otras más sordo. No lo asociaba a las comidas ni a la actividad física. Tampoco presentaba fiebre, náuseas ni cambios intestinales. La persistencia del cuadro le generaba preocupación porque no encontraba una explicación y el dolor empezaba a interferir en su vida diaria.

En la valoración inicial se solicitó analítica completa y radiografía de abdomen, ambas sin alteraciones. Al persistir los síntomas sin un desencadenante claro, se

decidió derivarlo a Gastroenterología para completar estudio con ecografía abdominal reglada y calprotectina fecal.

En Gastroenterología se realizaron varias revisiones. Tanto la ecografía como la calprotectina resultaron normales y el paciente fue dado de alta al no objetivarse patología digestiva. A pesar de ello, los síntomas continuaban y no se había alcanzado un diagnóstico.

El paciente volvió a Atención Primaria porque el dolor persistía sin cambios.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En esta nueva valoración presentaba un buen estado general. La exploración abdominal era anodina. Sin embargo, al palpar con más detalle el reborde costal derecho se identificó un punto de dolor bien localizado. En ese contexto y ante la ausencia de hallazgos en todas las pruebas previas, se decidió realizar la maniobra del gancho. Al movilizar suavemente la zona por debajo del reborde costal, el paciente refirió de inmediato su dolor habitual y comentó que tenía la sensación de que la costilla se movía más de lo normal. Este hallazgo es muy sugestivo de síndrome de la costilla flotante^(2,3).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREVIAS

En la historia clínica constaban una analítica completa dentro de la normalidad, una radiografía de abdomen sin hallazgos y una ecografía abdominal reglada también normal. La calprotectina fecal fue negativa y no se identificaron alteraciones digestivas en las revisiones de Gastroenterología, por lo que el paciente fue dado de alta sin diagnóstico.

EVOLUCIÓN Y DESENLACE

Tras obtener una maniobra del gancho claramente positiva, se explicó al paciente que, por primera vez en todo el proceso, existía una sospecha diagnóstica sólida. Hasta ese momento todas las valoraciones habían estado enfocadas en descartar patología digestiva, por lo que era comprensible que siguiera sin respuestas a pesar de los meses transcurridos. Comprender el origen del dolor fue un punto clave para el paciente, que por fin podía asociar su clínica a una causa concreta.

Se revisaron las distintas opciones terapéuticas descritas⁽⁴⁾. En primer lugar se comentaron las medidas conservadoras que incluían analgesia pautada durante unos días para intentar romper el ciclo de dolor, evitar movimientos que aumentaran la molestia y aplicar calor local en los momentos de mayor intensidad. También se habló del papel de la fisioterapia porque fortalecer la musculatura estabilizadora del tronco puede mejorar el control de la zona costal y reducir la irritación del nervio intercostal. Este enfoque suele ser útil en fases iniciales.

Sin embargo, el paciente llevaba varios meses con dolor recurrente que no había respondido a analgesia ocasional. Por ello, y dado que ya habíamos identificado con claridad el origen musculoesquelético del cuadro, se recomendó acudir a un centro especializado con experiencia en este tipo de patología para valorar la realización de una infiltración intercostal. La técnica consiste en administrar anestésico local y corticoide en el punto donde la movilidad costal provoca la irritación neural, siendo una opción eficaz en casos persistentes⁽⁵⁾.

El paciente siguió la recomendación y se realizó la infiltración en el centro indicado. La técnica se completó sin incidencias. En las semanas posteriores refirió una mejoría progresiva y prácticamente completa

de los síntomas. A los dos meses había retomado su actividad física habitual sin limitaciones y no había presentado nuevos episodios de dolor.

REVISIÓN

El síndrome de la costilla flotante es una entidad menos frecuente de lo que a menudo se sospecha, aunque probablemente más infradiagnosticada. Se produce por una movilidad exagerada del extremo anterior de las costillas inferiores que irrita los nervios intercostales y genera un dolor que puede localizarse tanto en el tórax como en el abdomen superior^(1,2). Esto explica por qué muchos pacientes son valorados inicialmente en consultas digestivas o incluso en urgencias sin que se llegue a una conclusión.

La maniobra del gancho es el elemento más útil para su identificación porque reproduce de forma exacta el dolor del paciente⁽³⁾. Las pruebas de imagen no suelen aportar información relevante y suelen ser normales. El manejo habitual incluye analgesia, medidas conservadoras y fisioterapia orientada a mejorar la estabilidad del tronco⁽⁴⁾. La infiltración del nervio intercostal es una alternativa eficaz cuando el dolor persiste a pesar de estas medidas⁽⁵⁾.

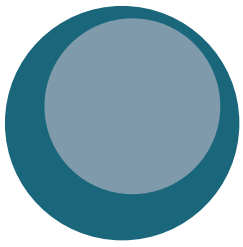
Este caso demuestra la importancia de la exploración física en Atención Primaria y del razonamiento clínico basado en la persistencia de los síntomas, incluso cuando las pruebas complementarias son normales. La sospecha diagnóstica permitió ofrecer un tratamiento adecuado y conseguir la resolución del cuadro después de varios meses sin respuestas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo consentimiento informado oral para la publicación anónima del caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Copeland GP. Slipping rib syndrome: An elusive cause of abdominal and chest pain. *Br Med J*. 1984;289:539-40.
2. Heinz GJ, Zavala DC. Slipping rib syndrome. *JAMA*. 1977;237(8):794-5.
3. Meuwly JY, et al. Slipping rib syndrome: A place for sonography in the diagnosis of a frequently overlooked cause of abdominal or low thoracic pain. *J Ultrasound Med*. 2002;21(3):339-43.
4. Cyriax J. *Textbook of Orthopaedic Medicine. Diagnosis of soft tissue lesions*. 8th ed. London: Baillière Tindall; 1982.
5. Murata Y, et al. Treatment of slipping rib syndrome with intercostal nerve block. *Pain Med*. 2015;16(4):779-82.



CASOS CLÍNICOS

12. VEO, VEO... ¿QUÉ VES? UN CASO DE SÍNDROME DE CHARLES BONNET EN URGENCIAS (R-2025-82)

■ Guglielmi Fernández Gill ME.⁽¹⁾, Pascual Such I.⁽²⁾, Delgado Goñi L.⁽¹⁾

⁽¹⁾ C.S. Mar Báltico, Madrid. Médico Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria.

⁽²⁾ C.S. Jazmín, Madrid. Médico Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Charles Bonnet (SCB) se caracteriza por la presencia de alucinaciones visuales complejas en personas con deterioro visual significativo, sin alteraciones cognitivas ni enfermedad psiquiátrica. Su desconocimiento puede llevar a diagnósticos erróneos, ansiedad en el paciente y realización de pruebas innecesarias.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 83 años que acude de forma reiterada a urgencias durante el último trimestre por episodios en los que refiere “ver personas que entran en su casa”. Vive solo, aunque su hija convive por temporadas con él. Entre sus antecedentes destacan degeneración macular asociada a la edad (DMAE) bilateral, hipertensión arterial y dislipemia. No presenta consumo de tóxicos.

En el último mes, ha contactado en tres ocasiones con el SUMMA por la aparición de estas visiones, llegando a solicitar la presencia policial al creer que unos ladrones accedían al domicilio. Explica que, aunque en ocasiones identifica las imágenes como irreales, la nitidez de algunas escenas le genera dudas. Los episodios suelen ocurrir al anochecer o en condiciones de baja iluminación.

Durante sus visitas a urgencias se encuentra consciente, orientado y colaborador. El discurso es coherente y sin alteraciones del pensamiento. Refiere ansiedad y preocupación por “estar perdiendo la cabeza”. La exploración física y neurológica es normal. Las analíticas y un TAC craneal no muestran alteraciones.

Fue ingresado en una ocasión para descartar un síndrome confusional. Psiquiatría descartó delirium o demencia y diagnosticó un episodio depresivo leve, pautando sertralina. No obstante, las alucinaciones persistieron. Algunos profesionales sugirieron posible

simulación, ya que los episodios coincidían con ausencias prolongadas de su hija.

En una nueva valoración, describe con detalle las alucinaciones: personas pequeñas caminando por el pasillo, figuras detrás de las cortinas o imágenes que “atravesan la ventana”. Indica que desaparecen al encender la luz o cambiar de habitación. Tras la colaboración con Oftalmología, se establece el diagnóstico de síndrome de Charles Bonnet.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análítica sanguínea, exploración neurológica y TAC craneal sin hallazgos patológicos. Valoración oftalmológica con confirmación de DMAE bilateral avanzada.

EVOLUCIÓN Y MANEJO

Se informa al paciente y a su hija sobre la naturaleza benigna del síndrome, su relación con la pérdida visual y la ausencia de enfermedad mental. Se recomiendan medidas de estimulación visual, buena iluminación en el domicilio y actividades cognitivas. Se mantiene seguimiento en Atención Primaria.

En las revisiones posteriores, el paciente refiere una disminución importante de los episodios y menor ansiedad, destacando el alivio que supuso comprender el origen de las alucinaciones. La información clara y el acompañamiento familiar fueron claves para reducir la angustia y las visitas a urgencias.

REVISIÓN DEL TEMA

El SCB constituye una causa infradiagnosticada de alucinaciones visuales en personas mayores con deterioro visual. La preservación de la orientación, la conciencia de irrealidad y la ausencia de clínica

psiquiátrica o neurológica son elementos esenciales para su identificación.

La teoría fisiopatológica más aceptada es la desafe-rentación, según la cual la falta de aferencias visuales induce hiperexcitabilidad cortical y genera imágenes complejas en ausencia de estímulos externos. Factores como la fatiga, el aislamiento, el estrés o la baja iluminación actúan como desencadenantes.

El diagnóstico es clínico y requiere sospecha elevada. El tratamiento se basa en la educación sanitaria, el control ambiental y el apoyo emocional. El tratamiento farmacológico no suele ser necesario.

CONCLUSIONES

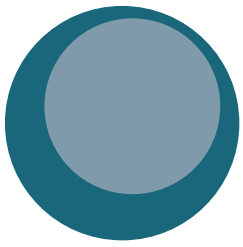
El síndrome de Charles Bonnet debe considerarse ante alucinaciones visuales en pacientes con pérdida visual significativa. Su reconocimiento en Atención Primaria o urgencias evita ingresos, pruebas innecesarias y diagnósticos erróneos. La información y el acompañamiento son herramientas terapéuticas fundamentales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente ha dado su consentimiento para la publicación del caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menon GJ. Complex visual hallucinations in the visually impaired: the Charles Bonnet syndrome. *Surv Ophthalmol.* 2005;50(3):239–255.
2. Teunisse RJ, Zitman FG, Cruysberg JR, et al. Visual hallucinations in psychologically normal people: Charles Bonnet's syndrome. *Lancet.* 1996;347:794–797.
3. Pang L. Hallucinations experienced by visually impaired: Charles Bonnet syndrome. *Optometry.* 2016;87(6):404–413.
4. Mocellin R, Walterfang M, Velakoulis D. Charles Bonnet syndrome: a review of the literature. *J Clin Neurosci.* 2006;13(8):824–828.



CASOS CLÍNICOS

13. CUANDO UNA ÚLCERA “MENOR” TERMINÓ SIENDO MAYOR (R-2025-83)

- Pascual Such I.⁽¹⁾, Coloma Seguí C.⁽²⁾, Fernández Castro Y.⁽³⁾
 - ⁽¹⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. C.S. Jazmín, Madrid.
 - ⁽²⁾ Médico Adjunto de MFyC. C.S. Ángela Uriarte, Madrid.
 - ⁽³⁾ Enfermera. C.S. Ángela Uriarte, Madrid.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

El trabajo no ha sido publicado previamente.

Los autores conservan el consentimiento informado del paciente.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras en la zona inguinal suelen deberse a problemas cotidianos: irritación, humedad, algún roce con la ropa. La mayoría se resuelven con medidas básicas y vigilancia, y es raro que escondan algo grave⁽¹⁾. Aun así, cuando una lesión no evoluciona como esperamos, conviene revisar el diagnóstico y plantear otras posibilidades. Aunque el carcinoma basocelular (CBC) suele aparecer en zonas fotoexpuestas, puede hacerlo en áreas menos habituales⁽²⁾, lo que puede dificultar su reconocimiento inicial.

EXPOSICIÓN DEL CASO

El paciente es un varón de 85 años, seguido de manera esporádica en el centro de salud. Tiene hipertensión, dislipemia y artrosis, pero lo que realmente marca su día a día es un consumo elevado de alcohol y una situación social con pocos apoyos. Vive solo y reconoce que la higiene personal le cuesta más de lo que quisiera. En la conversación, sin entrar en detalles, admite que en el pasado tuvo relaciones sexuales en circunstancias que podrían considerarse de riesgo.

Acude por una úlcera en el pliegue inguinoescrotal izquierdo que, según comenta, “lleva ya un tiempo” y que atribuye al roce con la ropa. No recuerda exactamente cuándo empezó ni haber visto una fase clara de mejoría. Le molesta algo, sobre todo por la humedad, pero no refiere dolor y tampoco fiebre o secreción purulenta. Durante ese periodo ha recibido varias curas por parte del equipo de enfermería y, ante la falta de una evolución favorable tras semanas de

cuidados locales, es el propio equipo de enfermería quien alerta al equipo médico para reevaluarlo.

En la exploración física se observa una úlcera superficial de aproximadamente un centímetro de diámetro, situada en el pliegue inguinoescrotal izquierdo. Presenta bordes no infiltrados y discretamente eritematosos, un centro hipergranulante y un exudado seroso escaso, acompañado de ligera maceración de la piel adyacente. No se aprecia mal olor ni signos de sobreinfección, no se palpan adenopatías inguinales y no se identifican otras lesiones cutáneas asociadas.



Figura 1. Úlcera en región inguinoescrotal con centro hipergranulante y bordes no infiltrados. Publicado con el consentimiento del paciente.

Aunque el aspecto podría encajar con una úlcera irritativa crónica, la evolución prolongada y la hipergranulación despiertan dudas. Se fotografía la lesión (Figura 1) y se remite la imagen a Dermatología mediante consulta electrónica. La respuesta es clara: aconsejan biopsiarla.

Tras su derivación, se realiza una biopsia incisional. El resultado confirma un carcinoma basocelular. Posteriormente se realiza la exéresis completa, sin complicaciones. En las revisiones posteriores, la cicatrización progresa de manera adecuada y no se observan signos de recidiva.

REVISIÓN

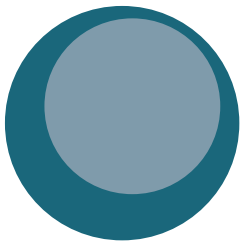
El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo más frecuente y suele relacionarse con exposición solar mantenida. Su aparición en zonas no fotoexpuestas, como región genital o pliegues, es poco habitual y supone un reto diagnóstico, ya que estas lesiones se confunden fácilmente con irritaciones locales, intertrigo o infecciones⁽³⁾.

En estas localizaciones, el CBC puede presentarse como una úlcera de aspecto anodino, poco dolorosa y de bordes discretos^(4,5). Su persistencia y la falta de respuesta a las medidas habituales deberían hacernos pensar en otras posibilidades. Entre los signos que deben hacernos sospechar malignidad se encuentran la hipergranulación, pequeños sangrados espontáneos, cambios progresivos o la ausencia de mejoría a pesar del tiempo⁽⁶⁾.

La biopsia es la herramienta fundamental cuando una úlcera no evoluciona de forma coherente con el diagnóstico inicial, independientemente de la localización. El tratamiento de elección sigue siendo la extirpación quirúrgica, que ofrece muy buenos resultados⁽⁷⁾. Para el médico de familia es importante recordar que, una vez confirmado el diagnóstico, la cirugía determina un pronóstico excelente en la mayoría de los casos. Este caso recuerda que, en Atención Primaria, incluso lesiones aparentemente sencillas merecen una revisión crítica si no siguen un curso esperable. Y que el carcinoma basocelular, aunque típico de zonas fotoexpuestas, también puede esconderse en lugares donde no pensamos encontrarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zuber TJ. Intertrigo and common secondary skin infections. *Am Fam Physician*. 2002;65(10):2095-100.
2. Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2005;353(21):2262-9.
3. Cameron MC, Lee E, Hibler BP, et al. Basal cell carcinoma: Epidemiology, pathophysiology, and clinical subtypes. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(2):303-17.
4. Gibson GE, Ahmed I. Basal cell carcinoma of the genitalia: A review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45(5):709-17.
5. Betti R, Menni S, Bombonato C, Crosti C. Basal cell carcinomas of covered sites. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(6):768-72.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Suspected cancer: recognition and referral. NICE guideline NG12. London: NICE; 2015 (updated 2021).
7. Bichakjian CK, Olencki T, Aasi SZ, et al. Basal Cell Skin Cancer, Version 1.2016. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016;14(5):574-97.



CASOS CLÍNICOS

14. DISTENSIÓN ABDOMINAL SILENCIOSA, ALARMA TARDÍA (R-2025-84)

- Álvarez Hernández N.⁽¹⁾, Pascual Such I.⁽²⁾, Rincón Benavent AM.⁽³⁾
 - ⁽¹⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. Centro de Salud Alpes, Madrid.
 - ⁽²⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. Centro de Salud Jazmín. Madrid.
 - ⁽³⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. Centro de Salud Mar Báltico, Madrid.

No hay conflictos de intereses para la realización de este trabajo.

Este trabajo no ha sido publicado previamente.

INTRODUCCIÓN

La distensión abdominal progresiva es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, puede deberse a múltiples causas, ya sea desde procesos benignos hasta patologías más graves^(1,3). La presencia de síntomas de alarma asociados como dolor abdominal reciente, disnea, ortopnea, alteraciones del tránsito intestinal y de micción, obliga a descartar causas orgánicas potencialmente malignas. Presentamos el caso clínico de una paciente con aumento progresivo del perímetro abdominal y síntomas compresivos, el cual ilustra la importancia de la sospecha clínica y de la identificación precoz de signos de alarma en el ámbito de Atención Primaria.

EXPOSICIÓN DEL CASO

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 58 años que consultó por aumento del perímetro abdominal de un mes de evolución.

HISTORIA CLÍNICA

La paciente describía aumento del perímetro abdominal de un mes de evolución que ha empeorado en los últimos tres días, que además le condiciona disnea de mínimos esfuerzos, ortopnea de 3 almohadas y dificultad para la micción y la defecación en el último día. Asocia dolor abdominal difuso de características punzantes. Niega fiebre, tos, expectoración, náuseas y vómitos y síntomas urinarios. Comenta también pérdida ponderal y pérdida de apetito en los últimos meses. Ante la progresión del cuadro y la presencia de sín-

tomos de alarma, se deriva al servicio de Urgencias. Una vez allí, le realizan una paracentesis diagnóstica obteniéndose un líquido con características compatibles con trasudado.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la valoración inicial la paciente presenta mal estado general. Destaca en la auscultación pulmonar abolición del murmullo vesicular hasta campos medios en campo pulmonar izquierdo. A nivel abdominal se trata de un abdomen globuloso, doloroso a la palpación sin focalizar en ningún punto en concreto, sin signos de irritación peritoneal, pero con signo de oleada ascítica positivo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En el servicio de Urgencias se realiza una analítica sanguínea donde se observa un fracaso renal agudo, elevación de GOT, GGT Y LDH, y un aumento de PCR hasta 54, sin otras alteraciones significativas. En la bioquímica del líquido ascítico destaca un aumento de LDH, amilasa y colesterol. En cuanto a la citología de dicho líquido muestra características indicativas de malignidad.

Respecto a las pruebas de imagen se realiza un TAC toraco-abdomino-pélvico (TAC TAP) donde describen: derrame pleural bilateral de moderada cuantía, más marcado en el lado izquierdo, carcinomatosis peritoneal y tumoración pélvica en fondo de saco de Douglas.

EVOLUCIÓN Y DESENLACE

Se ingresó a la paciente para completar estudio diagnóstico y valorar opciones terapéuticas por Oncología Médica, confirmándose carcinoma ovárico seroso de alto grado mediante biopsia.

Durante las entrevistas clínicas, la paciente se mostraba reservada, tendía a hablar poco y apenas formula-

ba preguntas, lo que sugería un afrontamiento interno más silencioso y la necesidad de un acompañamiento médico más proactivo. Vivía con su hija de 25 años, principal figura de apoyo, y expresaba preocupación por la carga emocional y económica que su enfermedad pudiera generar en ella. Se ofreció a la paciente la posibilidad de informar conjuntamente a su hija sobre la sospecha tumoral y el posible origen maligno de su clínica; sin embargo, en ese momento prefirió que no le transmitiéramos la información.

Tras ser citada por Oncología para control evolutivo, la paciente no acudió a algunas de las revisiones programadas, hecho que puede interpretarse como respuesta emocional al diagnóstico y evidencia la importancia de la continuidad y coordinación desde Atención Primaria.

Se descartó la intervención quirúrgica, debido a la irreseccabilidad del tumor, y optaron por tratamiento inicial con quimioterapia. El tratamiento se acompañó de seguimiento conjunto entre Atención Primaria y Oncología, priorizando control sintomático, apoyo emocional y planificación social.

REVISIÓN DEL TEMA

La distensión abdominal es un motivo de consulta frecuente en atención primaria y puede responder a causas muy diversas, que van desde procesos funcionales benignos, como el síndrome de intestino irritable o la dispepsia, hasta patologías graves como neoplasias intraabdominales o insuficiencia hepática^(1,3). Su carácter insidioso y la frecuencia de síntomas ines-

pecíficos pueden dificultar la identificación temprana de cuadros graves⁽²⁾.

En la valoración del paciente, el médico de familia debe prestar especial atención a los signos de alarma que orientan hacia una etiología potencialmente grave, incluyendo: dolor abdominal agudo o progresivo, alteraciones recientes del ritmo intestinal, dificultad para la micción o la defecación, disnea o intolerancia al esfuerzo, ortopnea, pérdida de peso no explicada y anorexia. La presencia de uno o varios de estos signos justifica una evaluación más exhaustiva, estudios complementarios o derivación urgente.

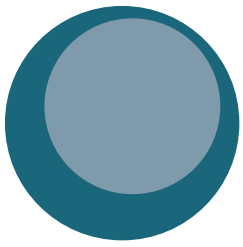
El caso presentado ilustra cómo un síntoma relativamente frecuente en Atención Primaria puede esconder una patología grave, en este caso carcinomatosis peritoneal secundaria a tumor ovárico seroso de alto grado. La progresión de los síntomas y la presencia de signos de alarma fueron determinantes para la derivación urgente, el diagnóstico definitivo y la planificación del tratamiento. Este ejemplo subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha y actuar de manera precoz ante pacientes con distensión abdominal progresiva, reforzando el papel crucial del médico de familia en la detección temprana de enfermedades graves. Además, refleja la complejidad emocional y sociocultural que rodea a la enfermedad oncológica y pone de relieve el papel del médico de familia no solo en la detección precoz, sino también en el acompañamiento humano durante el proceso.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo consentimiento informado oral para la publicación anónima del caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Runyon BA. Evaluation of adults with ascites [Internet]. UpToDate, 2024 Apr 9 [consultado 25 nov 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-adults-with-ascites>
2. Sánchez-Galindo B, Rabanales-Sotos J, López-González Á, Sánchez-Martínez CM, Castaño-Díaz M, López-Torres Hidalgo J. Descripción de los síntomas de alarma en las mujeres con cáncer ginecológico [Description of alarm symptoms in women with gynecologic cancer]. *Aten Primaria*. 2025 Jul 15;57(12):103337. doi:10.1016/j.aprim.2025.103337. PMID:40669124.
3. Cisternas D, Jaime F. Dolor y distensión abdominal. Abordaje diagnóstico a distintas edades. *Gastroenterol Latinoam*. 2019;30(Supl 1):S39-S43.



CASOS CLÍNICOS

15. LA CLAVE ESTABA EN EL FONENDO (R-2025-86)

■ Pascual Such I.⁽¹⁾, Álvarez Hernández N.⁽²⁾, Guglielmi Fernández M.E.⁽³⁾.

⁽¹⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. C.S. Jazmín, Madrid.

⁽²⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. C.S. Alpes, Madrid.

⁽³⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. C.S. Mar Báltico, Madrid.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

El trabajo no ha sido publicado previamente.

Los autores conservan el consentimiento informado de la paciente.

INTRODUCCIÓN

La disnea es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria y su valoración exige integrar los antecedentes, la evolución clínica y la exploración física. Incluso con estudios especializados recientes dentro de la normalidad, la aparición de un signo exploratorio nuevo puede indicar patología de evolución rápida. Presentamos el caso de una mujer con estudios neumológicos y cardiológicos recientes sin alteraciones significativas, en la que la detección de una hipofonesis apical derecha condujo a reconsiderar el diagnóstico y solicitar nuevas pruebas ante un posible cambio clínico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 63 años, exfumadora de 20 paquetes-año hasta los 45 años y con exposición prolongada a humo de carbón y leña. Antecedentes de hipertensión arterial no dipper, dislipemia, prediabetes, extrasistolia ventricular de alta densidad y enfisema paraseptal leve. A finales de 2023 acudió a urgencias por un episodio de broncoespasmo que respondió a broncodilatadores. Desde entonces presentó disnea intermitente que fue objeto de seguimiento en Atención Primaria.

En los meses posteriores, fue estudiada en Neumología por persistencia de la disnea. La espirometría mostraba valores de FEV1 entre el 68–79 %, FVC entre el 74–77 % y una relación FEV1/FVC conservada. La DLCO estaba descendida (53 %) en el contexto de enfisema paraseptal. El TAC torácico realizado durante ese proceso no evidenció nódulos ni masas, únicamente enfisema y atelectasias laminares. La ergoespirometría descartó limitación ventilatoria o

cardiovascular, concluyéndose descondicionamiento físico y no objetivándose patología pulmonar activa en ese momento.

De forma paralela, había sido valorada también en Cardiología por el mismo síntoma. El ecocardiograma fue normal, el Holter registró extrasistolia ventricular frecuente sin arritmias complejas y el TAC coronario mostró ausencia de calcificación coronaria. No se objetivó cardiopatía estructural significativa.

Acude nuevamente a consulta por disnea progresiva de semanas de evolución, asociada a dolor interescapular y episodios esporádicos de tos seca. Aunque inicialmente la clínica podía recordar a episodios previos, la exploración física reveló un hallazgo claramente distinto: hipofonesis marcada y localizada en el tercio superior del hemitórax derecho. Conocer la evolución habitual de la paciente permitió identificar que este signo no formaba parte de su patrón basal.

Con el objetivo de complementar la valoración inicial, se realizó una ecografía clínica pulmonar (POCUS). Se observaron líneas B de predominio en el hemitórax derecho, sin evidencia clara de derrame pleural. A nivel cardíaco se objetivó un derrame pericárdico moderado, ya conocido, sin signos de compromiso hemodinámico. No se identificó líquido libre intraabdominal. La POCUS reforzó la necesidad de completar el estudio mediante pruebas de imagen convencionales.

Ante el hallazgo auscultatorio y el apoyo ecográfico, se solicitó una radiografía de tórax y una analítica completa de forma ambulatoria, pero con carácter urgente.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La radiografía mostró un aumento de densidad en el lóbulo superior derecho, asociado a pérdida de volumen y retracción del parénquima, con desviación mediastínica hacia la derecha. Los hallazgos eran compatibles con una lesión ocupante de espacio sospechosa de etiología tumoral.

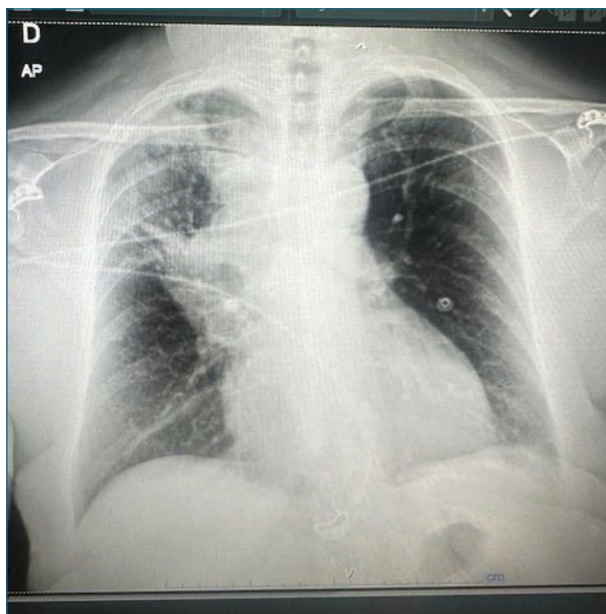


Figura 1. Radiografía de tórax en proyección anteroposterior (AP), realizada como prueba urgente ambulatoria solicitada desde Atención Primaria. Publicado con el consentimiento del paciente.

La analítica urgente no mostró alteraciones significativas. El electrocardiograma urgente mostraba ritmo sinusal con extrasístoles ventriculares frecuentes y rachas de bigeminismo, sin cambios relevantes respecto a previos.

EVOLUCIÓN

El hallazgo radiológico suponía un cambio relevante respecto a las exploraciones realizadas en los 12–18 meses previos, en las que no se identificaron masas pulmonares. La combinación de una analítica anodi-

na con una imagen claramente patológica orientaba hacia un proceso de evolución reciente.

Ante la sospecha de una masa pulmonar de crecimiento rápido, se derivó a la paciente a las consultas de Diagnóstico Rápido de Medicina Interna, adjuntando la imagen y el informe clínico, para completar el estudio mediante TAC torácico con contraste y valoración multidisciplinar.

REVISIÓN

Los tumores pulmonares del lóbulo superior pueden crecer con relativa rapidez y pasar inadvertidos en estudios de imagen previos realizados meses antes⁽¹⁾. Un TAC torácico normal no excluye su desarrollo posterior, especialmente en pacientes con factores de riesgo como tabaquismo previo, exposición a combustión y enfisema⁽²⁾. Se han descrito tumores que, tras fases iniciales silentes, muestran cambios radiológicos significativos en periodos relativamente cortos.

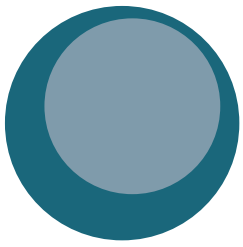
Este caso subraya el valor de la exploración física y de la continuidad asistencial en Atención Primaria. Conocer a la paciente y reconocer que su disnea no seguía el patrón habitual fue clave para reinterpretar los síntomas. La aparición de una hipofonesis localizada, ausente en exploraciones previas, orientó hacia un proceso nuevo y justificó repetir pruebas a pesar de disponer de estudios recientes sin hallazgos significativos. La literatura destaca que una auscultación cuidadosa sigue siendo fundamental para guiar el proceso diagnóstico en pacientes con disnea inespecífica⁽³⁾.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores declaran haber obtenido el consentimiento informado de la paciente para la publicación del caso y su imagen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Detterbeck FC, et al. Tumor growth dynamics in lung cancer. *Chest*. 2013;143(5):1386–1395.
2. Henschke CI, et al. Lung cancers diagnosed after a previous negative CT: implications for growth rates. *Radiology*. 2012;263(2):578–587.
3. Pratter MR. Unexplained dyspnea: the value of careful clinical evaluation. *Chest*. 2016;149(3):813–822.



CASOS CLÍNICOS

16. MÁS ALLÁ DE LA TENDINITIS: CUANDO EL DOLOR OCULTA OTRAS CAUSAS (R-2024-122)

- Resino Rocha M.⁽¹⁾, Méndez Gutiérrez V.V.⁽²⁾, Cañal Martínez P.⁽³⁾, Jauregui Artola X.⁽⁴⁾
 - ⁽¹⁾ Médico Interno Residente en MFyC. C.S. Villaviciosa de Odón. Villaviciosa de Odón. Madrid.
 - ⁽²⁾ Médico Interno Residente en MFyC. C.S. Barcelona. Móstoles. Madrid.
 - ⁽³⁾ Médico Especialista en MFyC. C.S. Alcalde Bartolomé. González. Móstoles. Madrid.
 - ⁽⁴⁾ Médico Especialista en MFyC. C.S. Barcelona. Móstoles. Madrid.

RESUMEN

La osteonecrosis del semilunar, o también conocida como enfermedad de Kienböck, es una patología poco frecuente que afecta el hueso semilunar de la muñeca, generando necrosis debido a una alteración del flujo sanguíneo^(1,2). Su manifestación más frecuente consiste en dolor progresivo en la región dorsal de la muñeca, rigidez y pérdida de función⁽³⁾. Afecta principalmente a adultos jóvenes con actividades manuales repetitivas. El diagnóstico se confirma mediante pruebas de imágenes (radiografías y resonancia magnética) donde se objetiva esclerosis y fragmentación del semilunar. El tratamiento varía según el estadio de la enfermedad, desde tratamientos conservadores hasta cirugía, como acortamiento radial o injertos vasculares en casos avanzados^(4,5).

ABSTRACT

Lunate osteonecrosis, also known as Kienböck's disease, is a rare condition that affects the lunate bone of the wrist, causing necrosis due to disrupted blood flow^(1,2). Its most common presentation includes progressive pain in the dorsal wrist, stiffness, and loss of function⁽³⁾. It primarily affects young adults engaged in repetitive manual activities. The diagnosis is confirmed through imaging studies (X-rays and MRI), which typically reveal sclerosis and fragmentation of the lunate. Treatment varies depending on the stage of the disease, ranging from conservative management to surgical interventions, such as radial shortening or vascularized bone grafting in advanced cases^(4,5).

INTRODUCCIÓN

Identificada hace más de un siglo por el radiólogo austriaco Robert Kienböck, la enfermedad que lleva

su nombre se caracteriza por la necrosis avascular del hueso semilunar.

La enfermedad de Kienböck es una condición compleja que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. La combinación de un diagnóstico temprano, la correcta estadificación y un enfoque de tratamiento individualizado son esenciales para optimizar los resultados y preservar la funcionalidad de la muñeca.

EXPOSICIÓN

Paciente: Mujer de 24 años, sin antecedentes médicos relevantes, no fumadora ni consumidora de sustancias tóxicas.

Acude a consulta por dolor en la muñeca derecha, de seis meses de evolución, sin haber sufrido traumatismo previo. Relaciona el inicio de los síntomas con su actividad laboral como escaparatista y la práctica de deporte. Fue valorada previamente en Barcelona, su ciudad de residencia, donde le diagnosticaron tendinitis sinovial y recibió tratamiento conservador, con escasa mejoría.

Evaluación inicial: Tras realizar la anamnesis y el examen físico, se solicita una primera radiografía de la mano y muñeca, que muestra un cúbito minus.

Dada la persistencia de los síntomas, se deriva a la Unidad de Aparato Locomotor y se solicita una resonancia magnética (RMN) para un estudio más detallado. Antes de la consulta hospitalaria programada, se revisan los resultados de la RMN, en la que se observa un aumento de señal en el hueso semilunar.

Se informa a la paciente y se solicita una valoración preferente por el servicio de Traumatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Examen físico: Dolor en la región dorsal radiocarpiana, con conservación del balance articular, aunque doloroso; el estado neurovascular distal es normal.

Rx mano y muñeca: Sin alteraciones significativas.

RMN: Hueso semilunar con esclerosis y fragmentación.

Orientación diagnóstica: se trata de una mujer joven que desempeña una actividad laboral manual, con dolor persistente en la muñeca y evidencia de esclerosis en el hueso semilunar, lo que sugiere una posible osteonecrosis del semilunar o enfermedad de Kienböck.

Diagnósticos diferenciales: Ganglio intraóseo de la muñeca dorsal, sinovitis, artritis, tendinitis extensora, fractura del semilunar y enfermedad de Kienböck.

PROCESO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La paciente fue evaluada por el servicio de Traumatología, donde se repitió la radiografía de mano, confirmando la esclerosis del semilunar, y la RMN mostró hallazgos compatibles con Kienböck en estadio IIIB.

Se le recomendó tratamiento quirúrgico, y la paciente optó por un procedimiento que incluyó acortamiento radial e injerto vascularizado.

Este caso subraya la importancia de considerar diagnósticos menos frecuentes cuando las pruebas iniciales no revelan alteraciones claras, especialmente en pacientes con síntomas persistentes. Una adecuada coordinación entre la atención primaria y los especialistas hospitalarios permite un diagnóstico temprano y un tratamiento óptimo, mejorando los resultados para el paciente.

REVISIÓN

La **enfermedad de Kienböck**, o **osteonecrosis del semilunar**, es una patología progresiva y debilitante que

afecta la muñeca, causando dolor crónico y pérdida de funcionalidad.

La etiología sigue siendo incierta, aunque se ha asociado con diversos factores como mecánicos (la mayor longitud del radio sobre el cúbito, ha sido considerada un factor de riesgo, ya que puede incrementar las tensiones en la muñeca), vasculares (interrupción de vascularización del semilunar ya sea por trauma repetitivo o compresión venosa) y traumáticos (traumas repetitivos o trabajos que implican movimientos de la muñeca).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son dolor y debilidad en la muñeca progresivos. El dolor es variable y suele estar asociado con limitaciones en el rango de movimiento de la flexoextensión.

Al examen físico destaca una hipersensibilidad en la región dorsal de la muñeca, y a menudo se observa una disminución en la fuerza de agarre en comparación con la muñeca contralateral.

El diagnóstico de Kienböck se establece mediante pruebas de imagen fundamentalmente Radiografía y Resonancia Magnética y mediante visualización directa por Artroscopia. Una vez diagnosticada se puede clasificar en 4 estadios que van desde cambios mínimos solo apreciables en la RM hasta colapso del semilunar y artrosis.

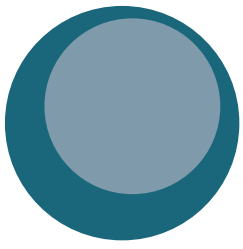
El manejo de la enfermedad de Kienböck depende del estadio y de la sintomatología del paciente que puede ir desde tratamiento conservador con inmovilización con yeso o férula durante 3 meses y tratamiento sintomático hasta intervención quirúrgicas donde pueden optar por diferentes técnicas como osteotomía de acortamiento del radio, injertos óseos vascularizados o resección de la primera fila del carpo.

CONCLUSIÓN

Este caso subraya la importancia de considerar diagnósticos menos frecuentes cuando las pruebas iniciales no revelan alteraciones claras, especialmente en pacientes con síntomas persistentes. Una adecuada coordinación entre la atención primaria y los especialistas hospitalarios permite un diagnóstico temprano y un tratamiento óptimo, mejorando los resultados para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carli D, Zaidenberg P. Enfermedad de Kienböck: conceptos actuales. Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología. 2020;85:26–35.
2. Castañeda A. Osteonecrosis del semilunar o enfermedad de Kienböck. Rev. medica electron. 2008.
3. Gasca LGD, Carrillo LGD. Enfermedad de Kienböck. Acta médica Grupo Ángeles. 2023;21(1):89–90.
4. Luo J, Diao E. Kienböck's disease: An approach to treatment. Hand Clin [Internet]. 2006;22(4):465–73
5. Innes L, Strauch RJ. Systematic review of the treatment of kienböck's disease in its early and late stages. J Hand Surg Am [Internet]. 2010;35(5):713–7, 717.e1-4.



CASOS CLÍNICOS

17. NO TODO ESTREÑIMIENTO SE ESTUDIA CON COLONOSCOPIA (R-2024-126)

- Silván Domínguez M.⁽¹⁾, David Iglesias C.⁽²⁾, Gómez Godoy M.⁽³⁾, Jiménez Gil C.⁽⁴⁾, Díaz Grajal L.A.⁽⁵⁾
- ⁽¹⁾ Médico especialista en MFyC. Consultorio de Gerindote, Torrijos, Toledo.
⁽²⁾ Tutora de residentes. Médica adjunta de MFyC. Consultorio de Rielves/Barcience, Torrijos, Toledo.
⁽³⁾ Médica especialista en MFyC. CS Francia, Fuenlabrada, Madrid.
⁽⁴⁾ Residente de Cuarto año en MFyC. Centro de Sillerías, Toledo.
⁽⁵⁾ Residente de Primer año en MFyC. Consultorio de Gerindote, Toledo.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de páncreas (CP) es uno de los tumores más agresivos y, aproximadamente, el 90% son adenocarcinomas. En comparación con otros tipos de cáncer, en los que la investigación ha facilitado su diagnóstico y tratamiento, el cáncer de páncreas se relaciona con una baja supervivencia con una esperanza de vida a los 5 años del 11%⁽¹⁾. En el año 2020 este tumor constituyó la cuarta causa de muerte por cáncer en España, con 7427 fallecimientos por este tumor⁽²⁾.

Determinados factores de riesgo pueden asociarse a una mayor probabilidad de padecer cáncer de páncreas⁽³⁾: edad entre 60 y 80 años, raza negra, tabaquismo, antecedentes familiares, obesidad, pancreatitis crónica y diabetes de inicio repentino.

El cuadro clínico depende del tamaño y la localización del tumor, así como de la presencia de metástasis⁽⁴⁾. Uno de los síntomas más característicos es la ictericia.

Los síntomas en etapas tempranas son inespecíficos, como: dolor abdominal difuso, anorexia, malestar general, náuseas, vómito o diarrea. Entre los síntomas tardíos se incluyen: dolor abdominal localizado, irradiado hacia la espalda en caso de infiltración retroperitoneal, pérdida de peso progresiva, prurito e ictericia. Aproximadamente el 10% de los pacientes con cáncer de páncreas debutan con diabetes mellitus.

El diagnóstico se basa en síntomas, signos, analítica y pruebas de imagen. La gran mayoría de los pacientes (>80%) se encuentran en estadios avanzados al diagnóstico⁽¹⁾. Tras la cirugía, la supervivencia suele ser de 10-20 meses⁽²⁾.

CASO CLÍNICO

Varón de 75 años sin antecedentes familiares de interés ni hábitos tóxicos con los siguientes antecedentes

médicos: diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad grado II, Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en tratamiento con CPAP, hiperplasia benigna de próstata, gastritis crónica con formaciones pseudopolipodeas duodenales, diverticulitis en sigma, hemorroides grado II y hernias (umbilical, abdominal e inguinal). Su tratamiento habitual: Metformina/Empaglifozina 1000mg/5mg/12 horas, Valsartán/Hidroclorotiazida 160 mg/ 12.5 mg/ 12 horas, Atorvastatina 30 mg/24 horas, Tamsulosina 0.4 mg/ 24 horas, Esomeprazol 40 mg/día, Rifaximina 200 mg/12 horas durante 7 días al mes y Plantago ovata. Acude a consulta, nuevo en el cupo, abrumado y con múltiples motivos, entre los que se encuentran: dolor selectivo en zona costal lateral derecha, molestias en hernia abdominal de flanco derecho y tendencia al estreñimiento con esporádicas heces sanguinolentas e hiporexia progresiva desde hace dos años que ha empeorado en los últimos meses. Fue estudiado en Digestivo por este motivo con gastroscopia hace dos años y colonoscopia hace un año con diagnóstico según antecedentes médicos mencionados. En la exploración física presenta dolor a la palpación de costilla flotante derecha, a nivel de flanco derecho hernia abdominal no reductible, pero sin datos de compromiso vascular, y tacto rectal normal. Se solicita radiografía de tórax, analítica completa y derivación a Cirugía General y Digestivo (CGYD) preferente para comprobar compromiso de las hernias. Por el momento, se decide esperar a valoración por Digestivo por estudio reciente.

El paciente acude al mes para revisión de resultados de radiografía de tórax informada: Cambios degenerativos en columna dorsal y atelectasias laminares en lóbulo medio y llingula. En la analítica se objetiva enfermedad renal crónica estadio G3A, buen control de factores de riesgo cardiovascular, transaminasas normales, TSH y PSA normales, hemograma normal y sin datos de anemia ferropénica ni megaloblástica. Se suspende plantago ovata por ineficacia y se cambia por macrogol. También se revisa valoración por especialista de CGYD que solicita TAC abdomino

pélvico. A los 4 meses de la primera consulta, el informe del TAC abdomino-pélvico nos revela el diagnóstico: Lesión hipodensa en el cuerpo pancreático con extensión peripancreática, en probable relación con neoplasia primaria pancreática. Se observan atelectasias lineales y nódulos mal definidos inespecíficos que pudieran corresponder con metástasis. Hernia de Spiegel derecha.

Al ver el informe del TAC se citó al paciente de forma presencial para evaluar su esfera de apoyo familiar y recursos disponibles. Tras completar el estudio resultó ser un adenocarcinoma de páncreas estadio IV por lo que se decidió quimioterapia paliativa. El paciente falleció a los 3 meses de iniciar el tratamiento acompañado por su familiar más cercano, su hijo.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de cáncer de páncreas se relaciona con un pronóstico nefasto, por lo tanto, es importante

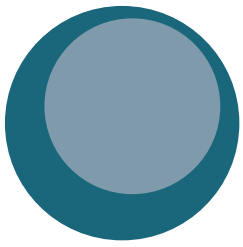
evaluar la esfera familiar y de apoyo que acompañarán al paciente en sus próximos meses.

En nuestro caso, directamente fue derivado a paliativos, donde se toma en cuenta la forma en que el cáncer afecta a la persona y ayuda a mitigar los síntomas, el dolor y el estrés. Se trata de asegurar una mejor calidad de vida en los próximos meses ante una enfermedad grave e incurable, así como facilitar recursos y herramientas para los cuidadores. Los profesionales especializados que forman parte del equipo de cuidados paliativos pueden ayudar a detectar y a tratar los problemas mentales, físicos, emocionales, sociales y espirituales que pudieran surgir.

Con este caso, se pretende mostrar la importancia de valorar a los pacientes con un enfoque holístico, inclusivo, costo-efectivo y basado en un modelo de atención longitudinal centrado en la persona para mejorar su salud. A pesar de la gran presión asistencial y los continuos cambios de cupo, no debemos olvidar que somos el primer punto de contacto.

BIBLIOGRAFÍA

1. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2019. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-staging-of-exocrine-pancreatic-cancer>
2. Neoplasia de páncreas - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. seom.org. Available from: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/pancreas?showall=1&showall=1>
3. Tratamiento del cáncer de páncreas (PDQ®)—Versión para pacientes [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. Cancer.gov; 2018. Available from: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/pancreas/paciente/tratamiento-pancreas-pdq#_1
4. Casado D, Tocino RV, Fonseca E, Cigaral B, Barrios B, Escalera E, et al. Cáncer de páncreas. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2021 Jan;13(24):1345–52.



LA MEDICINA TIENE NOMBRE DE MUJER

“La medicina es una vocación que exige inteligencia, humanidad y valentía; cualidades que no pertenecen a un sexo”.

(Elizabeth Blackwell, primera mujer en obtener el título oficial de medicina en el mundo, 1849)

Durante siglos, las mujeres hemos participado activamente en el cuidado de la salud, aunque rara vez hemos podido hacerlo desde el reconocimiento académico o institucional. El acceso a las facultades de medicina y a la práctica profesional estuvo durante mucho tiempo limitado por normas sociales que reservaban ese espacio casi exclusivamente a los hombres. Sin embargo, algunas pioneras, como Blackwell y, en España, Dolores Aleu, decidieron desafiar ese orden y, con determinación, abrieron caminos para generaciones posteriores.

Actualmente, las mujeres constituimos la mayoría del alumnado en las facultades de medicina españolas: alrededor del 71% de quienes comienzan estos estudios son mujeres, una tendencia que se mantiene estable en los últimos años. Sin embargo, esta presencia mayoritaria no se traduce todavía en representación equivalente en cargos de liderazgo académico, investigación o gestión sanitaria, y persisten brechas en la visibilidad y el reconocimiento profesional. Recordarlo no desmerece el progreso;

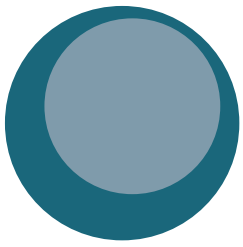
al contrario, nos llama a continuar construyendo un sistema más equitativo.

Más allá de los avances científicos, creo que nuestra mayor contribución reside en la humanización de nuestra profesión. Históricamente, la investigación médica se centraba en el hombre adulto, ignorando a las mujeres y a otros grupos marginados. La presencia femenina en la medicina ha promovido la investigación con perspectiva de género, la inclusión de la salud mental y reproductiva, y la atención a necesidades sociales y emocionales de pacientes que antes eran invisibles. Ha devuelto la escucha activa, la paciencia y la sensibilidad frente al sufrimiento, transformando la práctica clínica en un acto consciente de cuidado integral. Curamos cuerpos, pero también cuidamos emociones, historias y esperanzas, fomentando vínculos de confianza que fortalecen la adherencia al tratamiento y mejoran los resultados de salud.

En este Día Internacional de la Mujer, celebramos a quienes nos precedieron y nos enseñaron que la medicina puede ser sabia y sensible, científica y compasiva.

La historia de la medicina continúa escribiéndose, y hoy lo hace con voz femenina, firme y transformadora.

Álvarez Espinosa M.C.
Médico de Familia
CS General Ricardos



LECTURA COMENTADA

¿ES SUFICIENTE 7000 PASOS DIARIOS? (R-2026-15)

■ Arredondo Alcayna J⁽¹⁾, Gili Mulet B⁽²⁾, De la Figuera Dorado N⁽³⁾.

⁽¹⁾ Médico residente de medicina familiar y comunitaria de 4º año en C.S Valle de la Oliva, Majadahonda.

⁽²⁾ Médico residente de medicina familiar y comunitaria de 2º año en C.S Monterrozas, Las Rozas.

⁽³⁾ Médico residente de medicina familiar y comunitaria de 1º año en C.S Valle de la Oliva, Majadahonda.

Los autores declaramos no tener conflicto de interés ni haber recibido financiación de algún tipo para la realización de este manuscrito. No se ha utilizado inteligencia artificial en este documento.

¿ES SUFICIENTE 7000 PASOS DIARIOS?

Es bien conocido que la realización de actividad física genera numerosos beneficios para la salud. Hoy traemos a esta sección una revisión sistémica recientemente publicada en *The Lancet* que evalúa el impacto que tiene en ella alcanzar un umbral de 7000 pasos diarios⁽¹⁾.

Se define como “actividad física insuficiente” no alcanzar 150 minutos semanales de ejercicio de intensidad moderada o 75 minutos de actividad vigorosa⁽²⁾. Aunque los dispositivos electrónicos que miden el número de pasos diarios (teléfonos móviles, relojes inteligentes) presentan limitaciones, las cifras de estos pueden reflejar tanto la intensidad como las sesiones de ejercicio.

En el trabajo que nos ocupa, un grupo de investigadores australianos ha llevado a cabo una revisión sistemática de metaanálisis para analizar el efecto del número de pasos diarios en una larga lista de problemas para la salud: todas las causas de mortalidad, incidencia y mortalidad de enfermedad cardiovascular y cáncer, incidencia de diabetes tipo 2, deterioro cognitivo, problemas de salud mental, función física y caídas.

El objetivo primario fue examinar la relación entre la media de pasos diarios y los problemas de salud; mientras que el secundario fue evaluar la relación de la intensidad y frecuencia del ejercicio con estos indicadores de salud.

Se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed y EBSCO CINAHL de literatura publicada entre el 1 de enero de 2014 y el 14 de febrero de 2025 con estudios que presentaran revisiones sistémicas sobre este tema. Se realizaron ocho búsquedas por

cada problema de salud mencionado previamente. Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron número de pasos o pasos diarios combinados con “y” para cada problema de salud (por ejemplo, mortalidad o incidencia).

Los estudios eran elegibles si eran de carácter prospectivo, evaluaban la asociación entre el recuento de pasos medido con un dispositivo y uno de los problemas de salud previamente mencionados y los sujetos incluidos eran mayores de 18 años.

Para el análisis de datos estos fueron incluidos siempre que hubiera al menos dos estudios de diferentes cohortes para cada resultado y cuyas poblaciones presentaran características similares. Para cada indicador a estudiar, se seleccionó la dosis de exposición, el número de eventos y la *Hazard Ratio* (HZ) con un intervalo de confianza del 95%. Para estimar la heterogeneidad de estudios se utilizó el estadístico I². Además, se realizó un análisis de la sensibilidad de los estudios a través de la Escala de Newcastle-Ottawa (NOS) y se evaluó la certeza de la evidencia mediante la escala GRADE.

La revisión sistemática integró un total de 57 estudios provenientes de 35 cohortes distintas; de estos, 31 estudios (24 cohortes) cumplieron con los criterios necesarios para ser incluidos en el metaanálisis. Estos trabajos se llevaron a cabo en diferentes países (Estados Unidos [21], Gran Bretaña [12], Japón [8], Australia [5], Taiwán [3], Noruega [1], España [1], Suecia [1], Brasil [1], Estonia [1], Tailandia [1], otros países [2]).

Con respecto a la edad, 32 estudios se realizaron en adultos menores de 65 años y los 37 restantes en población mayor de 65 años. Respecto a los descriptores estudiados (tabla 1), 25 estudios incluyeron la mortalidad por todas las causas, 14 investigaron incidencia y mortalidad por enfermedad cardiovascular, 4 evaluaron incidencia y mortalidad por cáncer, 2 indagaron sobre incidencia de diabetes tipo 2, 4 investigaron sobre deterioro cognitivo, 6 examinaron deterioro del estado anímico, 5 evaluaron capacidad física y 4 estudiaron caídas.

Basado en la puntuación de NOS, la mayoría de los estudios fueron de alta calidad presentando el 42% de los estudios una puntuación de 9 (riesgo bajo de sesgo) y el 37% entre 7 y 8 (riesgo de sesgo moderado).

Para el análisis de resultados se realizó un análisis dosis-respuesta para determinar a partir de qué número de pasos se observaba un cambio clínico significativo.

Además, se llevó a cabo un análisis de la reducción del HZ por cada incremento de 1000 pasos, desde los 2000 hasta los 12000 pasos.

Los autores concluyen que existe un beneficio incremental según el volumen de pasos diarios. En el espectro de la cifra de los 7000 pasos diarios se evidenció la reducción del riesgo desde un 6% en incidencia de cáncer hasta un 47% para la mortalidad por todas las causas. Al alcanzar los 10000 pasos, estas reducciones se acentuaron al 10% y 48%, respectivamente. Finalmente, el mayor beneficio se objetivó con 12000 pasos, logrando una disminución del riesgo del 12% en cáncer y hasta un 55% en todas las causas de mortalidad. Al comparar 10000 frente a 7000 pasos diarios se observó una disminución adicional del 10% en el riesgo de muerte por todas las causas, pero no se observaron cambios significativos para el resto de problemas de salud (mortalidad por enfermedad cardiovascular, incidencia de cáncer, diabetes tipo 2, caídas).

Como limitaciones cabe destacar, que la gran cantidad de variables estudiadas puede conducir a pérdida de precisión evidenciada en metaanálisis con pocos estudios y elevada heterogeneidad. No fue posible realizar análisis estratificados por sexo, raza, fragilidad, estado de salud o índice de masa corporal debido a la limitación de datos. La mayoría de los estudios registraron los pasos solo durante unos días, lo cual podría no reflejar el patrón habitual de actividad física de los pacientes. Además, los estudios se han realizado en países con altos niveles económicos lo que dificulta la generalización de los hallazgos a países con bajo nivel económico.

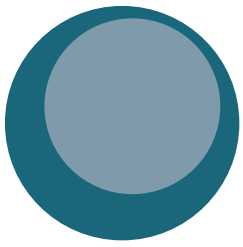
Para el médico de familia, la evaluación de la capacidad física de los pacientes es un indicador casi tan importante como las cifras de tensión arterial, la presencia de hábitos tóxicos, el peso o el estado anímico de un paciente. Aunque el objetivo de los 10000 pasos diarios suele percibirse a menudo como inalcanzable para pacientes crónicos pluripatológicos o para la clase trabajadora de mediana edad con un ritmo de vida acelerado, los hallazgos de este estudio ofrecen una motivación adicional clave para nuestros pacientes. Presentar un objetivo inicial más asequible, como los 7000 pasos, puede fomentar la adherencia del paciente a la actividad física, mejorando su salud y previniendo complicaciones y/o enfermedades asociadas al sedentarismo.

Tabla 1. Resultados metaanálisis en función del indicador de salud⁽¹⁾

Indicador de salud	Nº de estudios incluidos	Punto de inflexión (Nº de pasos)	Heterogeneidad (I ²)
Todas las causas de mortalidad	14	5391	36,3 %
Enfermedad cardiovascular (incidencia)	6	7802	38,3 %
Enfermedad cardiovascular (mortalidad)	3	5422	78,2 %
Cáncer (incidencia)	2	Existe relación pero no se proporciona nº de pasos	73,7 %
Cáncer (mortalidad)	3	4794	64,5 %
Diabetes tipo 2	4	Existe relación pero no se proporciona nº de pasos	48,5 %
Demencia	2	8829	0 %
Estado anímico	3	Existe relación pero no se proporciona nº de pasos	36,2 %
Capacidad física	5	Datos insuficientes	No estudiado
Caídas	4	8846	47,5 %

BIBLIOGRAFÍA

- Ding D, Nguyen B, Nau T, Luo M, Del Pozo Cruz B, Dempsey PC, et al. Daily steps and health outcomes in adults: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Lancet Public Health* [Internet]. 2025;10(8):e668–81. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00164-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00164-1)
- Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, Carlson SA, Fulton JE, Galuska DA, et al. The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA* [Internet]. 2018;320(19):2020–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.14854>

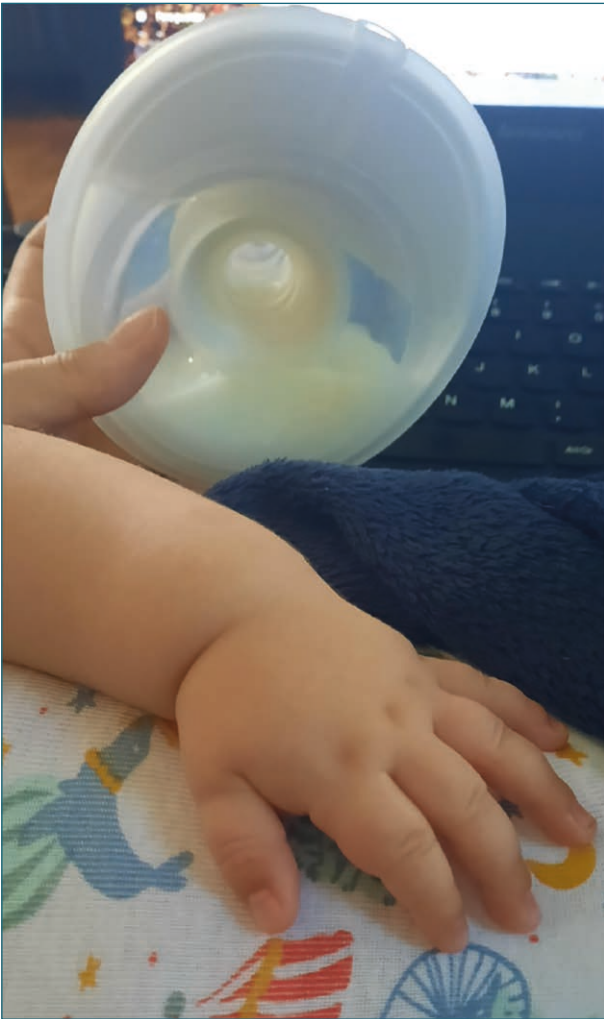


CARTAS AL DIRECTOR

1. SOMOS LA LECHE (R-2025-69)

■ Cauqui Díaz, C⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Residente Consultorio Colmenarejo, Madrid.



Declaro no tener ningún conflicto de intereses.

El trabajo enviado para revisión no ha sido publicado previamente en ninguna otra revista científica.

Soy médico residente y en verano di a luz a un bebé precioso. Hice guardias, porque así me lo impusieron, hasta la semana 24 de gestación. Trabajé hasta la 35, aunque si hubiera sido por riesgos laborales habría trabajado hasta la 37. Ahora, para proteger la lactancia materna exclusiva que tanto nos costó establecer, he solicitado no hacer guardias mínimo hasta que

mi hijo cumpla los 6 meses... y nuevamente se me obliga a hacer lo que yo creo que no permitiríamos hacer a otras trabajadoras.

La fatiga se considera el factor externo más perjudicial para la producción de leche, y las largas jornadas como las guardias y la nocturnidad pueden imposibilitarla⁽¹⁾. Además, abandonar la lactancia antes de lo recomendado, y no por decisión propia, lleva sus riesgos. Mi hijo tendría mayor riesgo de sufrir enfermedades infecciosas y de padecer dermatitis atópica, alergia, asma, celiaquía, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes, esclerosis múltiple y por último y no menos importante, tendría más riesgo de cáncer y muerte súbita del lactante⁽²⁾. Hay más, los lactantes no amamantados presentan peores puntuaciones en test cognitivos y menor cociente intelectual, son menos estables psicológicamente y tienen una mayor incidencia de algunos problemas de salud mental como déficit de atención e hiperactividad, ansiedad y depresión⁽²⁾.

Por no hablar de lo que todos los que hemos hecho guardias sabemos, el hospital no está preparado para que podamos sacarnos leche. En general apenas hay espacio para atender a los pacientes, y muchos tenemos que dormir en habitaciones compartidas. Aunque interesara, no tenemos donde meter una sala de lactancia. ¿Dónde guardamos la leche? ¿Junto a las muestras de orina o de esputo? Ah, y si tengo ingurgitación mamaria y la demanda asistencial urgente es alta, ¿qué hago? ¿cuándo paro a colocarme el extractor de leche?

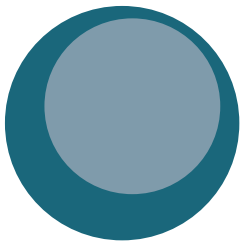
Ninguna médica tendría que estar 24h sin dormir y mucho menos si está embarazada. Tampoco se tendría que permitir que pasase 24h sin amamantar a su hijo.

Así que bueno, mientras escribo esto tengo puesto el sacaleches. Estoy creando un buen banco de leche, ya que tiene pinta de que tendremos que ir apañándonos como podamos. Ya sabemos que no parece haber quién cuide de los que cuidan.

Para terminar, quiero aprovechar este cafelito para pedir perdón a mis compañeras, amigas y pacientes que decidieron dar la teta. No os apoyé y valoré lo suficiente. Somos la leche.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lawrence Ruth A. Actividad laboral materna. En Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica. Sexta Edición. Ruth A. Lawrence, Rober M. Lawrence. Edición es español de la sexta edición de la obra original en inglés Breastfeeding: A guide for the medical profesión año 2005. Elsevier España 2007.
2. Documento sobre riesgos laborales para las mujeres durante la lactancia [internet]. aeped.es. [citado el 15 de octubre de 2025]. disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/documento-sobre-riesgos-laborales-las>



CARTAS AL DIRECTOR

2. CARTA REFLEXIÓN ROTACIÓN AP (R-2025-85)

■ Domínguez Arnivals C.
Estudiante 5º medicina UCM

Durante esta rotación en Atención Primaria he comprendido la enorme importancia de conocer al paciente de primera mano y todo lo que aporta esta visión global en la comprensión de sus posibles patologías. También he podido valorar la relevancia de la relación médico-paciente, un vínculo fundamental que hace que, incluso cuando los pacientes consultan con otros especialistas, acudan de nuevo a su médico de confianza para contrastar opiniones y expresar sus preocupaciones con total libertad.

Desde el punto de vista del alumnado, considero que estas prácticas son especialmente valiosas porque permiten aprender el manejo de la patología desde su inicio, favorece la interacción directa con los pacientes y enseña cómo establecer una buena relación médico-paciente. En lo personal, he podido aplicar de forma práctica los conocimientos teóricos adquiridos a lo largo de estos cinco años de carrera. A veces, tras tantas horas de estudio, resulta difícil individualizar y poner rostro a cada una de las enfermedades que aprendemos. Rotar y ver pacientes permite fijar conocimientos, repasar conceptos teóricos y adaptarlos a los casos concretos, aprender a priorizar lo relevante en la anamnesis y exposición, y comprender el orden lógico con la lógica del abordaje diagnóstico.

La Atención Primaria también nos acerca a la práctica clínica real. La experiencia profesional de los tutores nos permite adquirir conocimientos que solo se aprenden con el día a día: el manejo práctico de las enfermedades y el trato con las personas. Además, en este ámbito se abordan problemas familiares y sociales que a menudo emergen en la consulta y deben de ser manejados por el médico. Se trabaja en la promoción de la salud comunitaria y los hábitos de vida, pilares fundamentales en la prevención de futuras patologías.

Tras esta reflexión general, me gustaría centrarme en lo que ha significado esta rotación para mí y, en concreto, en lo que ha supuesto hacerlo contigo, Paloma.

En lo personal, he visto con admiración cómo todavía hay médicos que priorizan la relación médico-paciente, que dedican tiempo a individualizar cada caso y recuerdan detalles significativos de las vidas de sus

pacientes: problemas laborales, el inicio del colegio de sus hijos, el fallecimiento de un familiar... Pequeños gestos que hacen que cada paciente salga no solo atendido, sino reconfortado y un poco mejor que cuando entró. Gracias por tu disposición docente desde el primer momento, por compartir tu conocimiento y tu experiencia, y por promover que participara activamente en la consulta y pudiese integrarme en la vida del centro de salud.

También quiero destacar tu implicación personal y tu dedicación al oficio. He podido ver cómo creas talleres adaptados a las necesidades de la comunidad —de lectura, duelo, menopausia...— cubriendo de manera ejemplar la parte comunitaria de la especialidad de *Medicina Familiar y Comunitaria*. Me has recordado la importancia de este ámbito, con frecuencia olvidado, y he comprobado el agradecimiento y la satisfacción con la que los pacientes participan y se benefician de estas iniciativas.

Por último, me gustaría reiterar algo que ya te dije hace unos días: nunca había visto a una médica a la que abrazaran y agradecieran tantas veces al día su labor, no solo profesional sino también humana.

Quiero terminar agradeciéndote no solo todo lo que me has enseñado durante estas tres semanas, sino también la calidez y el cariño con el que me has tratado desde el primer día.

Me gustaría terminar con dos frases que resumen una de las mayores lecciones que me llevo de esta rotación, me despido:

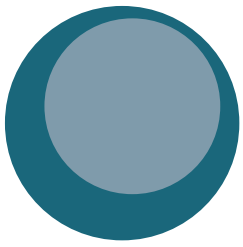
“Curar, a veces; aliviar, a menudo; consolar, siempre.”

HIPÓCRATES

“Si puedes curar, cura; si no puedes curar, alivia; si no puedes aliviar, consuela; y si no puedes consolar, acompaña.”

VIRGINIA HENDERSON

Madrid, Noviembre 2025



CARTAS AL DIRECTOR

3. LO QUE NO TE CUENTAN (R-2026-02)

- Pascual Such I.
Médico Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Jazmín, Madrid.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora declara no presentar conflictos de interés relacionados con este manuscrito.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El presente manuscrito es original y no ha sido publicado previamente ni se encuentra en proceso de evaluación en ninguna otra revista.

LO QUE NO TE CUENTAN

Desde que empecé la residencia, siempre hubo algo a lo que di mucha importancia: las preguntas. Recuerdo, desde R1 apuntarme cada una de las preguntas de la anamnesis y repetirlas mentalmente hasta aburrirme. Soñaba con ellas. Las tenía escritas por todas partes: pósits en la cocina, en el espejo del baño... Ya sabéis, eso que tenemos los médicos de no querer fallar nunca.

Quería preguntar todos los detalles que habían llevado al paciente a consulta: cuáles eran los síntomas, qué medicación tomaba, si había tenido fiebre. Parece que no sepamos hablar de otra cosa.

Desde pequeña ya me gustaba hacer preguntas y entender el porqué de las cosas. Supongo que por eso estudié Medicina, una ciencia poco exacta en la que, muy a mi pesar, convivo a diario con la incertidumbre y con muchas preguntas sin respuesta.

Ahora bien, nadie me había hablado antes de esa pregunta.

Ni de su poder.

El poder del: "Ahora dime, ¿cómo estás de verdad?"

¿Cómo podía ser que nadie me lo hubiera dicho antes? ¿Por qué no salía en ningún libro de Medicina?

¿Fue algún tema que me dejé sin estudiar? ¿Algún seminario de tarde al que no fui?

Con el tiempo he comprobado cómo, al hacerla, las palabras parecen fluir solas. Es una pregunta que hace que los pacientes se sientan en casa y que se abran de verdad. A día de hoy sigo preguntándome cómo una sola pregunta puede tener tanto poder y cómo no la había estudiado antes.

Con el paso de la residencia también me he dado cuenta de que las preguntas solo funcionan si se acompañan de algo más: la mirada. Mirar al paciente a los ojos, observar los gestos, la sonrisa, la expresión de pena o de dolor, las manos apoyadas sobre la mesa que quieren tocar nuestro teclado o aquellas que se esconden, queriendo decir algo más.

Empiezo a agradecerle a la Medicina que me haya dado estos "poderes".

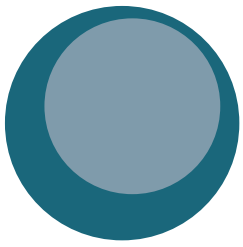
A veces me considero un poco médium: veo en la cara de la gente muchas cosas que ellos no saben o no pueden articular. Y me pregunto cómo es posible. ¿Sin haber estudiado ciencias del adivinamiento? ¿Sin una carrera de seis años?

Ahora, en la recta final de la residencia, la única certeza que tengo es que de Medicina sé algo. ¿Mucho o poco? Difícil de especificar.

¿De dónde han salido estos nuevos poderes? Probablemente de causa idiopática y origen multifactorial. ¿Soy médium? Diría que existe ausencia de hallazgos concluyentes.

Lo que sí sé es que no quiero desaprovecharlos. Quiero seguir practicándolos y descubriéndolos. Quién sabe, siempre estoy a tiempo de dejar el centro de salud y abrirme un tarot.

Como diría usando nuestra propia jerga: el pronóstico es incierto, pero la evolución continúa siendo favorable.



CARTAS AL DIRECTOR

4. DESPEDIDA DE UNA MÉDICO DE FAMILIA

■ González Tardón P.

Estimado Director:

Me gustaría que publicasen la carta que le estoy dando a mis pacientes con motivo de mi jubilación, en ella expreso lo feliz que me ha hecho mi profesión de Médico de Familia y sobre todo lo que he aprendido con mi adorado cupo. El hecho de jubilarme me da vértigo pues llena muchas parcelas de mi vida y de mi mente pero también sé que tengo que decir adiós. Muchas gracias a la revista de la SoMaMFyC por darme la oportunidad de compartir, sentimientos.

A mis queridos pacientes:

Este verano cumplo 65 años y ya llega la hora de la jubilación.

No querría marcharme sin despedirme, ni daros un abrazo a cada uno de vosotros, pero como sé que eso no es posible, solo me queda daros las gracias por todo lo que me habéis enseñado en tantos años que llevo con vosotros, por los momentos tan delicados que hemos compartido. Me habéis hecho ser

mejor persona, más comprensiva, más paciente, más tolerante... He llorado con vosotros, aunque no me vierais y os he tenido en mis pensamientos días y noches, laborables y festivos.

También me habéis hecho muy feliz, con vuestra generosidad, cariño y palabras alentadoras, he visto cómo levantabais el vuelo tras las caídas y eso me ha llenado de orgullo y paz.

Siento mucho si os he fallado alguna vez, pero desde luego ha sido sin querer y por las limitaciones que como ser humano tengo.

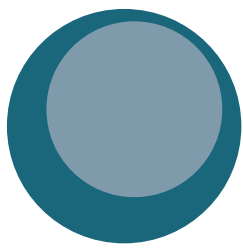
Os digo adiós con el corazón encogido, agradeciéndos la confianza que en mí habéis depositado.

Os deseo mucha salud y felicidad en la vida, que lo tenéis bien merecido.

Un abrazo muy entrañable para cada uno de vosotros.

Gracias, gracias, mil gracias, por todo lo que vosotros y la profesión de médico de familia me ha dado.

Vuestra doctora



TABERNA DE PLATÓN

CINCO LOBITOS. LA CARGA DEL CUIDADO

■ Cámara Escribano C.
Grupo de Bioética SoMaMFyC



PAÍS: España (2022)

DIRECCIÓN: Alauda Ruiz de Azúa

GUIONISTA: Alauda Ruiz de Azúa

INTÉRPRETES: Laia Costa, Susi Sánchez, Ramón Barea, Mikel Bustamante, Amber Williams, Lorena López, José Ramón Soroiz, Leire Ucha, Elena Sáenz, Asier Valdestilla García, Nerea Arriola, Juana Lor Saras, Justi Larrinaga, Isidoro Fernández

FOTOGRAFÍA: Jon D. Domínguez

MÚSICA: Aránzazu Calleja

GÉNERO: drama

DURACIÓN: 104 minutos

PREMIOS: Goya, Feroz, Festival de Málaga, Gaudí, Forqué, Platino...)

Cinco Lobitos, primer largometraje de la cineasta vizcaína Alauda Ruiz de Azúa, multipremiada y aclamada por el público en general, es una película conmovedora e hipnótica. Difícil no sentirse reflejado en alguno de sus personajes.

Alauda, nos cuenta una historia cotidiana, tan frecuente y habitual que puede estar pasando ahora mismo en tu casa, pero narrada con una sensibilidad y destreza, que se convierte en algo trascendente y único.

Cinco Lobitos trata de la **FAMILIA**, de una familia muy actual y sus vínculos y complejidades.

Ya lo decía Tolstoi, *“Todas las familias felices se parecen unas a otras, pero cada familia infeliz lo es a su modo”*.

Me pregunto en qué grupo encajaría Tolstoi a esta familia tan singular.

La película comienza cuando terminan los cuentos de nuestra niñez: **¡Y fueron felices y comieron perdices!** Tanta felicidad y tantas perdices, o sushi (como prefiera la protagonista), culmina con la llegada de un nuevo miembro a la familia.

Y es que **Cinco Lobitos** va de familia y de **MATERNIDAD**, de sus luces y sombras. De maternidad primeriza. De maternidad retrasada por la precariedad laboral.

La maternidad, aunque lo olvidamos frecuentemente en nuestras consultas, supone uno de los acontecimientos vitales más estresantes para la mujer.

La maternidad implica *“una verdadera metamorfosis fisiológica, psicológica y social”* (matrescencia)⁽¹⁾. Y esta transformación atrapa a nuestra protagonista Amaia (impresionante Laia Costa) en un batiburrillo de emociones sin control, alegría, tristeza, enfado, impotencia, ansiedad, insomnio, exigencia, presión social, ser buena madre, buena esposa, buena profesional, ¡MADRE PERFECTA! Y si no puedo... y si no sé, y si fallo, y... LA CULPA.

Y con la culpa a cuestas, busca refugio en su familia.

En ética, generalmente trabajamos para resolver los conflictos morales buscando cursos intermedios de acción, pero lamentablemente a las mujeres, a veces, la vida se nos presenta como **duros dilemas**. Maternidad o trabajo. Trabajo o maternidad. Y todo con fecha de caducidad o “se nos pasará el arroz” o “no progresarás en tu trabajo”.

Y para demostración de MATERNIDAD con mayúsculas, la de Begoña (magistral Susi Sánchez), con su hija primípara. Madre vasca. Dura, borde, sarcástica, “*a todas nos han dado puntos*”, y a la vez, pendiente y cercana, que orquestrará a los “cinco lobitos” en esta transformación descomunal. Íntimas e intensas esas comidas familiares donde se nutre y se cuece todo. Mujer y madre, enfadada con la vida, y sobre todo, con su vida. **“Todas esas vidas que no vives son perfectas, son ideales, pero en algún momento hay que vivir la vida que te ha tocado”**.

Y pronto le toca vivir la vida que le ha tocado, enfermedad, sufrimiento, fragilidad, dependencia y... muerte. Con últimas voluntades claras y precisas.

Cinco Lobitos, en resumen, habla de **CUIDADOS**, de la importancia y el valor de los cuidados De los cuidados en todas las etapas de la vida. Del inicio al final. En la salud y la enfermedad. En lo bueno y en lo malo. En la riqueza y en la pobreza. Sin paréntesis ni interrupciones.

Lo que subyace, en mi opinión, en la película es la trampa y el engaño de los cuidados.

Los hombres en las películas de Alauda Ruiz de Azúa no salen bien parados. Buenas personas, pero perpetuando los roles de género tradicionales, con una des-

proporción y desigualdad descomunal en la asunción de las responsabilidades domésticas y los cuidados.

Los datos actuales sobre brecha salarial en España no son muy optimistas. Al año siguiente del parto se reducen un 11% los ingresos de las mujeres y un 28% en los 10 años posteriores⁽²⁾. En 2023, las excedencias por cuidado de menores no remuneradas representaron un 84 % para las mujeres y un 16 % para los hombres ⁽³⁾. En cuanto a las reducciones de jornada, el 92,5 % de las solicitudes fueron presentadas por mujeres, según datos del Instituto Nacional de Estadística en 2022.

Y esto no está al alcance de todas, las autónomas o mujeres con trabajos precarios ni siquiera pueden acceder. Incluso mujeres con buenos empleos y acceso a derechos de conciliación, por la cultura laboral en la que estamos inmersos, con exigencias de disponibilidad infinita, dificulta su uso real.

El cuidado está infravalorado, invisibilizado y recae y penaliza a las mujeres mayoritariamente.

Y esta reflexión trasciende a la sociedad. Si cuidar forma parte de la dimensión esencial de la moralidad humana y no entiende de género ¿cómo enseñar y educar para un reparto equitativo de los cuidados?

Termino con las palabras de la directora al recoger el premio Goya: **“El talento no entiende de género, pero las oportunidades históricamente sí han entendido de género”**.

Yo me atrevería, con permiso de Alauda Ruiz de Azúa, a cambiar la frase: **“Los cuidados no entienden de género, pero históricamente sí han entendido de género”**.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuentes V. Matrescencia: un nuevo estudio confirma los cambios cerebrales en las madres [Internet]. Ethic.es. 2026 [citado el 16 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://ethic.es/2024/01/matrescencia-un-nuevo-estudio-confirma-los-cambios-cerebrales-en-las-madres/>
2. De Quinto A, Hospido L, Sanz C. The Child Penalty in Spain. Documentos de Trabajo N.º 2009. Madrid: Banco de España; 2020. Disponible en: <https://www.bde.es/ff/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadas/DocumentosTrabajo/20/Files/dt2009e.pdf>
3. Ministerio de Inclusión Seguridad Social y Migraciones. La Seguridad Social tramitó 467.678 permisos por nacimiento y cuidado de menor en 2023 [Internet]. La Moncloa. 2024 [citado el 16 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/inclusion/paginas/2024/300124-permisos-nacimiento-excedencias.aspx>