

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

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

Nº 2 • VOL 27

SEPTIEMBRE 2025

4 EDITORIAL

REVISTAS DEPRADORAS Y ACCESO ABIERTO: UN RETO PARA LA MEDICINA DE FAMILIA

María Tablado M.A.

5 INCIDENTES CRÍTICOS

1. DOCTORA, ¿ME TENGO QUE HACER LA PRUEBA DE LAS HECES?

Estefanía Hidalgo L.; Torres Bautista F.J.; de la Calle Flores C.; Ramos Caballero M.J.

2. LO QUE PARECÍA UNA LUMBALGIA AGUDA

Estefanía Hidalgo L.; Torres Bautista F.J.; de la Calle Flores C.; Ramos Caballero M.J.

3. LAS DISTINTAS CARAS DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA

Corella Fructuoso P., Guío Pertíñez R., Hernando Nieto R., Rodríguez Jiménez B., Gallego Sánchez M.A., Millán Hernández E.

4. ¿HACEMOS MEDICINA MÁS AGRESIVA CUANDO EL PACIENTE ES NUESTRO FAMILIAR?

Coloma Seguí C.

5. LO QUE TUS MANOS REVELAN

Moreda-Meleiro S., Sierra-Santos L., Isasia Tortosa T., Blázquez Martínez M.J.

15 REVISIÓN

LESIONES HEPÁTICAS EN ECOGRAFÍA CLÍNICA: GUÍA PRÁCTICA PARA EL MÉDICO DE FAMILIA

Angulo García C., Alonso Serna B., Muñoz Lara I.

25 CASOS CLÍNICOS

1. ÉRASE UNA VEZ UNOS DIENTES UN TANTO PRECOCES

Angulo García C., Cubero Sobrados C., Sanz González P., Muñoz Lara I.

2. SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR.

Coloma Seguí C.; Fernández Gamo N.; García Vila S.

3. LA IMPORTANCIA DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

García Echeverría M., Ayala Terrados L., Pineda Torcuato A., González Manjavacas C.

4. GALACTOCELE ASOCIADO A ABSCESO MAMARIO.

Sánchez Galindo B.

5. COMUNICACIÓN INTERAURICULAR OSTIUM SECUNDUM

Coloma Seguí C.; Fernández Gamo N.; García Vila S., Olguín Blanco C.

6. SI LA ARRITMIA... NO SIEMPRE ES AMIODARONA

Martínez Sepúlveda T., Sala Serrano R., Rodado Delgado C., Ibañez Delgado I., Ortolá Cano H., Ballesteros Sanchez M.

7. INMUNOTERAPIA Y CORAZÓN: DERRAME PERICÁRDICO ASOCIADO AL USO DE PEMBROLIZUMAB

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

8. CARCINOMA BASOCELULAR PIGMENTADO, SIMULADOR DEL MELANOMA MALIGNO. A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Coloma Seguí C., Fernández Gamo N., García Vila S., Carlos Olguín B.

9. DOCTOR TENGO UN BULTO, ¿ES GRAVE?

Failde Porras, M., Medina Rodríguez, J., Saiz Sardón, A.

10. APROXIMACIÓN AL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO EN RELACIÓN A UNA ANALÍTICA.

Silván Domínguez M., Salcedo Guerrero A.B., David Iglesias C., Carpio Guayamo G.J.

11. REINFECCIÓN SIFILÍTICA. PRESENTACIÓN ATÍPICA

García Pérez I., Rubio Benito E., González Godoy M.

12. PRESENTANDO UN CASO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

Ortolá Cano H., Martínez Sepúlveda T., Ibañez Delgado I.

56 EXPERIENCIAS

1. NUESTRAS IMÁGENES SOMOS NOSOTROS: FOTOGRAFIAR PARA EXISTIR

Álvarez Pasquín M.J., Fernández Vallina C., Shin S., Ortega Soudant A., Lafuente Yanguas M., Chozas Conde M.

2. EL INSOMNIO COMO PROBLEMA PRINCIPAL DE SALUD. ABORDAJE DESDE LA COMUNIDAD INSOMNIA AS A MAIN HEALTH PROBLEM. APPROACH FROM THE COMMUNITY

Castaño Reguillo A., Ruíz García D., Ureña García AB., Velasco Ballón M.

65 CAFELITO

UNA PROPUESTA A LA OMS: EL PATRIMONIO INMATERIAL DE LA SALUD

Dols Juste J.

67 TABERNA DE PLATÓN

LAS PALABRAS QUE IMPORTAN

Higuera Cabañez L.

69 LECTURA COMENTADA

1. EL CÁNCER GÁSTRICO COMIENZA EN LA CONSULTA, ¿PUEDE UNA ESTRATEGIA DE CRIBADO CAMBIAR SU EVOLUCIÓN

Rodríguez de Velasco de Torres A., Llanes de Torres R.

2. ¿ES ÚTIL EN DIABÉTICOS HIPERTENSOS UN CONTROL TENSIONAL MÁS Estricto?

García Justicia C., León Vázquez F.

73 CARTA AL DIRECTOR

COMENTARIOS A LA EXPOSICIÓN PÚBLICA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 1

María Tablado M. A.

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

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

Nº 2 • VOL 27

SEPTIEMBRE 2025

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: Beltrán Calleja Cobo de Guzmán y Núria Prieto Herrero.

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

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

Fuencarral, 18, 1º B / 28004 Madrid

Teléfono: 91 522 99 75 • FAX: 91 522 99 79

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

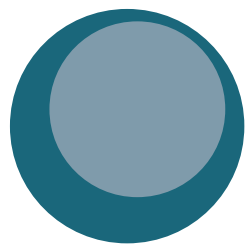
ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

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

REVISTAS DEPRADORAS Y ACCESO ABIERTO: UN RETO PARA LA MEDICINA DE FAMILIA

María Tablado M.A.

5 INCIDENTES CRÍTICOS

1. DOCTORA, ¿ME TENGO QUE HACER LA PRUEBA DE LAS HECE?

Estefanía Hidalgo L., Torres Bautista F.J.; de la Calle Flores C.; Ramos Caballero M.J.

2. LO QUE PARECÍA UNA LUMBALGIA AGUDA

Estefanía Hidalgo L., Torres Bautista F.J., de la Calle Flores C., Ramos Caballero M.J.

3. LAS DISTINTAS CARAS DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA

Corella Fructuoso P., Guío Pertíñez R., Hernando Nieto R., Rodríguez Jiménez B., Gallego Sánchez M.A., Millán Hernández E.

4. ¿HACEMOS MEDICINA MÁS AGRESIVA CUANDO EL PACIENTE ES NUESTRO FAMILIAR?

Coloma Seguí C.

5. LO QUE TUS MANOS REVELAN

Moreda-Meleiro S., Sierra-Santos L., Isasia Tortosa T., Blázquez Martínez M.J.

15 REVISIÓN

LESIONES HEPÁTICAS EN ECOGRAFÍA CLÍNICA: GUÍA PRÁCTICA PARA EL MÉDICO DE FAMILIA

Angulo García C., Alonso Serna B., Muñoz Lara I.

25 CASOS CLÍNICOS

1. ÉRASE UNA VEZ UNOS DIENTES UN TANTO PRECOCES

Angulo García C., Cubero Sobrados C., Sanz González P., Muñoz Lara I.

2. SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR.

Coloma Seguí C.; Fernández Gamo N.; García Vila S.

3. LA IMPORTANCIA DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

García Echeverría M., Ayala Terrados L., Pineda Torcuato A., González Manjavacas C.

4. GALACTOCELE ASOCIADO A ABSCESO MAMARIO.

Sánchez Galindo B.

5. COMUNICACIÓN INTERAURICULAR OSTIUM SECUNDUM

Coloma Seguí C.; Fernández Gamo N.; García Vila S., Olguín Blanco C.

6. SI LA ARRITMIA... NO SIEMPRE ES AMIODARONA

Martínez Sepúlveda T., Sala Serrano R., Rodado Delgado C., Ibañez Delgado I., Ortolá Cano H., Ballesteros Sanchez M.

7. INMUNOTERAPIA Y CORAZÓN: DERRAME PERICÁRDICO ASOCIADO AL USO DE PEMBROLIZUMAB

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

8. CARCINOMA BASOCELULAR PIGMENTADO, SIMULADOR DEL MELANOMA MALIGNO. A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Coloma Seguí C., Fernández Gamo N., García Vila S., Carlos Olguín B.

9. DOCTOR TENGO UN BULTO, ¿ES GRAVE?

Failde Porras, M., Medina Rodríguez, J., Saiz Sardón, A.

10. APROXIMACIÓN AL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO EN RELACIÓN A UNA ANALÍTICA.

Silván Domínguez M., Salcedo Guerrero A.B., David Iglesias C., Carpio Guayamo G.J.

11. REINFECCIÓN SIFILÍTICA. PRESENTACIÓN ATÍPICA

García Pérez I., Rubio Benito E., González Godoy M.

12. PRESENTANDO UN CASO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

Ortolá Cano H., Martínez Sepúlveda T., Ibañez Delgado I.

56 EXPERIENCIAS

1. NUESTRAS IMÁGENES SOMOS NOSOTROS: FOTOGRAFIAR PARA EXISTIR

Álvarez Pasquín M.J., Fernández Vallina C., Shin S., Ortega Soudant A., Lafuente Yanguas M., Chozas Conde M.

2. EL INSOMNIO COMO PROBLEMA PRINCIPAL DE SALUD. ABORDAJE DESDE LA COMUNIDAD INSOMNIA AS A MAIN HEALTH PROBLEM. APPROACH FROM THE COMMUNITY

Castaño Reguillo A., Ruíz García D., Ureña García AB., Velasco Ballón M.

65 CAFELITO

UNA PROPUESTA A LA OMS: EL PATRIMONIO INMATERIAL DE LA SALUD

Dols Juste J.

67 TABERNA DE PLATÓN

LAS PALABRAS QUE IMPORTAN

Higuera Cabañez L.

69 LECTURA COMENTADA

1. EL CÁNCER GÁSTRICO COMIENZA EN LA CONSULTA, ¿PUEDE UNA ESTRATEGIA DE CRIBADO CAMBIAR SU EVOLUCIÓN?

Rodríguez de Velasco de Torres A., Llanes de Torres R.

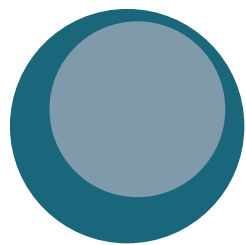
2. ¿ES ÚTIL EN DIABÉTICOS HIPERTENSOS UN CONTROL TENSIONAL MÁS Estricto?

García Justicia C., León Vázquez F.

73 CARTA AL DIRECTOR

COMENTARIOS A LA EXPOSICIÓN PÚBLICA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 1

María Tablado M. A.



REVISTAS DEPRADADORAS Y ACCESO ABIERTO: UN RETO PARA LA MEDICINA DE FAMILIA

■ María Tablado M.A.
Director de la revista *Médicos de Familia*

En los últimos años, el acceso abierto se ha consolidado como un modelo editorial imprescindible para la difusión científica. La posibilidad de que cualquier profesional, investigador o ciudadano pueda leer, compartir y reutilizar el conocimiento sin barreras económicas es, sin duda, un avance en términos de equidad y democratización de la ciencia. Sin embargo, esta revolución ha venido acompañada de una cara oscura: la proliferación de las llamadas *revistas depredadoras*, publicaciones que cobran elevadas tasas por publicar, sin ofrecer una revisión por pares rigurosa ni garantizar la calidad científica del trabajo publicado¹.

El riesgo de estas prácticas es doble: por un lado, se erosiona la confianza de los propios profesionales en el sistema de publicación científica; por otro, se pone en peligro la credibilidad de la Medicina como disciplina, al difundir trabajos que no cumplen los estándares metodológicos ni éticos básicos. La literatura ha documentado cómo este fenómeno afecta de forma particular a jóvenes investigadores y a contextos donde la presión por publicar es elevada¹.

Frente a este panorama, conviene subrayar que el acceso abierto de calidad es no solo posible, sino deseable. Numerosos estudios demuestran que los artículos publicados en revistas abiertas con revisión

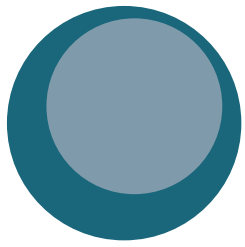
por pares rigurosa tienen un impacto similar o incluso mayor que los publicados en revistas de suscripción². La clave está en diferenciar entre modelos de negocio legítimos, que sostienen la publicación científica abierta, y las prácticas predatorias que buscan aprovecharse de la necesidad de publicar.

En este sentido, la revista *Médicos de Familia* de la SoMaMFyC constituye un ejemplo de publicación en abierto de calidad, que no persigue intereses económicos ocultos, sino que se pone de forma gratuita al servicio de los socios que desean difundir sus trabajos. Es un proyecto que después de la reciente reestructuración y entrada de nuevos editores se mantendrá en el tiempo como referencia para visibilizar la investigación, la práctica clínica y el día a día del médico de familia madrileño. Un espacio propio, seguro y fiable, en el que compartir conocimiento con la tranquilidad de saber que se hace bajo criterios de calidad editorial.

La Medicina de Familia necesita canales de comunicación científica accesibles, rigurosos y sostenibles. Apostar por el acceso abierto responsable y apoyar nuestras propias revistas profesionales es la mejor manera de protegernos frente a las prácticas depredadoras y, al mismo tiempo, de fortalecer nuestra identidad y voz como colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beall J. Predatory journals and the breakdown of research cultures. *Information Development*. 2015;31(5):473-6. <https://doi.org/10.1177/0266666915601421>
2. Björk BC, Solomon D. Open access versus subscription journals: a comparison of scientific impact. *BMC Med*. 2012;10:73. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-73>



INCIDENTES CRÍTICOS

1. DOCTORA, ¿ME TENGO QUE HACER LA PRUEBA DE LAS HECES?

■ Estefanía Hidalgo L.; Torres Bautista F.J.; de la Calle Flores C.; Ramos Caballero M.J.
Residentes de MFYC 4º año
Hospital Puerta de Hierro (Majadahonda, Madrid). Unidad Docente Noroeste de Madrid.

DESCRIPCIÓN

Varón de 79 años acude al centro de salud por infección respiratoria. Previo al alta, su mujer consulta si estaría indicado realizar estudio “de las heces que manda la Comunidad de Madrid”. Se interroga acerca de la presencia de síntomas: refiere “haber aumentado el consumo de fibra pues lleva una temporada estreñido (8-12 meses)”. Niega productos patológicos en las heces, dolor abdominal, pérdida de peso. Niegan antecedentes familiares de cáncer de colon. Refiere que nunca se ha realizado una colonoscopia. Se revisa última analítica: no se objetiva anemia.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cuándo está indicado realizar estudio de sangre oculta en heces? ¿Cuándo se realiza una colonoscopia?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Recordar el concepto de screening e indicar las pruebas pertinentes según las necesidades (presencia de síntomas).

MÉTODO

Consultar protocolos y guías en los que se recogen las indicaciones para solicitar la prueba de screening (sangre oculta en heces) y/o colonoscopia.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

El cáncer colorrectal supone el tumor maligno de mayor incidencia en España contando ambos sexos (1:20

hombres y 1:30 mujeres < 74 años). Su diagnóstico precoz permite una curación en torno al 90%, de ahí el interés de detectarlo en fases precoces de la enfermedad. Para ello se realiza un programa de cribado conocido como PREVECOLON en la Comunidad de Madrid¹, mediante el estudio de sangre oculta en heces. Éste es un método de screening o cribado, es decir, se realiza en personas asintomáticas para detectar cáncer de colon en fases tempranas. En la Comunidad de Madrid está dirigido a población entre 50 y 69 años sin síntomas ni factores de riesgo para cáncer colorrectal (enfermedad inflamatoria intestinal, poliposis colorrectal, antecedentes familiares directos <70 años).

Al realizar un cribado poblacional, se estima que el nivel de participación debe superar al 60% para conseguir una reducción costo-efectiva de la mortalidad. Así, España tiene una tasa de supervivencia a los 5 años del 64%, por encima de la media de los países europeos, que se sitúa en el 57%².

En el caso de presentar síntomas está indicado la realización de una colonoscopia, saliendo del programa de cribado PREVECOLON.

En las personas < 50 años + antecedentes familiares de pólipos o de cáncer colorrectal, se hará el cribado de la otra manera:

- 2 o más familiares de 1º grado (padre, hermano, hijo) con cáncer o pólipos o 1 familiar < 60 años: colonoscopia cada 5 años desde los 40 años o 10 años antes que la del familiar con cáncer.
- 2 o más familiares de 2º grado (abuelos, tíos y sobrinos) con cáncer o pólipos o 1 familiar de 1º grado < 60 años: cribado como en las personas de riesgo medio (sin antecedentes familiares), pero empezando a los 40 años.
- Familia con poliposis o cáncer colorrectal hereditario o enfermedad inflamatoria intestinal será valorado por especialistas del área.

¿Cuál ha sido el mejor procedimiento para aprender?

La explicación de una compañera del centro de salud, encargada del programa PREVECOLON y la búsqueda bibliográfica en internet del cribado en cáncer de colon y su indicación.

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

- La presencia de clínica excluye al paciente del programa de screening, siendo necesario la solicitud de una colonoscopia.

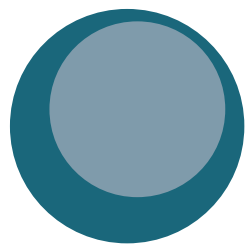
- La enfermedad inflamatoria intestinal, poliposis familiar o antecedentes familiares de pólipos o cáncer colorrectal exige otro seguimiento.

¿Qué te falta por aprender? ¿Qué harías para incorporarlo?

La actualización referente al seguimiento según los hallazgos en la colonoscopia (tamaño, número y características de los pólipos). Solicitarlo a compañeros del área.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prevecolon: prevención de cáncer de colon y recto [Internet]. Comunidad de Madrid: Salud. [Consultado mayo 2024]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prevecolon-prevencion-cancer-colon-recto>
2. Rosales Zabal, JM, Sánchez Yagüe, A. Cribado del cáncer colorrectal [Internet]. Fundación Española del Aparato Digestivo. Saludigestivo. [Consultado Mayo 2024]. Disponible en: <https://www.saludigestivo.es/mes-saludigestivo/cancer-de-colon/cribado-del-cancer-colorrectal/>



INCIDENTES CRÍTICOS

2. LO QUE PARECÍA UNA LUMBALGIA AGUDA

■ Estefanía Hidalgo L., Torres Bautista FJ., de la Calle Flores C., Ramos Caballero MJ.
Residentes medicina familiar y comunitaria, 4º año. Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda, Madrid).

DESCRIPCIÓN

Varón de 34 años como único antecedente personal de interés: meningitis vírica en la infancia. Acude a urgencias por lumbalgia aguda de 4 días de evolución con respuesta parcial a dextetoprofeno y “sensación de pérdida de fuerza progresiva en ambos miembros inferiores”. A la exploración física apofisalgias lumbares, sin dolor de la musculatura paravertebral. Desde el punto de vista neurológico no se objetiva focalidad (impresiona de menor fuerza a consecuencia del dolor). Acude de nuevo a las 72 horas por empeoramiento clínico que interfiere con el descanso nocturno. En la consulta, se objetiva clara pérdida de fuerza de ambas extremidades inferiores, hiporreflexia y una parálisis facial derecha. Además, refiere pico febril puntual (semana previa había presentado cuadro catarral). Niega cefalea. Se solicitan pruebas complementarias: analítica de sangre, radiografía tórax, TC cerebral, radiografía lumbar, donde no se objetivan marcadas alteraciones patológicas. Se decide realizar punción lumbar, que presenta proteinorraquia sin pleocitosis (disociación albuminocitológica). Se solicitó ingreso con la sospecha de tratarse de un síndrome de Guillain-Barré. Durante el ingreso el paciente empeora clínicamente desde el punto de vista motor y del dolor lumbar, sin presentar compromiso respiratorio; por lo que se solicitó RM lumbar y valoración por la Unidad del dolor. Mientras, se pautó bolo de metilprednisolona y se inició inmunoterapia con inmunoglobulina intravenosa. Progresivamente, fue estabilizándose, planteando el traslado a una unidad de media estancia de cara a la rehabilitación posterior.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Un motivo de consulta frecuente en urgencias como es la lumbalgia, puede “esconder” otro cuadro subyacente de mayor gravedad?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Recordar la presentación clínica del síndrome de Guillain Barré.

- Prestar atención a los síntomas o signos de alarma acompañantes, que no cuadren en la presentación típica de la patología (lumbalgia + parálisis facial).
- Siempre explicar al paciente la posibilidad de volver a consultar en Urgencias si el cuadro presenta una evolución tórpida o se complica.

MÉTODO

- Revisión de bibliografía acerca del síndrome de Guillain Barré.
- Valoración conjunta con otros especialistas del centro (neurólogos de planta) para optimizar el manejo del paciente.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

La pérdida de fuerza de miembros inferiores constituye un signo de alarma en una lumbalgia; por lo que se debe prestar atención. Creo que es interesante explicar al paciente el transcurso típico de la patología, en este caso “lumbalgia aguda”, para que, en el caso, de presentar nuevos síntomas vuelva a consultar. El síndrome de Guillain Barré, como muchos otros cuadros, tiene una evolución progresiva.

¿Cuál ha sido el mejor procedimiento para aprender?

Este paciente coincidió con mi rotación en la planta de neurología, por lo que tener la posibilidad de realizar un seguimiento progresivo y estrecho permite entender mejor la enfermedad y las decisiones que se van realizando a medida que avanza el cuadro: plantear el inicio de tratamiento inmunomodulador, cuándo se alcanza la estabilidad/meseta en el síndrome, la presencia de otros síntomas como la lumbalgia o la disautonomía, la recuperación posterior, ...

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

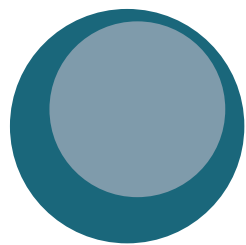
Ante lumbalgias (o cualquier patología) que no se enmarquen en la presentación típica plantear posibles diagnósticos diferenciales, pudiendo dejar al paciente ingresado para reevaluar (ej.: mal control del dolor, focalidad neurológica) o explicando la posibilidad que vuelva a consultar de nuevo en urgencias en función de la evolución.

¿Qué te falta por aprender? ¿Qué harías para incorporarlo?

La capacidad de realizar el diagnóstico diferencial con cuadros que no son tan frecuentes de atender en Urgencias, y que, ante la falta de costumbre y “sensibilidad”, pueden pasar desapercibidos: “se sospecha aquello en lo que se piensa”. Para ello, continuar adquiriendo experiencia clínica y estudiando. En caso de dudas, solicitar ayuda a otro compañero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chandrashekhar. S, Dimachkie. MM. Guillain-Barré syndrome in adults: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis [Internet] [UpToDate: Goddeau, RP] [Revisado octubre 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/guillain-barre-syndrome-in-adults-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=sindrome%20de%20guillain%20barre&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1



INCIDENTES CRÍTICOS

3. LAS DISTINTAS CARAS DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA

■ Corella Fructuoso P.¹, Guío Pertíñez R.², Hernando Nieto R.³, Rodríguez Jiménez B.⁴, Gallego Sánchez M.A.⁵, Millán Hernández E.⁶

(¹) Residente de 2º año.

(²) Residente de 1º año.

(³) Residente de 4º año.

(⁴) Residente de 2º año. C.S. Cerro del Aire, Majadahonda, Madrid.

(⁵) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora de residentes. Tutora de pregrado en la Universidad Francisco de Vitoria.

(⁶) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora de Residentes. Tutora pregrado en la Universidad Francisco de Vitoria.
(1,2,3,5 y 6 C.S. Monterrozas).

DESCRIPCIÓN

Todo comienza a partir de dos casos ocurridos en la Urgencia:

El primero durante la rotación por Cirugía General nos interconsultan por un paciente varón de 75 años con dolor abdominal severo (EVA 10) de 24h de evolución que había acudido el día anterior por el mismo motivo y se le había dado de alta como sospecha de pancreatitis aguda leve. A las pocas horas reingresó con empeoramiento de su estado general, en estado de shock séptico y con sospecha de isquemia mesentérica aguda. El paciente fue intervenido en el quirófano de Urgencias, falleciendo a los pocos días.

El segundo caso una mujer de 86 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular (FA, HTA, DL, DM tipo 2) que acude a la Urgencia derivada de residencia por vómitos y rectorragia, además se realiza combur test en residencia que es positivo. En exploración física no se objetiva rectorragia, ni melenas. Presenta abdomen blando, depresible con molestias difusas a la palpación en fosa iliaca izquierda sin signos de irritación peritoneal. Se inicia antibioterapia para cubrir foco urinario y se solicita TAC abdominal para descartar diverticulitis complicada diagnosticándose de isquemia mesentérica.

Ante estas dos situaciones tan distintas me surgió la duda de cuándo sospechar una isquemia mesentérica ya que puede cursar de una forma tan diferente entre distintos pacientes y su diagnóstico precoz es vital.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Qué es la isquemia mesentérica? ¿Cuáles son sus formas de presentación? ¿Cuándo sospecharla para poder detectarla a tiempo?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Afianzar los conocimientos necesarios para poder detectar a tiempo esta patología, es una emergencia vascular y presenta una elevada morbimortalidad.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

La clínica y la exploración física muchas veces son inespecíficas pudiendo dar lugar a error, por lo que debemos sospecharla en todo paciente de edad avanzada, con ateromatosis diagnosticada o sospechada, en tratamiento con digitálicos, diuréticos o antiagregantes plaquetarios, fundamentalmente si presentan arritmias cardíacas, como la fibrilación auricular. Siendo más frecuente en mujeres.

La tríada de síntomas que puede hacer sospechar es: intenso dolor periumbilical, vómitos o diarrea, antecedente previo de embolismo o situaciones clínicas embolígenas.

Se caracteriza por dolor abdominal de instauración brusca y frecuentemente localización periumbilical, al principio de carácter cólico y después continuo, que puede acompañarse de vómitos y deposiciones líquidas con sangre (melenas o hematoquecia). Cuando se produce necrosis de la pared puede haber un periodo libre de dolor que puede malinterpretarse como mejoría, reapareciendo al producirse perforación intestinal. Si la causa es embolígena la instauración será más brusca que si es de etiología trombótica.

En cuanto a la exploración física, pueden transcurrir hasta 2-3 días antes de que aparezcan signos de peritonismo, pudiendo encontrarnos con un abdomen

blando, depresible y con molestias difusas a la palpación inespecíficas.

Es muy importante buscar la existencia de signos de aterosclerosis como soplos carotídeos o soplos cardíacos, al igual que la existencia de posibles focos embolígenos.

Y realizar una exploración física completa ya que presentarán signos de hipoperfusión periférica con hipotensión y oligoanuria.

¿Cuál ha sido el mejor procedimiento para aprender?

He realizado una búsqueda bibliográfica en internet, buscando en los distintos manuales de Urgencias y artículos sobre esta patología. Además de la experiencia ganada en la Urgencia al haber

visto varios casos y haberlos comentado con los adjuntos.

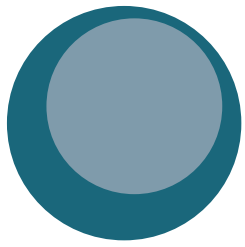
¿Cómo aplicas este aprendizaje en la práctica?

Gracias a esta revisión creo estaré más preparada para detectarla cuando me encuentre ante un paciente con dolor abdominal con clínica y exploración inespecíficas. Sobre todo, en pacientes con antecedentes personales que nos puedan orientar a ello.

¿Qué te falta por aprender?

¿Qué harás para incorporarlo?

Todavía me falta más práctica en estas situaciones, tener este diagnóstico más presente en la mente ya que muchas veces tiendo a pensar antes en otros (Por ejemplo en la diverticulitis) por su mayor frecuencia.



INCIDENTES CRÍTICOS

4. ¿HACEMOS MEDICINA MÁS AGRESIVA CUANDO EL PACIENTE ES NUESTRO FAMILIAR?

■ Coloma Seguí C.
Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alameda de Osuna, Madrid.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Durante una guardia en la zona de más gravedad de la urgencia en el hospital, un paciente de 92 años con demencia severa avanzada es derivado de residencia con una sepsis respiratoria; sus acompañantes son su hijo, médico de familia, y su nuera.

El paciente acude al servicio de urgencias con mal estado general, con afectación respiratoria severa e hipotensión. Tras realizar todas las pruebas se determina definitivamente el shock séptico, y tras aplicar todas las medidas activas posibles (3L de suero terapia, antibióticos y coadyuvantes), el paciente sigue con tensiones bajas y con escasa mejoría. Dado el perfil del paciente, no es candidato a drogas vasoactivas, así que informo a la familia de posible mal pronóstico y limitación de armas terapéuticas. Informo que se le va a dejar el antibiótico y una suero terapia no intensiva a ver su evolución.

Los familiares, primero que todo, me exigen ver la analítica como la radiografía y quieren entrar a la sala de médicos para verlo. Les digo que esto no es posible, que lo verán en el informe, vuelven a insistir y se lo vuelvo a repetir, ya que parece que no están conformes. La nuera anestesta pregunta que por qué no se le puede poner epinefrina, le digo que el paciente dado las comorbilidades no es subsidiario, y que en todo caso, la elección sería la noradrenalina.

EMOCIONES DESPERTADAS

Incomodidad, agobio, presión.

ACTUACIONES DE LOS PROFESIONALES

Como vi a la segunda vez que no lo entendían, les volví a explicar que no le puedo hacer ver la analítica

en persona pero que le puedo detallar verbalmente los valores de todas las pruebas y repetir todo lo que se le ha puesto si así lo desean.

RESULTADO DE LA ACTUACIÓN

Tras realizar lo anterior de forma calmada y pausada, pregunté si tenían alguna duda más y si realmente entendieron la situación, afirmando que sí.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Qué hacer ante una situación donde te sientes coaccionado por propio personal sanitario?

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

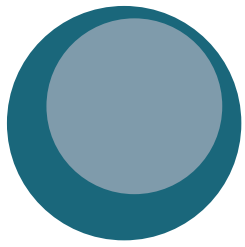
En mi opinión, ser médico cuando acompañamos a un familiar a veces implica ser más agresivos y más exigentes con las praxis médicas que tu familiar recibe, ya que hay tendencia a prolongar al máximo todas las terapias disponibles y además las conocemos todas. Por esto tenemos que intentar ponernos siempre en el lugar del paciente e intentar confiar en que los médicos que nos tratan van a intentar hacer todo lo posible y con un ajuste terapéutico adecuado. Desconfiar sólo llevara a situaciones incómodas y de desconfianza.

A pesar de que los familiares sean médicos, a veces también hay que repetir la situación en varias ocasiones y con diferentes palabras las mismas cosas para reforzar el entendimiento de los familiares y tener paciencia hasta que veamos que comprenden la situación. Hay que intentar usar más el lenguaje no médico cuando hablemos con pacientes del mismo gremio.

¿Qué te falta por aprender? Propuestas para mejorar

Mi primera reacción por las formas en las que se dirigieron a mí fue un poco seca y a la defensiva, ofendiéndome de cierta forma como que ellos tenían más idea que yo y no estaba haciendo lo que ellos querían o como lo hubiesen manejado. Después intenté ponerme en su situación e intenté ser más empática y asertiva, reconduciendo la situación a un ambiente más cómodo para todos donde ellos quedaron satisfechos.

Personalmente creo que este caso me ha servido en otra situación personal donde quizás yo estaba en la otra cara de la moneda, como acompañante de familiar y por un momento pensé en tener alguna actitud parecida a la que tuvieron conmigo pero este caso me hizo aprender a limitarme a ser acompañante y poner toda la confianza en los médicos en ese momento sin mostrar ninguna exigencia ni discutir o proponer otras opciones posibles, marcando la distancia como profesional, que es lo correcto en ese contexto.



INCIDENTES CRÍTICOS

5. LO QUE TUS MANOS REVELAN

■ Moreda-Meleiro S.¹, Sierra-Santos L.², Isasia Tortosa T.¹, Blázquez Martínez M.J.¹

⁽¹⁾ Residente MFyC C.S. Daroca.

⁽²⁾ Médico de familia y comunitaria de C.S. San Agustín de Guadalix.

DESCRIPCIÓN

Varón de 71 años que acudía a consulta para solicitar analítica general y renovación de la medicación. Durante la entrevista nos llama la atención la forma de sus dedos en palillos de tambor (Figura 1). El paciente comenta que siempre han sido así sus manos y no ha notado cambios.

Preguntamos sobre otros síntomas y refiere que se cansa al subir escalones y en las cuestas, pero lo achaca a la edad y no le da importancia. En la auscultación pulmonar destacan crepitantes secos bibasales.

Las acropaquias son el engrosamiento de las falanges distales de los dedos, que en ocasiones pasan desapercibidas para el paciente. Para casos leves no tan visibles, conviene fijarse en si la base de la uña tiene mayor diámetro que la articulación interfalángica distal. Se puede realizar una radiografía ósea o una ecografía¹.

La causa más frecuente de acropaquias es la enfermedad pulmonar (75%), seguido de cardiopatías y trastornos digestivos. Entre las enfermedades pulmonares hay que descartar neoplasias malignas, fibro-

sis pulmonar, bronquiectasias y fibrosis quística. En ocasiones puede ser idiopático^{1,2}.

Para realizar el estudio etiológico solicitamos una radiografía de tórax (figura 2) donde se observaba importante reticulación y opacidades lineales de predominio basal. Fue derivado a neumología donde se le diagnosticó de fibrosis pulmonar idiopática avanzada.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Miramos al paciente? ¿Es importante la exploración física en nuestra consulta?

OBJETIVO

- Aprender sobre signos en la exploración física que nos pueden orientar a un diagnóstico.
- Mejorar las habilidades en la exploración para distinguir entre variante de la normalidad y lo patológico.
- Causas y diagnóstico diferencial de acropaquias.



Figura 1.

(Fotografías obtenidas con consentimiento del paciente).



Figura 2.

MÉTODO

- Rotación rural.
- Seguimiento del caso.
- Comentar casos clínicos con compañeros para compartir conocimientos en sesiones clínicas.
- Estudio de bibliografía.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué se ha aprendido?

He aprendido sobre la importancia de mirar al paciente con atención y realizar una minuciosa exploración física cuando acude a consulta. Conviene también tener una mentalidad abierta, no centrarse únicamente en el motivo de consulta, sino ver al paciente en su globalidad.

Gracias a este caso clínico, he desarrollado más habilidad para la detección de acropaquias y el procedimiento a seguir para realizar el diagnóstico diferencial.

¿Mejor procedimiento para aprender?

Considero que la mejor manera de aprender sobre este tema es no dejar pasar los hallazgos que nos pueden dejar incertidumbre, sino investigar, realizar pruebas oportunas y consultar con compañeros u otras especialidades. También me parece importante la realización de fotografías (siempre con el consentimiento informado del paciente), guardar los casos

dónde has aprendido algo y compartirlo en sesiones clínicas cumpliendo con la ley de protección de datos. Así como aprovechar las experiencias ajenas que nos pueden ser útiles y necesarias en un futuro en nuestra consulta.

¿Cómo aplicas el aprendizaje a la práctica?

- Mirar al paciente en su conjunto.
- Realizar una minuciosa exploración física en consulta.
- Crear una carpeta para escribir los casos en los que aprendo cada día y guardar las fotografías con fines docentes y didácticos con consentimiento escrito por el paciente.

¿Qué te falta por aprender?

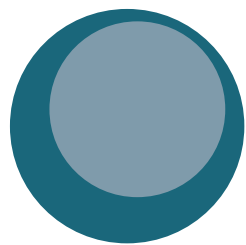
¿Qué harás para incorporarlo?

En la práctica clínica actual donde se solicitan abundantes pruebas complementarias no hay que olvidar la importancia de la exploración física. Nuestros ojos y nuestras manos son la primera prueba a la que tiene acceso el paciente y que pueden orientar al diagnóstico. Creo que en este campo nunca se termina de aprender durante toda la carrera profesional. Las estrategias que me propongo para conseguir avanzar al máximo en mis conocimientos son:

- Estudio de los casos de mis pacientes.
- Aprender del conocimiento de mis compañeros.
- Lectura habitual de revistas clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toribio MC, Galnares E. Acropaquias. SEMERGEN - Medicina de Familia [Internet]. 2009 Oct. 1 [cited 2024 Nov. 27]; 35(8): 415-7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359309726802>
2. Corral-Forteza M, Iglesias-Sancho M, García-Miguel J, Salleras-Redonnet M. Acropaquias: del signo a la enfermedad. Revista Colombiana de Reumatología [Internet]. 2021 Jul. 1 [cited 2024 Nov. 27]; 28(3): 227-9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0121812320300669>



REVISIÓN

LESIONES HEPÁTICAS EN ECOGRAFÍA CLÍNICA: GUÍA PRÁCTICA PARA EL MÉDICO DE FAMILIA

■ Angulo García C.¹, Alonso Serna B.¹, Muñoz Lara I.²

⁽¹⁾ Médico adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria.

⁽²⁾ Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES Y RESPONSABILIDADES DE LOS AUTORES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación, redacción y publicación de este trabajo.

Los autores manifiestan que el presente trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación pública ni privada.

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del presente trabajo.

Los autores declaran que este trabajo no ha sido publicado en ningún medio científico previamente ni se encuentra a consideración de forma simultánea total o parcialmente para su publicación en otra revista.

RESUMEN

Objetivos: Describir los principales hallazgos ecográficos de las lesiones hepáticas, diferenciando entre patología focal y difusa, y proporcionar una guía práctica para su identificación y en el ámbito de Atención Primaria.

Material y métodos: A través de una búsqueda bibliográfica sistemática en las principales bases de datos, se incluyeron siete artículos científicos (mayoritariamente revisiones narrativas) y un libro, publicados en los últimos 20 años acerca de ecografía clínica abdominal en Atención Primaria.

Resultados: Se clasificaron las lesiones hepáticas en focales (tanto benignas como sospechosas/malignas) y difusas, describiéndose en cada entidad los patrones de presentación, las características ecográficas y su utilidad para el diagnóstico y/o seguimiento en Atención Primaria.

Conclusión: La ecografía clínica hepática representa una herramienta fundamental en Atención Primaria, al permitir una aproximación diagnóstica precoz, un seguimiento adecuado y, por lo tanto, un manejo clínico más completo. Su integración en la práctica diaria del médico de familia, junto con formación específica, incrementa la capacidad resolutive del primer nivel asistencial.

Palabras clave: Ultrasonografía; Neoplasias hepáticas; Cirrosis Hepática

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La ecografía clínica o ecografía a pie de cama (*point of care ultrasound*, POCUS), es una herramienta de gran valor en la medicina actual, especialmente en el ámbito de Atención Primaria, aplicable a una amplia variedad de escenarios clínicos (sin dejar de destacar su inocuidad, accesibilidad, rapidez, fiabilidad, bajo coste...) y cuya característica principal es enfocarse a una pregunta clínica concreta¹⁻³.

La ecografía abdominal en particular es la técnica instrumental más indicada en términos de coste-efectividad para el estudio inicial de la mayoría de los pacientes con sospecha de afectación abdominal, y para el seguimiento de las patologías que requieren controles ecográficos periódicos². Actualmente es la primera exploración a realizar, tras la anamnesis y la exploración física, ante la sospecha de enfermedad abdominal, constituyendo una técnica de rutina en la práctica clínica diaria. Para realizar un abordaje ecográfico de la patología hepatobiliar es necesario ayuno de 6-8 horas (para evitar el gas intestinal y conseguir la máxima distensión vesicular), posición de decúbito supino e inspiración profunda^{1, 3, 4}.

Con respecto al estudio ecográfico del hígado, se utiliza una sonda cóncava curvilínea, de 2-6 MHz, mediante un abordaje abdominal e intercostal, explorando este órgano en los ejes sagital, transversal, coronal y oblicuo subcostal. A nivel ecográfico, el hígado presenta

ecogenicidad homogénea, es isoecoico o hiperecoico con respecto a la corteza renal, hipoeicoico en comparación con el parénquima pancreático y ligeramente hipoeicoico respecto al bazo, y contiene estructuras anecoicas (que corresponden a vasos) y ecoicas (que corresponden a ligamentos y cisuras)^{1, 3-7}.

Así pues, la ecografía hepática permite orientar o confirmar el diagnóstico en numerosos escenarios clínicos habituales para el médico de familia, facilitando el seguimiento de las lesiones objetivadas, orientando la necesidad de solicitar otras pruebas complementarias, evitando derivaciones y/o optimizándolas al permitir establecer la prioridad según la gravedad del diagnóstico de sospecha. Cabe destacar que la ecografía hepática realizada por médicos de familia presenta para el diagnóstico principal una sensibilidad del 86,1% (intervalo de confianza-IC del 95%, 79,6-92,6), una especificidad de 95,7% (IC del 95%, 91,9-99,6) y una buena concordancia con radiólogos, con un índice kappa de 0,895¹.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura, mediante búsquedas sistemáticas en las principales bases de datos, como PubMed, ScienceDirect, Medline plus y Dialnet. Se incluyeron siete artículos científicos (mayoritariamente revisiones narrativas) y un libro. Además, se consultaron recursos web con licencias abiertas para ilustrar los hallazgos mediante imágenes ecográficas.

Los criterios de inclusión contemplaron publicaciones realizadas en los últimos 20 años (en concreto, desde 2007 hasta 2024), en español y en inglés, que versaran sobre ecografía clínica abdominal, especialmente dirigidos a la práctica clínica de la Atención Primaria y con una descripción de los hallazgos ecográficos de las lesiones hepáticas.

Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en población hospitalaria y estudios que abordaran otras técnicas radiológicas como la ecografía con contraste.

RESULTADOS

A continuación, se aborda el estudio de la patología hepática clasificándola en función de si afecta al parénquima de forma localizada (patología focal) o generalizada (hepatopatía difusa).

Patología focal

Se entiende por lesión focal o lesión ocupante de espacio (LOE) una estructura intraparenquimatosa

de naturaleza líquida, sólida o mixta, que distorsiona la estructura hepática normal (pudiendo desplazar estructuras cercanas y deformar los contornos hepáticos). El objetivo ante cualquier lesión focal hepática es valorar ecogenicidad, forma, tamaño, definición, número, localización y valoración de efecto masa. En ocasiones resulta complicado diferenciar lesiones benignas y malignas, teniendo que recurrir a características que nos orienten a la sospecha de su estirpe y a otras exploraciones para determinar su diagnóstico^{1, 7, 8}. En la tabla 1 se resumen las principales características ecográficas de las lesiones hepáticas focales.

Lesiones benignas

A continuación, se exponen las lesiones hepáticas focales benignas más frecuentes, todos ellos hallazgos casuales en pacientes asintomáticos.

1. Granulomas

Son lesiones relacionadas con procesos infecciosos previos (en nuestro medio es frecuente la tuberculosis). A nivel ecográfico, son pequeñas (< 2 cm), solitarias o múltiples, hiperecoicas, con sombra acústica posterior^{3, 4, 7}.

2. Quistes simples y complejos (figuras 1a y 1b)

Son las LOEs más comunes, habitualmente inferiores a 3-4 cm, se encuentran en el 2,5% de la población y se desarrollan con la edad. Pueden tener origen congénito, parasitario, infeccioso, traumático, inflamatorio o tumoral. En ocasiones, pueden sangrar o infectarse, presentándose clínicamente con dolor o fiebre^{4, 8}.

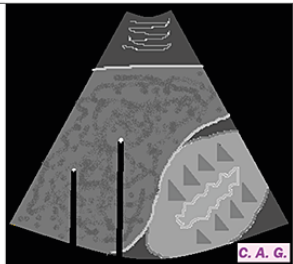
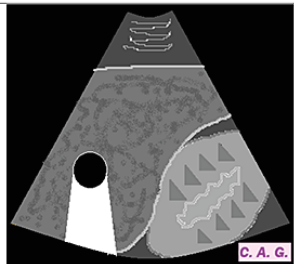
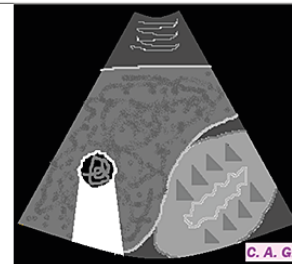
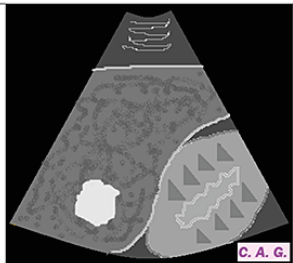
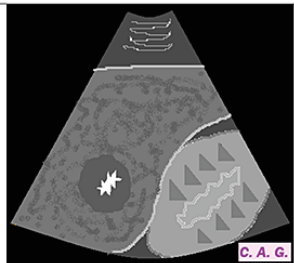
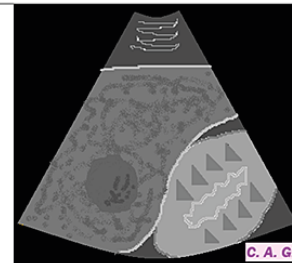
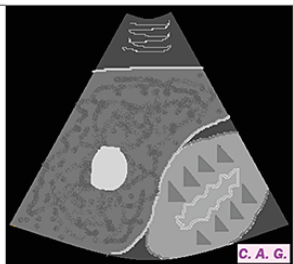
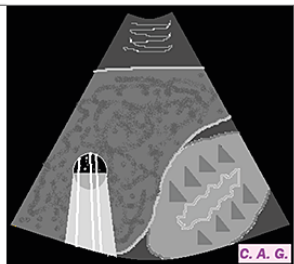
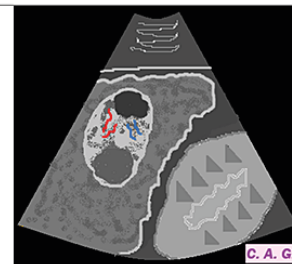
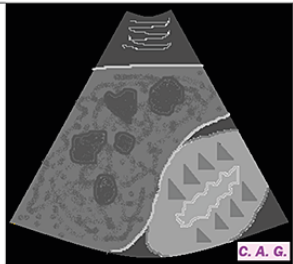
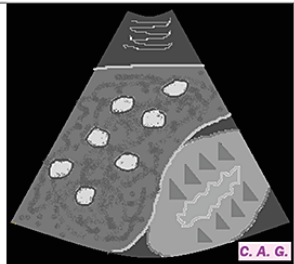
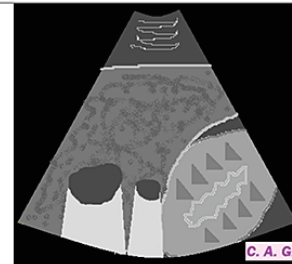
Ecográficamente los quistes simples son anecoicos sin ecos internos, bien delimitados por una pared fina y con refuerzo acústico posterior^{3, 4, 7}. Si presentan contenido hipoeicoico o tabiques con una pared engrosada o irregular se denominan quistes complejos^{4, 8}.

3. Hemangiomas (figura 1c)

Son los tumores benignos hepáticos más frecuentes, alcanzando una incidencia del 4-7%, más prevalentes en mujeres. La mayoría son asintomáticos y no requieren tratamiento, pero sí seguimiento en los primeros 3-6 meses para confirmar la estabilidad de la lesión^{4, 7, 8}.

Son lesiones frecuentemente inferiores a 3 cm, hiperecoicas, sin refuerzo, bien delimitadas, homogéneas, sin captación en el estudio doppler y situadas preferentemente en la periferia hepática o cerca de un vaso^{3, 4, 7, 8}.

Tabla 1. Principales características ecográficas en las lesiones hepáticas focales^{3, 4, 6-8}

Granuloma	Quiste simple	Quiste complejo
Hiperecoica con sombra acústica posterior	Anecoico sin ecos internos, bien delimitado por pared fina y con refuerzo acústico posterior	De contenido hipoeicoico o con tabiques y con pared engrosada o irregular
		
Hemangioma	Hiperplasia nodular focal	Adenoma hepático
Hiperecoica, sin refuerzo, bien delimitada, homogénea, sin captación en el estudio doppler y situada en la periferia hepática o cerca de un vaso	Hipo o isoecoica, solitaria, homogénea, no encapsulada y con una banda central lineal o estrellada (hiper/hipoeicoica) con captación en estudio doppler	Ecogenicidad variable (habitualmente hiper e hipoeicoicas con zonas anecoicas), grandes, solitarias, encapsuladas, pero sin refuerzo acústico posterior, y hipervasculares con eco-Doppler
		
Esteatosis hepática focal	Absceso hepático	Hepatocarcinoma
Hiperecogénica en parénquima hepático normal con bordes geográficos, bien definida, sin efecto masa en vasos intrahepáticos ni en contorno hepático	Ecogenicidad variable (principalmente anecoico o hipoeicoico), con pared irregular mal delimitada, con refuerzo acústico e interior heterogéneo (con ecos internos, septos, niveles, gas)	Hipervascularización con eco-Doppler - Tumor solitario, de ecogenicidad variable, borde irregular y bien delimitado - Nódulos múltiples, de diferente tamaño y de ecogenicidad variable - Infiltración difusa
		
Metástasis		
Muy variables, pero habitualmente múltiples, hipoeicoicas o en "diana"		
		

Esquemas de elaboración propia.

4. Hiperplasia nodular focal (figura 1d)

Segunda masa hepática benigna más frecuente (1-3%) y más habitual en población femenina menor de 40 años. Suele tener un tamaño < 5 cm y en un 20% de los casos son múltiples. Se considera una respuesta hiperplásica a una malformación vascular, con ausencia de vasos portales^{4, 7, 8}. Raramente produce manifestaciones clínicas (en caso de ser superior a 8 cm presenta mayor riesgo de sangrado). No se maligniza y se recomienda una actitud conservadora⁸.

Ecográficamente se presenta como una lesión bien circunscrita, solitaria, homogénea, hipo o isoecoica respecto al parénquima hepático (lo que dificulta su identificación, de forma que a veces solo se ve desplazamiento de vasos o abombamiento del contorno), no encapsulada y con la presencia de una cicatriz o banda central lineal o estrellada (hiper/hipoecoica) que se corresponde con vasos identificables con doppler color^{4, 7, 8}.

5. Adenoma hepático (figura 1e)

Es un tumor raro, de predominio en mujeres, que está relacionado con la toma de anticonceptivos y esteroides anabolizantes. Suele ser asintomático, sin embargo, si supera los 8 cm puede dar lugar a dolor abdominal secundario a un sangrado intraleisional o incluso a una hemorragia hacia la cavidad abdominal^{4, 7, 8}.

Su aspecto ecográfico es inespecífico, presentándose como una lesión solitaria de gran tamaño (entre 1-15 cm), encapsulada, pero sin refuerzo acústico posterior y de ecogenicidad variable dependiendo del grado de infiltración grasa, hemorragia, necrosis o calcificación que presente (habitualmente hiper e hipoecoicas con zonas anecoicas) e hipervasculares con eco-Doppler^{4, 7, 8}.

6. Esteatosis hepática focal (figura 1f)

Aunque la esteatosis hepática se corresponde con un patrón hiperecogénico difuso (se desarrollará posteriormente) también puede producirse una infiltración grasa en zonas concretas del parénquima hepático (más comúnmente en los segmentos IV y V cerca de la zona vesicular) o bien áreas de hígado indemne en el seno de infiltración grasa extensa^{3, 5-7}. Suelen ser necesarias otras técnicas de imagen para descartar una neoplasia en su diagnóstico diferencial⁴ y en un corto periodo de tiempo pueden cambiar su aspecto o resolverse⁶.

En la ecografía son lesiones hiperecogénicas en un parénquima hepático normal con bordes geográficos, bien definidos, sin efecto masa en vasos intrahepáticos ni en contorno hepático^{4, 6, 7}.

Lesiones sospechosas/malignas

1. Absceso hepático (figura 1g)

Se trata de una colección purulenta localizada debida a un proceso infeccioso, generalmente bacteriano, que provoca la destrucción del parénquima hepático. Se forma por extensión de una infección desde la vía biliar (colecistitis, colangitis), del sistema portal (diverticulitis, apendicitis) y menos frecuentemente del sistema arterial (endocarditis u osteomielitis, aunque el 50% son de origen desconocido)^{4, 8}. Clínicamente se suelen presentar con fiebre, dolor en hipocondrio derecho e ictericia⁴.

Ecográficamente son como lesiones mixtas, de ecogenicidad variable (principalmente anecoicas o hipoecoicas), con pared irregular mal delimitada, con refuerzo acústico e interior heterogéneo con ecos internos, septos, niveles, presencia de gas, irregulares, similares a la apariencia de un quiste complicado^{4, 7, 8}.

2. Hepatocarcinoma (figura 1h)

Es el tumor primario maligno más frecuente, con una incidencia de 3-7/100.000 habitantes, asienta principalmente sobre un hígado cirrótico y es más frecuente en varones (en proporción 5:1)^{7, 8}.

Destaca la hipervascularización con eco-Doppler y puede presentarse de tres formas^{4, 7, 8}:

- Tumor solitario. Lesión focal única, de ecogenicidad variable, borde irregular y bien delimitada. Si es menor de 5 cm, suele ser hipoecoica acotada por un halo hipoecoico (pseudocápsula).
- Nódulos múltiples. Son de diferente tamaño y de ecogenicidad variable, por procesos de necrosis y/o fibrosis, que suelen invadir estructuras vasculares con trombosis secundaria.
- Infiltración difusa. Es la presentación menos frecuente. Todo el hígado aparece difusamente afectado y es difícil diagnosticarlo ecográficamente.

3. Metástasis (figura 1i)

Son las neoplasias malignas más frecuentes en el hígado. Los orígenes más frecuentes son aparato digestivo (vesícula, colon, estómago y páncreas), mama y pulmón^{3, 7, 8}.

Generalmente son lesiones múltiples, hipoecoicas o en "diana", aunque no tienen un patrón ecográfico característico por su ecogenicidad (pudiendo ser isoecoicas, hipoecoicas o hiperecogénicas), ni por su naturaleza (sólidas o mixtas, focales o difusas) ni por el número (únicas o múltiples)^{3, 8}, pero podemos destacar algunos patrones que orientan a su origen como se detalla en la tabla 2.

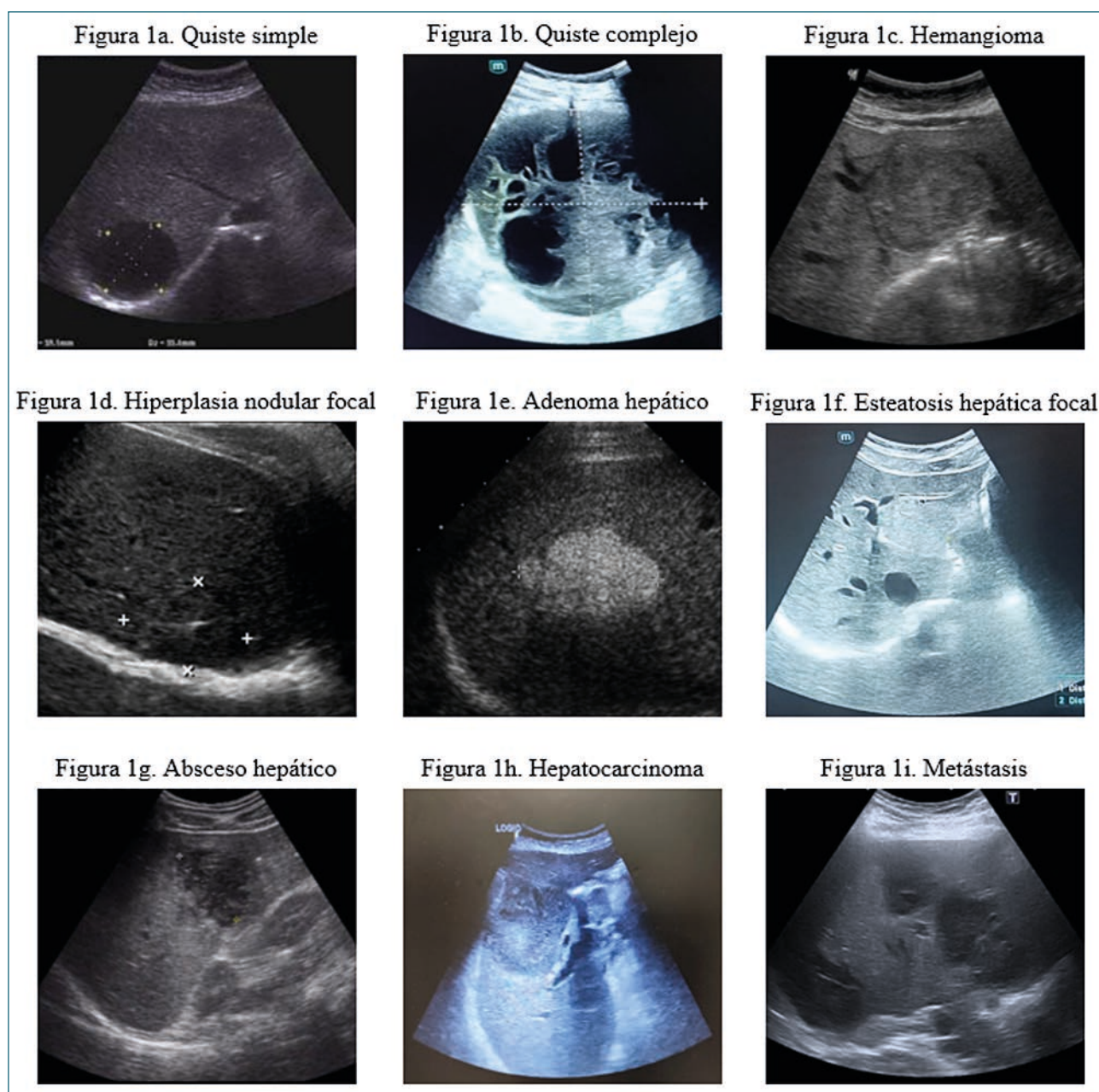


Figura 1. Imágenes de las principales lesiones hepáticas focales. Las figuras fueron adaptadas de imágenes disponibles bajo licencias abiertas^{9, 10} o de elaboración propia. Ver Anexo 1 para la información detallada de licencias y autorías de las imágenes utilizadas.

Tabla 2. Patrones ecográficos de las metástasis y orientación diagnóstica de su origen^{4, 7}

Patrón	Características	Origen
Hiperecogénicas	Se relacionan con el mayor grado de vascularización del tumor primario	Digestivo (principalmente colon) o renal
Hipoecoicas	Generalmente están hipovascularizadas	Mama, pulmón y linfoma
En “ojo de toro” o “diana”	Presenta el centro y una zona periférica hipoeicoicas	Pulmón
Calcificadas	Podemos encontrar lesiones grandes, hiperecogénicas y con sombra acústica posterior o un patrón de múltiples y pequeñas ecogenicidades puntiformes sin clara sombra acústica posterior.	Adenocarcinoma mucinoso de colon y páncreas
Quísticas	Lesiones hipoeicoicas con refuerzo acústico posterior	Ovario y páncreas
Desorganización difusa del parénquima	Este patrón es el reflejo de la forma infiltrativa de la enfermedad metastásica y que supone un reto diagnóstico, al no poseer parénquima hepático normal de referencia	Mama, pulmón y melanoma

Patología difusa

Se define como la afectación extensa del parénquima hepático, siendo la ecografía la prueba complementaria inicial de elección para su estudio^{5,7}. Los hallazgos ecográficos que sugieren hepatopatía difusa incluyen nodularidad superficial, ecogenicidad heterogénea parenquimatosa y a nivel del doppler podemos observar distorsión vascular, trombosis y neovascularización principalmente. Algunas patologías pueden presentar ciertos patrones ecográficos característicos que abordaremos a continuación, aunque debemos destacar que la caracterización de la hepatopatía difusa únicamente por ecografía puede ser compleja, y por lo tanto en su estudio pueden ser necesarias otras pruebas de imagen (como tomografía axial computarizada o resonancia magnética) o incluso biopsia⁵. En la tabla 3 se resumen las principales características ecográficas de las lesiones hepáticas difusas.

1. Esteatosis hepática

La esteatosis hepática se caracteriza por depósito progresivo y excesivo de lípidos en los hepatocitos, función hepática anormal, inflamación y fibrosis. Se asocia a múltiples causas y patologías, entre las que destaca obesidad, diabetes, dislipemia, alcoholismo y ciertos fármacos. La ecografía permite detectar y clasificar el grado de esteatosis con una elevada sensibilidad (88,4 %; IC 95 %: 79,8-88,9) y especificidad (93 %; IC 95 %: 87,2-97)⁴⁻⁶.

Ecográficamente se caracteriza por el aumento de ecogenicidad (hígado brillante) en relación con riñón derecho y páncreas, y la atenuación del ultrasonido en zonas posteriores que se traduce en una pérdida de visualización correcta de las estructuras intrahepáticas profundas.

Según la severidad de los hallazgos podemos diferenciar los siguientes estadios⁴⁻⁷:

- **Leve/grado 1** (figura 2a). Aumento mínimo difuso de la ecogenicidad del parénquima con visualización normal de vasos y diafragma.
- **Moderada/grado 2**. Aumento moderado difuso de la ecogenicidad del parénquima con ligero empeoramiento de visualización de vasos y diafragma.
- **Severa/grado 3** (figura 2b). Aumento acentuado de la ecogenicidad del parénquima con mala/nula visualización de vasos y diafragma.

2. Hepatitis

Las hepatitis agudas se caracterizan por inflamación y necrosis hepatocelular. En su etiología destacan infecciones virales (los virus hepatotropos son la causa más frecuente), alcohol o fármacos. Clínicamente se suelen presentar con astenia, fiebre e ictericia y con elevación de transaminasas en la analítica. Por el contrario, las hepatitis crónicas presentan un grado variable de necrosis hepatocelular, infiltrado inflamatorio y fibrosis. La etiología más frecuente son infecciones crónicas por virus hepatotropos, aunque también podemos encontrar causas autoinmunes o metabólicas. Suelen tener un curso clínico indolente con elevación persistente de transaminasas tras una hepatitis aguda^{4,5}.

En la mayoría de las ocasiones la ecografía suele ser normal tanto en las hepatitis agudas como crónicas y se usa para descartar otras patologías. Las características ecográficas principales que podemos observar en la hepatitis aguda (figura 2c) son alteración difusa

Tabla 3. Principales características ecográficas en las lesiones hepáticas difusas^{1, 4-7}

Lesiones	Hallazgos ecográficos
Esteatosis hepática	Aumento de ecogenicidad y atenuación del ultrasonido en zonas posteriores. Diferenciamos varios estadios: • Leve/grado 1. Aumento mínimo difuso de la ecogenicidad del parénquima • Moderada/grado 2. Aumento moderado difuso de la ecogenicidad del parénquima con ligero empeoramiento de visualización de vasos y diafragma • Severa/grado 3. Aumento acentuado de la ecogenicidad del parénquima con nula visualización de vasos y diafragma
Hepatitis	Aguda: alteración difusa de la ecogenicidad donde predomina la hipoeecogenicidad con brillo acentuado en las triadas portales ("cielo estrellado"), hepatomegalia y engrosamiento de la pared vesicular Crónica: heterogeneidad con aumento de la ecogenicidad, ligera dilatación portal y lobulación del borde hepático ("patrón grosero")
Cirrosis	• Redistribución del volumen. Disminución del lóbulo hepático derecho con aumento relativo del lóbulo izquierdo y/o caudado • Irregularidad del contorno, en relación a los nódulos de regeneración • Aumento heterogéneo en la ecogenicidad del parénquima • Ascitis • Signos de hipertensión portal: esplenomegalia, circulación venosa colateral, aumento del calibre de la porta, flujo venoso portal hepatofugal y engrosamiento de la pared vesicular

Figura 2a. Esteatosis hepática leve



Figura 2b. Esteatosis hepática grave

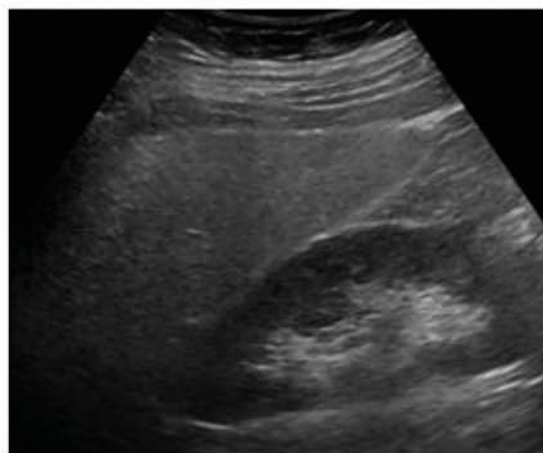


Figura 2c. Hepatitis aguda



Figura 2d. Cirrosis: hipertrofia del caudado

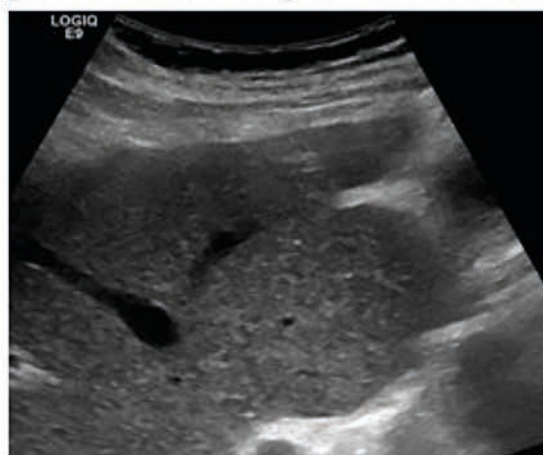


Figura 2e. Cirrosis: nódulos de regeneración y ascitis

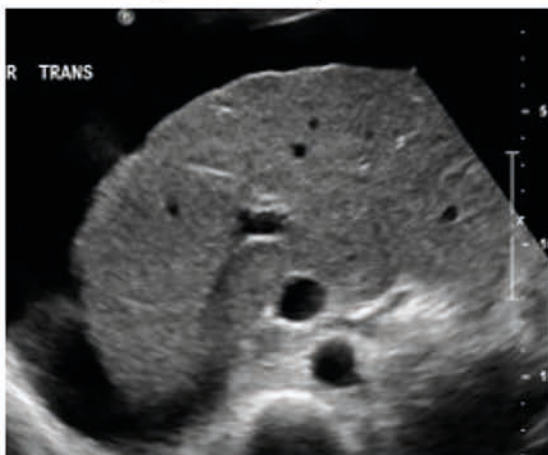


Figura 2f. Cirrosis-Hipertensión portal: flujo venoso portal hepatofugal



Figura 2. Imágenes de las principales lesiones hepáticas difusas. Las figuras fueron adaptadas de imágenes disponibles bajo licencias abiertas^{9, 10}. Ver Anexo 1 para la información detallada de licencias y autorías de las imágenes utilizadas.

de la ecogenicidad donde predomina la hipoecogenicidad con brillo acentuado en las triadas portales (aspecto de “cielo estrellado”), hepatomegalia (> 15,5 cm en línea medioclavicular) y engrosamiento de la pared vesicular (asociado al virus de la hepatitis A)⁴⁻⁷. En la hepatitis crónica podemos distinguir un “patrón grosero” con ligera dilatación portal o ligera lobulación del borde hepático y cierta heterogeneidad con aumento de la ecogenicidad^{4, 5}.

3. Cirrosis

Es el estadio final de múltiples hepatopatías crónicas, caracterizada a nivel histológico por fibrosis y nódulos de regeneración. En su etiología están implicados con frecuencia los virus B y C y el alcohol. Clínicamente en fase compensada el paciente suele estar paucisintomático a pesar de insuficiencia hepatocelular e hipertensión portal, y en estadios más avanzados suele presentar ictericia, ascitis o hemorragia por varices^{4, 6, 7}.

La ecografía en la cirrosis, cuya sensibilidad es del 94,2% y especificidad del 88,6%^{1, 6}, tiene un papel importante en su seguimiento con el objetivo de un cribado de complicaciones como hepatocarcinoma e hipertensión portal^{3, 4, 7}. En cuanto a los principales hallazgos ecográficos destacan^{1, 4-7}:

- Redistribución del volumen (figura 2d). Disminución del tamaño hepático, sobre todo lóbulo hepático derecho (LHD), con aumento relativo del lóbulo izquierdo y/o caudado (LC) (tamaño > 35 mm en eje anteroposterior y relación LC/LHD > 0,65).
- Superficie nodular (figura 2e). Irregularidad del contorno, en relación a los nódulos de regeneración, evidenciándose mejor en presencia de ascitis. La cirrosis micronodular (nódulos de 0,1-1 cm) se relaciona con enfermedad alcohólica, por el contrario, la macronodular (1-5 cm) tiene mayor relación con hepatitis víricas.
- Ecoestructura grosera. Aumento heterogéneo en la ecogenicidad del parénquima con apariencia de “grano grueso”.
- Ascitis. Líquido libre distribuido entre los órganos abdominales en la cavidad peritoneal.
- Signos de hipertensión portal (HTP): esplenomegalia (> 13 cm), circulación venosa colateral (signo más específico de HTP), aumento del calibre de la porta (a nivel del hilio hepático > 13 mm), flujo venoso portal hepatofugal (figura 2f) y engrosamiento de la pared vesicular.

CONCLUSIÓN

La ecografía clínica destaca como una herramienta de gran utilidad en la consulta del médico de familia, y en concreto la ecografía abdominal hepática se aplica a múltiples escenarios clínicos, facilitando el cribado, la orientación diagnóstica y el seguimiento de diversas patologías.

Su correcta integración en la práctica clínica habitual es fundamental para mejorar la atención prestada al paciente, agilizar decisiones clínicas y aumentar la capacidad resolutoria del primer nivel asistencial, nuestra Atención Primaria.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA EL MÉDICO DE FAMILIA

Se debe incorporar la ecografía hepática en nuestras consultas como parte del protocolo de estudio de ciertas alteraciones hepáticas (hepatomegalia, elevación de enzimas hepáticas, dolor en hipocondrio derecho, ictericia, síndrome constitucional, antecedentes de hepatopatía crónica o consumo de alcohol, entre otros)

Es interesante tener en cuenta los criterios ecográficos de las lesiones benignas para poder realizar un adecuado seguimiento en Atención Primaria; así como los criterios de lesiones sospechosas o sugestivas de malignidad, para optimizar la prioridad de la derivación según la gravedad del diagnóstico de sospecha.

Se debe incentivar la formación continuada en ecografía clínica todo lo posible, especialmente integrándola en las competencias formativas durante la residencia, bien a través de cursos, congresos y sesiones clínicas.

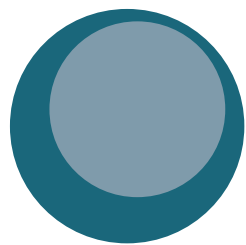
Anexo-1. Detalles de autoría, licencias y enlaces de las imágenes utilizadas en las figuras:1 y 2

Figura	Fuente	Autor	Enlace	Licencia
Figura 1a	Wikimedia Commons	R. Badea and Simona Ioanitescu	https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ultrasonography_of_a_liver_cyst.jpg	CC BY 3.0
Figura 1b	Elaboración propia	Cristina Angulo García	—	—
Figura 1c	Radiopaedia	Zareena Ansari	https://radiopaedia.org/cases/multiple-hepatic-haemangioma#image-6526819	CC BY-NC-SA 3.0
Figura 1d	Radiopaedia	Brendan Cullinane	https://radiopaedia.org/cases/focal-nodular-hyperplasia-3#image-634548	CC BY-NC-SA 3.0
Figura 1e	Radiopaedia	Natalie Yang	https://radiopaedia.org/cases/hepatic-adenoma#image-29871	CC BY-NC-SA 3.0
Figura 1f	Elaboración propia	Cristina Angulo García	—	—
Figura 1g	Radiopaedia	Roberto Schubert	https://radiopaedia.org/cases/pyogenic-liver-abscess-1?lang=us	CC BY-NC-SA 3.0
Figura 1h	Elaboración propia	Sara García de Francisco	—	—
Figura 1i	Elaboración propia	Cristina Angulo García	—	—
Figura 2a	Radiopaedia	Bruno Di Muzio	https://radiopaedia.org/cases/diffuse-hepatic-steatosis-grade-i#image-53247241	CC BY-NC-SA 3.0
Figura 2b	Wikimedia Commons	Hellerhoff	https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Steatosis_hepatis_-_Sonographie_001.jpg	CC BY-NC-SA 3.0
Figura 2c	Radiopaedia	Ismael J. Nassar	https://radiopaedia.org/cases/acute-hepatitis-starry-sky-appearance-3?lang=us	CC BY-NC-SA 3.0
Figura 2d	Wikimedia Commons	Mme Mim	https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Caudate_lobe_hypertrophy_0001.jpg	CC BY-SA 4.0
Figura 2e	Radiopaedia	Bruno Di Muzio	https://radiopaedia.org/cases/cirrhosis-and-portal-hypertension-1#image-52960248	CC BY-NC-SA 3.0
Figura 2f	Wikimedia Commons	Mme Mim	https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hepatofugal_flow_in_portal_vein.jpg	CC BY-SA 4.0

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Barrancos IM, Vegas Jiménez T, Alonso Roca R, Domínguez Trisancho D, Guerrero García FJ, Rico López M del C, et al. Utilidad y fiabilidad de la ecografía clínica abdominal en medicina familiar (1): hígado, vías biliares y páncreas. Aten Primaria [Internet]. 2018;50(5):306-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.004>
2. Caballería L, Pera G, Rodríguez L, Casas JD, Miranda D, Auladell MA, et al. Adecuación y calidad de las ecografías abdominales solicitadas por los profesionales de medicina. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2016;39(8):516-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.01.014>
3. Santiago Hernando A, Serrano Simarro P. Ecografía abdominal. AMF [Internet]. 2007;3(9):519-23. Disponible en: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/ecografia-abdominal>
4. Alonso Roca R, Tarrazo Suárez JA, Sánchez Barrancos IM, Ruiz Serrano AL. Escenarios de la ecografía clínica hepática y de la vía biliar. En: Escenarios clínicos de la ecografía en medicina familiar. 1ª ed. Barcelona: Ediciones semFYC; 2016. p. 1-19
5. Heller MT, Tublin ME. The role of ultrasonography in the evaluation of diffuse liver disease. Radiol Clin North Am [Internet]. 2014;52(6):1163-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcl.2014.07.013>

6. Foo Gil KA, Sánchez Sánchez JC, Carrera Sieiro JL, Marchese Ratti M, Devesa Muñiz RM, Solla Camino JM, et al. Ecografía de las lesiones hepáticas difusas en atención primaria. *Med Gen Fam* [Internet]. 2023;12(3):117-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.028>
7. Segura Grau A, Valero López I, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral JM. Ecografía hepática: lesiones focales y enfermedades difusas. *Semergen* [Internet]. 2016;42(5):307-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.10.012>
8. Foo Gil KA, Sánchez Sánchez JC, Carrera Sieiro JL, Marchese Ratti M, Devesa Muñiz RM, Solla Camino JM, et al. Ecografía en las lesiones hepáticas focales en atención primaria. *Med Gen Fam* [Internet]. 2023;12(4):169-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.040>
9. Category: Ultrasound - Wikimedia Commons [Internet]. *Wikimedia.org*. 2022 [citado el 28 de Julio de 2025]. Disponible en: <https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Ultrasound>
10. Knipe H, Dixon A, Jones J, Gaillard F. *Radiopaedia* [Internet]. *Radiopaedia.org*. 2005 [citado el 28 de Julio de 2025]. Disponible en: <https://radiopaedia.org/>



CASOS CLÍNICOS

1. ÉRASE UNA VEZ UNOS DIENTES UN TANTO PRECOCES

■ Angulo García C.¹, Cubero Sobrados C.², Sanz González P.², Muñoz Lara I.³

⁽¹⁾ Médico Especialista MFyC.

⁽²⁾ Facultativo Especialista de Área Pediatría.

⁽³⁾ Residente de MFyC.

Centro de salud Orcasitas, Madrid, España

CONFLICTOS DE INTERESES Y RESPONSABILIDADES DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del presente trabajo.

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación, redacción y publicación de este trabajo.

Los autores manifiestan que el presente trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación pública ni privada.

Los autores declaran que este trabajo no ha sido publicado en ningún medio científico previamente ni se encuentra a consideración de forma simultánea total o parcialmente para su publicación en otra revista.

Los autores declaran que las imágenes han sido tomadas con el consentimiento de los padres de la paciente (menor de edad).

INTRODUCCIÓN

La presencia de dientes en los recién nacidos es un hallazgo infrecuente, que sin embargo puede conllevar complicaciones graves (destacando el riesgo potencial de deglución y aspiración del diente), requiriendo atención inmediata. Además, esta erupción dental precoz suele ser fuente de ansiedad en el seno familiar. Así pues, al presentar el siguiente caso clínico y revisar la bibliografía disponible, queremos subrayar la importancia de una evaluación diagnóstica exhaustiva de la cavidad oral en los recién nacidos, que nos permita evitar las posibles complicaciones.

CASO CLÍNICO

Neonata a término de 7 días de edad, sin antecedentes familiares ni perinatales de interés, que, en

consulta de revisión con su pediatra, destaca en la exploración física de la cavidad oral la presencia de dos incisivos centrales mandibulares, parcialmente erupcionados, hipoplásicos, de color amarillento. Resto de exploración física anodina, con triángulo de evaluación pediátrica estable, con tono axial normal, con reflejos primitivos presentes, auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal sin alteraciones. Se realiza nueva revisión 2 días después, observando erupción parcial de incisivo derecho. Posteriormente se realiza nuevo control clínico a los 10 días, evidenciando erupción completa de ambos incisivos (Figura 1, donde se puede ver la evolución del proceso). La familia refiere cierta dificultad para la lactancia materna en este momento. Finalmente se produce la exfoliación de estos incisivos, antes de indicar su extracción, produciéndose a los 6 meses de edad la erupción de la dentición primaria, sin incidencias posteriores.

DISCUSIÓN

La erupción dental es un proceso fisiológico en el que el diente se desplaza desde su posición de desarrollo hacia la cavidad bucal, ocurriendo esto a los 6 meses de edad aproximadamente¹. Cuando se producen variaciones en la cronología típica de este proceso podemos distinguir los dientes natales (aquellos presentes al nacer), los dientes neonatales (aquellos que se desarrollan en el primer mes de vida) y los dientes de la primera infancia (aquellos que erupcionan entre un mes y tres meses y medio de vida)^{1,2}.

Su incidencia es reducida variando entre 1:2000 y 1:3500 nacimientos, siendo ligeramente más frecuente en las mujeres^{2,3}. La etiopatogenia es desconocida aunque los estudios coinciden en posible factor familiar implicado de herencia autosómica dominante^{1,3}. Se ha observado que los dientes natales/neonatales pueden asociarse a algunos síndromes genéticos como displasia condroectodérmica (síndrome de Ellis-van Creveld), paquioniquia congénita, síndrome de Sotos, Pierre Robin, Jadassohn-Lewandowsky,



Figura 1. Evolución de la erupción dental a los 7 días de edad (izquierda), 9 días (derecha) y 17 días (inferior). (Fotografías obtenidas con consentimiento del paciente).

Hallermann-Streiff y esteatocistoma múltiple²⁻⁴. Esto subraya la importancia de una evaluación diagnóstica exhaustiva de los lactantes con dientes natales o neonatales.

Clínicamente, los dientes natales y neonatales suelen ser cónicos, pequeños y poco desarrollados, con el esmalte de color amarillo parduzco y zonas hipoplásicas, con tejidos blandos periodontales hiperémicos e hiperplásicos, y con una formación radicular mínima o nula, lo que condiciona una elevada movilidad^{1,2}. La localización más común es la región mandibular de los incisivos centrales (85%), seguido de los incisivos

maxilares (11%), los caninos o molares mandibulares (3%) y luego los caninos o molares maxilares (1%)².

Con respecto a las pruebas complementarias, la radiografía permite establecer si estos dientes natales/neonatales son componentes de la dentición normal o son supernumerarios, determinar el desarrollo radicular y establecer un diagnóstico diferencial (que se puede plantear principalmente con entidades como los nódulos de Bohn y el épulis congénito)^{2,3}.

En cuanto a las complicaciones, cabe destacar la hipermovilidad, condicionada por el desarrollo radicular

limitado, que puede conducirnos a una posible aspiración; laceraciones de la superficie lingual, debido al borde incisal afilado; y dificultad en la lactancia materna. La aparición y gravedad de estas complicaciones determinarán la necesidad de tratamiento¹⁻⁴.

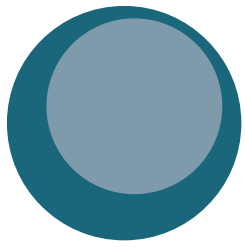
El tratamiento de los dientes natales puede incluir observación, alisado del borde incisal o extracción dental (incluyendo un legrado alveolar posterior), en función de la clínica y las posibles complicaciones en cada caso²⁻⁴.

CONCLUSIONES

Aunque los dientes neonatales/natales son infrecuentes, su diagnóstico clínico con el examen detallado de la cavidad oral permite una rápida identificación del caso y una instauración precoz del tratamiento en caso necesario según las posibles complicaciones (desde tratamiento conservador hasta extracción dental seguida de legrado alveolar), transmitiendo tranquilidad a la familia, especialmente desde el ámbito de la Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Vitali FC, Santos PS, Massignan C, Cardoso M, Maia LC, Paiva SM, et al. Worldwide prevalence of natal and neonatal teeth: Systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2023;154(10):910-921.e4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2023.06.017>
- 2- Anton E, Doroftei B, Grab D, Forna N, Tomida M, Nicolaiciuc OS, et al. Natal and neonatal teeth: A case report and mecanistical perspective. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2020;8(4):539. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare8040539>
- 3- Dean Y Erwin JA, Turner Mcdonald Y Avery G, Dean, Turner JA, Publicado EG. *Odontología pediátrica y del adolescente*. Capítulo. 2018;19:349-74
- 4- Tim Wright J. Developmental defects of the teeth [Internet]. UpToDate. 2024 [citado el 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/developmental-defects-of-the-teeth?search=dientes+neonatales&source=search_result&selectedTitle=1%7E6&usage_type=default&display_rank=1



CASOS CLÍNICOS

2. SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

■ Coloma Seguí C.¹; Fernández Gamo N.²; García Vila S.².

⁽¹⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alameda de Osuna. Madrid

⁽²⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alpes. Madrid

INTRODUCCIÓN

El síndrome de vena cava superior (SVCS) es consecuencia de la obstrucción total o parcial al flujo de la vena cava superior en su trayecto por el mediastino¹. Su incidencia es variable de un caso cada 650-3.100 pacientes². Las causas del SVCS se dividen en benignas y malignas, siendo las benignas responsables del 15-30% de los casos.

La repercusión clínica va asociada a la rapidez de instauración del cuadro. En los procesos crónicos, se permite la redistribución circulatoria por el sistema colateral; mientras que los casos de instauración súbita se pueden poner en riesgo la vida del paciente^{3,4,5,6,7}.

CASO CLÍNICO

Se realiza caso clínico con consentimiento informado oral por parte del paciente. Varón de 63 años con antecedentes personales hipertensión arterial, Fuma-

dor activo de 15 cigarros por día, índice paquete año de 72.

Acude por cuadro de eritema y edema en zona de cara y escote de 7 días de evolución con tos que coincide con aumento enalapril, que no ha mejorado tras toma de antihistamínico a dosis plenas y prednisona 60 mg. No prurito. No edema de úvula. No disnea.

En el último mes ha consultado 4 veces por tos seca, disnea y dolor torácico con diagnóstico de catarro de vías altas.

Exploración física: Constantes normales. Piel y mucosas: plétora facial con ligero edema laterocervical derecho (*Imagen 1*). Maniobra de Pemberton: positiva. Auscultación cardíaca: normal. Auscultación pulmonar: murmullo ligeramente disminuido generalizado.

Pruebas complementarias: Radiografía de tórax (*Imagen 2*), masa en lóbulo superior derecho que comprime la vena cava superior. El paciente se deriva a urgencias e ingresa para estudio complementario SVCS.



Figura 1. Plétora y leve edema facial y en escote. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).



Figura 2. Masa pulmonar derecha que infiltra vena cava superior. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

Analítica sanguínea: PCR 5. Resto sin alteraciones. TAC body: masa de 61 x 50 mm con centro necrótico en LSD de que invade pleura paramediastínica derecha, vena cava superior y una rama subsegmentaria de la arteria pulmonar derecha. Múltiples trombos, en las venas ilíacas, femorales, cava infrahepática, venas esplénicas, yeyunales y cólicas. PET-TC: no evidencia de metástasis. Broncoscopia con biopsia: tejido pulmonar con infiltración por un carcinoma de células pequeñas.

Diagnóstico: Síndrome de vena cava secundario a carcinoma pulmonar de células pequeñas (CPCP), T4N2M0.

Durante el ingreso, respuesta positiva a furosemida 80mg intravenoso y dexametasona 6mg cada 4 horas intravenoso.

Se inició quimioterapia con carboplatino + etopósido y anticoagulación terapéutica con mejoría.

REVISIÓN Y MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La etiología tumoral es la causa más frecuente del SVCS, siendo responsable del 60-85% de los casos⁸. Las neoplasias más frecuentes son los tumores pulmonares de célula no pequeña (50%), los tumores de células pequeñas (25-35%) y el linfoma no Hodgkin (10-15%). También puede desarrollarse SVCS por metástasis, principalmente de mama⁵.

Los casos de SVCS benignos suelen estar causados por uso de dispositivos intravasculares (marcapasos, desfibriladores automáticos, catéteres venosos...), cada vez más utilizados. Hay que tener en cuenta que la mediastinitis fibrosante es la causante de has-

ta un 50% de los SVCS benignos⁹, siendo su causa principal infecciosa o post radioterapia.

El SVCS puede ser el primer síntoma de un tumor no conocido previamente en hasta un 60% de los casos; pero sólo del 2 al 4% de pacientes con neoplasias de pulmón desarrollarán SVCS. El SVCS asociado a neoplasia, es un predictor de mala evolución, habiéndose descrito una expectativa de vida aproximada de 6 meses desde su aparición, dependiendo de la agresividad del tumor subyacente¹⁰.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, con una triada típica de edema en esclavina (cara, cuello y región supraclavicular), cianosis facial y circulación colateral toracobraquial que puede empeorar al inclinar el tronco hacia anterior y con el decúbito. En los casos severos se puede producir cefalea, edema cerebral, confusión o coma que son datos de mal pronóstico^{3,5,6,7}. En su curso crónico puede aparecer disnea, tos y dolor torácico.

El signo de Botermann es positivo si se produce aumento de cianosis, edema facial y congestión cefálica con la elevación de miembros superiores por encima de la cabeza.

Yu y cols.¹¹ proponen el uso de una escala de gravedad, no validada externamente, que tiene en cuenta tanto signos clínicos como radiológicos. (Tabla 1)

Las pruebas complementarias para el diagnóstico son fundamentalmente la radiografía de tórax, que hasta en un 80% de los casos muestra ensanchamiento mediastínico, masa hilar derecha o en lóbulo superior derecho o derrame pleural⁵; el TAC con contraste venoso, que aporta mucha información sobre el sistema vascular y planifica la técnica de abordaje y estadiaje de la enfermedad en los pacientes oncológicos^{3,4,5,6,7} y la anatomía patológica, que tras biopsiar en los casos

Tabla 1. Clasificación del grado de gravedad del síndrome de vena cava superior basada en características clínicas y radiológicas. Adaptada de Yu et. al.¹¹

Grado	Categoría	Incidencia estimada %	Definición
0	Asintomática	10	Hallazgos radiológicos sin síntomas.
1	Lave	25	Edema de cabeza y cuello, cianosis y plétora.
2	Moderada	50	Edema de cabeza y cuello con deterioro funcional (disfagia lave, tos, deterioro leve/moderado de la consciencia, movimientos de párpados y mandíbula, alteraciones visuales por edema ocular).
3	Grave	10	Edema cerebral leve o moderado (cefalea, mareo), edema laríngeo leve/moderado o disminución de la reserva cardíaca (síncope con la flexión del tronco).
4	Afectación vital	5	Edema cerebral significativo (confusión, obnubilación), edema laríngeo significativo (estridor) o afectación hemodinámica significativa (síncope sin factores precipitantes, hipotensión e insuficiencia renal).
5	Fatal	<1	Muerte.

malignos, ayuda a identificar la causa de forma directa y sobretodo en los casos inciertos.

El tratamiento del SVCS agudo maligno es una urgencia oncológica, siendo su tratamiento los diuréticos de asa para reducir así la precarga y corticoterapia en caso de sospecha de edema cerebral y/o vía aérea^{5,8}.

Para el SVCS crónico maligno la quimioterapia es la primera línea de tratamiento; aliviando los síntomas en unas dos semanas^{5,6}. La radioterapia es beneficiosa si se trata de tumores radiosensibles como el CPCP consiguiendo mejoría sintomática en un 82% de los casos, aunque paradójicamente, el edema secundario puede desencadenar otro SVCS^{5,6,12}.

El papel de los corticoides es controvertido, puede aliviar los síntomas en tumores corticosensibles como timomas o linfomas pero sin evidencia en otros casos^{5,8}.

La terapia endovascular actualmente tiene poca evidencia disponible, pero produce alivio sintomático en las primeras 24-72 horas y queda limitada situaciones de urgencia, síntomas persistentes a pesar de trata-

miento quimioterápico o pacientes con contraindicaciones para quimioterapia y radioterapia^{5,10}.

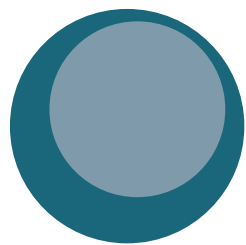
Si el paciente presenta trombosis secundarias se recomienda el uso de anticoagulación durante 3 meses a dosis terapéuticas, pudiendo mantener de forma indefinida según su riesgo trombótico.

CONCLUSIONES

El síndrome de vena cava superior es una entidad poco frecuente a nivel de atención primaria con escasa información. No hay evidencia de uso de corticoides y diuréticos de asa de entrada en un SVCS crónico, por tanto, se deben usar en los casos de compromiso neurológico y respiratorio. Los casos neoplásicos son la causa más frecuente por lo que desde atención primaria el uso de radiografía de tórax puede ser de gran utilidad. Es un síndrome grave y mortal que en sus primeras fases tiene un alto porcentaje de pasar desapercibido en nuestra consulta. Tenemos que tener una alta sospecha clínica para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frederick B, Fawaz A, Jean D. Anatomy of the superior vena cava and brachiocephalic veins. *Thorac Surg Clin*. 2011; 21:197-203
2. Seligson MT, Surowiec SM. Superior vena cava syndrome [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441981/>
3. Rice TW, Rodriguez RM, Light RW. The superior vena cava syndrome: clinical characteristics and evolving etiology. *Medicine (Baltimore)*. 2006; 85(1):37-42.
4. Novella L, Sanz F, Berraondo J, Fernández E. Fibrosis mediastínica y síndrome de vena cava superior. *Arch Bronconeumol*. 2013;49(8): 340-342.
5. Friedman T, Quencer KB, Kishore SA, Winokur RS, Madoff DC. Malignant Venous Obstruction: Superior Vena Cava Syndrome and Beyond. *Semin Intervent Radiol*. 2017;34(4):398-408
6. Lepper PM, Ott SR, Hoppe H, et al. Superior vena cava syndrome in thoracic malignancies. *Respir Care*. 2011;56(05):653-666.
7. Azizi AH, Shafi I, Shah N, Rosenfield K, Schainfeld R, Sista A, Bashir R. Superior vena cava syndrome. *JACC Cardiovasc Interv*. 2020;28;13(24):2896-2910.
8. Navarro F, Lopez JL, Molina L, Lamarca A. Protocolo diagnóstico de la sospecha de síndrome de la vena cava superior. *Medicine*. 2013;11:1500-3.
9. Houssam K Younes, Tony Lu: Clinical features, diagnosis, and classification on thoracic central venous obstruction. En: UpToDate, JF Eidt (Ed), JL Mills (Ed). Fecha de consulta enero 2023.
10. Morin S, Grateau A, Reuter D, de Kerviler E, de Margerie-Mellon C, de Bazelaire C, Zafrani L, Schlemmer B, Azoulay E, Canet E. Management of superior vena cava syndrome in critically ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 2018;26(2):521-528.
11. Yu JB, Wilson LD, Detterbeck FC. Superior vena cava syndrome-A proposed classification system and algorithm for management. *J Thorac Oncol*. 2008;3(8):811-814
12. Van Putten JW, Schlosser NJ, Vujaskovic Z, Leest AH, Groen HJ. Superior vena cava obstruction caused by radiation induced venous fibrosis. *T horax*. 2000;55(03):245-246.



CASOS CLÍNICOS

3. LA IMPORTANCIA DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

■ García Echeverría M.¹, Ayala Terrados L.², Pineda Torcuato A.³, González Manjavacas C.⁴

⁽¹⁾ Residente Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Monterrozas.

⁽²⁾ Residente Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Valle de la Oliva.

⁽³⁾ Médico Adjunto del servicio de Urgencias, Hospital Universitario Puerta de Hierro.

⁽⁴⁾ Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Monterrozas.

INTRODUCCIÓN

El dermatoscopio es una herramienta no invasiva que permite observar la piel con mayor detalle, facilitando el diagnóstico precoz de diversas afecciones dermatológicas en atención primaria. Su uso mejora la visualización de estructuras subyacentes en lesiones cutáneas, como lunares, manchas o úlceras. Esto permite a los médicos de atención primaria identificar signos tempranos de cáncer de piel, como el melanoma, y diferenciar entre diversas patologías dermatológicas¹. Además, el dermatoscopio es fácil de usar, asequible y ofrece resultados rápidos.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 75 años consulta por lesión dermatológica de 4-5 meses de evolución. Como antecedentes médicos relevantes presenta hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 controlada. No antecedentes de cáncer de piel ni enfermedades dermatológicas previas significativas.

La paciente acude a consulta por una lesión cutánea en región supraorbitaria derecha desde hace aproximadamente 4-5 meses. No refiere dolor, sangrado ni cambios rápidos en su tamaño o forma,

A la inspección, se observa una lesión de aproximadamente 1 cm de diámetro, de forma irregular, con bordes mal definidos. La lesión es de color marrón claro, con algunas áreas más oscuras, y presenta una ligera elevación en su centro.

Al examinar la lesión con el dermatoscopio, se identifican características preocupantes, tales como:

- Retículo atípico: Un patrón de red irregular con áreas de estructura desorganizada que no siguen el patrón normal de una lesión benigna.
- Proyecciones atípicas: Estructuras en forma de líneas radiales o proyecciones en áreas periféricas de la lesión que sugieren un crecimiento desorganizado.
- Presencia de pigmentación irregular: Zonas de coloración marrón oscuro junto con áreas más claras, lo que podría indicar un patrón de variabilidad en la distribución de pigmentos.

Realizamos diagnóstico diferencial entre melanoma, nevus displásico, queratosis seborreica o carcinoma basocelular

Dada la presencia de características dermatoscópicas atípicas (retículo irregular y proyecciones), se sospe-

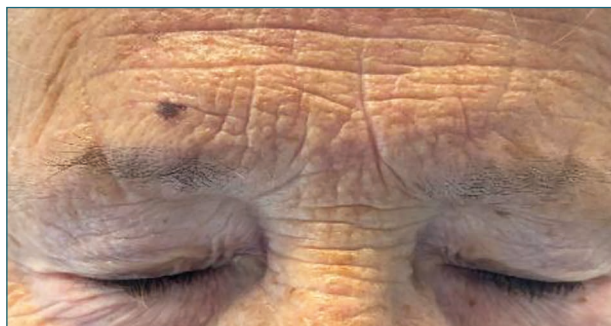


Figura 1.

(Fotografías obtenidas con consentimiento del paciente).



Figura 2.

cha de un melanoma en fase temprana. Realizamos una e-Consulta al servicio de Dermatología, quienes citan a la paciente en 2 días para biopsia excisional de la lesión y estudio anatomopatológico.

Tras quince días recibimos resultados de la biopsia con diagnóstico de LÉNTIGO MALIGNO, sin evidencia de infiltración de la dermis en la muestra remitida.

La paciente debe ser informada sobre la importancia de la vigilancia regular de lesiones cutáneas, especialmente en personas mayores, y la necesidad de revisar otras posibles lesiones que puedan surgir. También se le instruye sobre la protección solar y evitar la exposición prolongada al sol.

REVISIÓN

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica no invasiva que permite la visualización detallada de las estructuras dérmicas a través de un microscopio de mano, facilitando la identificación temprana de diversas patologías cutáneas, especialmente el cáncer de piel².

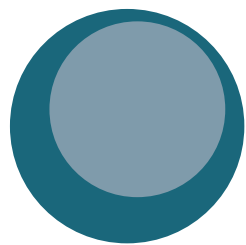
Su uso en atención primaria ha ganado popularidad debido a los beneficios que ofrece tanto a los profesionales de salud como a los pacientes, entre los cuales

se destacan la mejora en la precisión diagnóstica, la posibilidad de detectar el melanoma en estadios tempranos, la reducción de la necesidad de derivaciones a dermatología y el ahorro de recursos, ya que permite ofrecer un diagnóstico rápido sin esperar una consulta especializada¹. Además, el dermatoscopio facilita la toma de decisiones, ya que permite observar características subyacentes de las lesiones cutáneas como los vasos sanguíneos y las estructuras de la epidermis, lo que contribuye a determinar si es necesario realizar una biopsia o seguir con un monitoreo³. Su fácil aprendizaje y uso, junto con su capacidad para proporcionar imágenes que los pacientes pueden visualizar durante la consulta, mejora la comprensión y la adherencia al tratamiento.

Asimismo, la dermatoscopia permite un seguimiento efectivo de lesiones sospechosas, contribuyendo a detectar cambios que podrían indicar malignidad. Para su implementación exitosa en atención primaria, es esencial que los médicos reciban formación continua en el uso adecuado de la herramienta y en la interpretación de imágenes, así como mantener una colaboración estrecha con dermatólogos para los casos complejos⁴. Con ello, la dermatoscopia se integra de manera efectiva en la práctica diaria, permitiendo una mejor gestión de las lesiones cutáneas y optimizando la eficiencia del sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Riber López C, Jiménez Puche M, Martín Moros JM. Dermatoscopia en atención primaria: diagnóstico en dos etapas en un solo vistazo. *Semergen* [Internet]. 2023;49(7):101927. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359323000060>
2. Palacios-Martínez D, Díaz-Alonso RA. Dermatoscopia para principiantes (ii): estructuras dermatoscópicas y métodos diagnósticos. *Semergen* [Internet]. 2017;43(4):312-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359315004219>
3. Moscarella E, Brancaccio G, Briatico G, Ronchi A, Piana S, Argenziano G. Differential diagnosis and management on seborrheic keratosis in elderly patients. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2021 [citado el 5 de diciembre de 2024];14:395-406. Disponible en: <https://www.dovepress.com/differential-diagnosis-and-management-on-seborrheic-keratosis-in-elder-peer-reviewed-fulltext-article-CCID>
4. Pokhrel PK, Helm MF, Greene A, Helm LA, Partin M. Dermoscopy in primary care. *Prim Care* [Internet]. 2022;49(1):99-118. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0095454321016237>



CASOS CLÍNICOS

4. GALACTOCELE ASOCIADO A ABSCESO MAMARIO

■ Sánchez Galindo B.
Residente 4º año de MFyC.
Servicio de Salud de Castilla La Mancha. C.S. Zona VIII, Albacete, España

INTRODUCCIÓN

El galactocele es un quiste benigno poco frecuente de la mama. Se presenta con más frecuencia en mujeres lactantes, aunque también se puede presentar en mujeres en el tercer trimestre del embarazo y tras la finalización de la lactancia¹. Clínicamente, se caracteriza por una masa firme no dolorosa, aunque en caso de estar sobre infectado puede asociarse con dolor y aumento de temperatura local². La ecografía puede ayudar al diagnóstico de esta patología y diferenciarlo de otras lesiones mamarias como el fibroadenoma o el cáncer de mama. Esta lesión se suele resolver de manera espontánea una vez finalizada la lactancia¹.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso de una mujer de 34 años, gestante de 35 semanas, que acude a la consulta de su médico de familia por la aparición de un bulto a nivel de región superoexterno de la mama eritematosa con aumento de temperatura local y dolorosa de 7 días de evolución sin asociar otra sintomatología.

En la exploración física se palpó a nivel de cuadrante superoexterno una masa de aproximadamente 4 x 2cm de diámetro eritematosa, dolorosa a la palpación y no adherido a planos profundos.

Inicialmente, se planteó antibioterapia por vía oral con amoxicilina-clavulánico durante 7 días junto con paracetamol para el dolor. Tras la finalización del tratamiento antibiótico se observó una disminución de la lesión a 2 x 1cm de diámetro.

Dada la persistencia de la lesión, se realizó una ecografía en la propia consulta del médico de familia observando en ella una lesión ovalada de 2,5 x 1,5cm de características quísticas, sin observarse vascularización asociada con Doppler color (Figura 1).

Para confirmar la sospecha clínica de galactocele se solicitó una ecografía reglada donde se confirmó la sospecha diagnóstica de galactocele. Ante esta confirmación diagnóstica, consideramos que pudo ser un

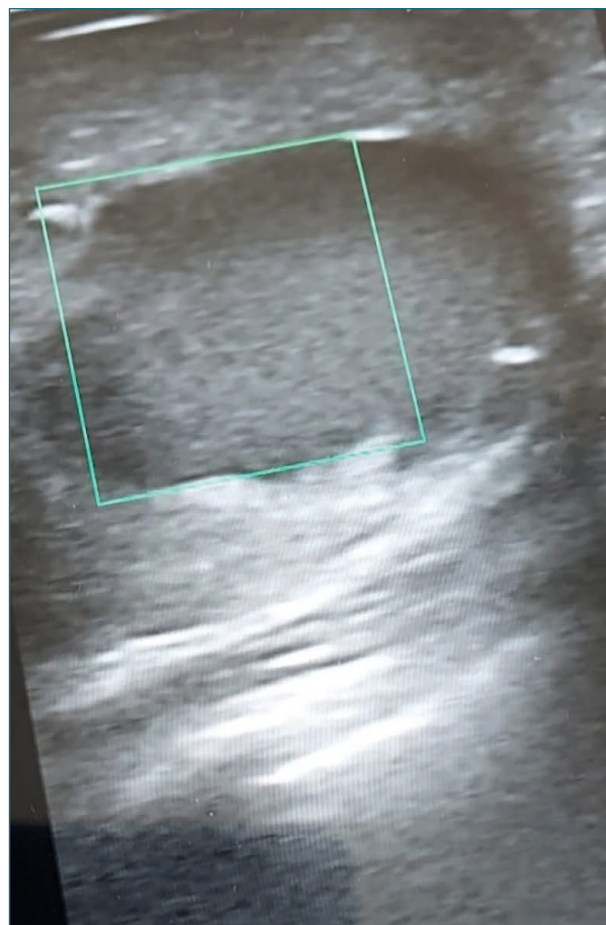


Figura 1. Imagen ecográfica en la que se observa el galactocele sin Doppler color. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

error el tratamiento inicial con antibioterapia, debiendo haber realizado previamente al tratamiento antibiótico la ecografía para valorar si existían signos de abscesificación.

REVISIÓN

El galactocele, también denominado lactocele o quiste lácteo, es un quiste de retención benigno poco frecuente de la mama. Se presenta con más frecuencia

en mujeres lactantes, aunque también se puede presentar en mujeres en el tercer trimestre del embarazo y tras la finalización de la lactancia¹.

Los galactoceles se asocian a la presencia de epitelio mamario secretor, estímulo de prolactina y existencia de obstrucción ductal. La expresión clínica de esta lesión suele ser una masa firme y no dolorosa en mujeres lactantes o tras la lactancia, pudiendo ser dolorosas en caso de que se infecten o se necroticen².

Desde el punto de vista histológico, se corresponde con la obstrucción de un conducto galactóforo con la consecuente dilatación proximal de los segmentos lobulares correspondientes³.

El diagnóstico del galactocelo es generalmente clínico, pudiendo realizarse pruebas complementarias como la ecografía mamaria².

En ecografía, el galactocelo puede mostrar diferente apariencia en función de la cantidad de grasa, de la viscosidad del líquido y de la cantidad de proteí-

nas del líquido que contiene, presentando habitualmente forma redondeada u ovalada con contenido hipoeoico². El hallazgo característico en ecografía de esta patología es una lesión solitaria, bien definida, anecoica con paredes delgadas y ecogénicas y cierto realce acústico distal, sin observarse flujo sanguíneo en la ecografía Doppler color, como en nuestro caso¹.

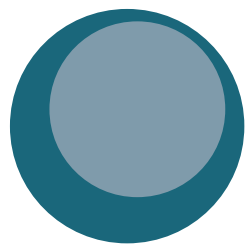
Se debe de plantear el diagnóstico diferencial del galactocelo con otras patologías que afectan a la mama como el fibroadenoma, el adenoma láctico, el absceso mamario, tejido mamario axilar y cáncer de mama⁴.

El tratamiento del galactocelo suele ser conservador, ya que suele resolverse espontáneamente una vez interrumpido el cambio hormonal asociado al embarazo y la lactancia¹.

Estas lesiones tienen un buen pronóstico al ser consideradas lesiones benignas y que no se asocian con un aumento del riesgo de cáncer de mama posterior ni de enfermedad fibroquística¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gada PB, Bakhshi G. Galactocelo. [Actualizado el 16 de enero de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ene. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578180/>.
2. Farrok D, Alamdaran A, Yousefi F, Abbasi B. Galactocelo in the axillary accessory breast mimicking suspicious solid mass on ultrasound. Case Reports in Obstetrics and Gynecology. 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2017/4807013>.
3. Poblete S, Torres F, López A, Rivera M, Taub T, Díaz ML, et al. Imagenología en la patología mamaria durante el embarazo y la lactancia. Rev Chil Obstet Ginecol. 2022; 87 (5): 339-49.
4. Poli E, Yao K. Review of the diagnosis and management of benign breast issues during pregnancy and lactation. Ann Breast Surg. 2021; 5:26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/abs-20-107>.



CASOS CLÍNICOS

5. COMUNICACIÓN INTERAURICULAR OSTIUM SECUNDUM

■ Coloma Seguí C.¹, Fernández Gamo N.², García Vila S.², Olguin Blanco C.³

(¹) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alameda de Osuna, Madrid.

(²) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alpes, Madrid.

(³) Enfermero Urgencias y emergencias. Hospital Sant Joan de Reus, Tarragona.

INTRODUCCIÓN

La comunicación interauricular (CIA) es la presencia de una abertura en el tabique interauricular por falta de tejido que lo forma. Es la lesión cardíaca congénita más frecuente en adultos y suele ser asintomática hasta la edad adulta.

Representa aproximadamente el 7% todos los casos de malformaciones cardíacas congénitas. Su prevalencia al nacimiento oscila entre 6 y 9/10.000; es probable que esté subestimada debido a la naturaleza asintomática de la enfermedad. La proporción entre mujeres y hombres es de 2-4:1¹.

Existen cuatro tipos de defectos de cierre del tabique interauricular. El más frecuente es el tipo ostium secundum situado en la zona de la fosa oval (70-75% de todas las CIA), el tipo ostium primum situado por debajo de la fosa oval (15-20%), defecto del seno venoso situado por encima (5-10%) y seno coronario sin techo (<1%).

CASO CLÍNICO

Se obtiene el consentimiento oral para la presentación del caso clínico. Mujer de 26 años, natural de Venezuela, acude por cuadro de edemas de miembros inferiores (MMII) y mareo sin giro de objetos. Disnea de moderados esfuerzos. Antecedente familiar de cardiopatía en su madre que no sabe especificar.

Exploración física: Saturación basal de 95%. Eupneica. Auscultación cardíaca: rítmica, con soplo pansistólico con desdoblamiento fijo del segundo tono. Auscultación pulmonar normal. MMII: edemas con fovea hasta tercio medio ++/+++.

Pruebas complementarias

Análítica sanguínea: péptido natriurético de 359 pg/ml.

Radiografía(rx) de tórax: cardiomegalia derecha, engrosamiento marcado de las arterias pulmonares principales. No sobrecarga izquierda (Figura 1).

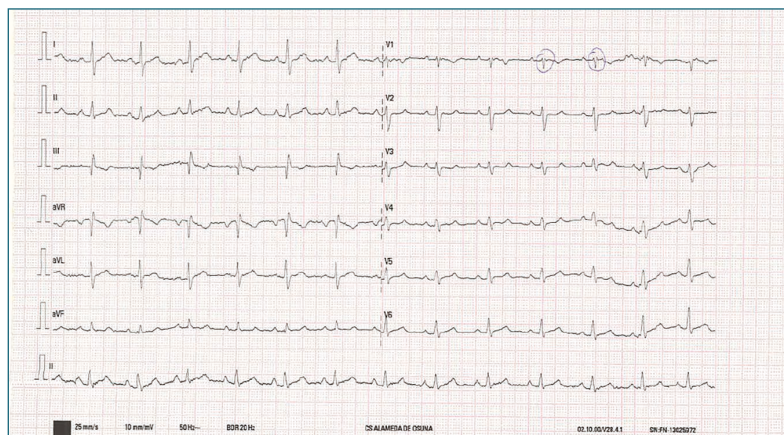
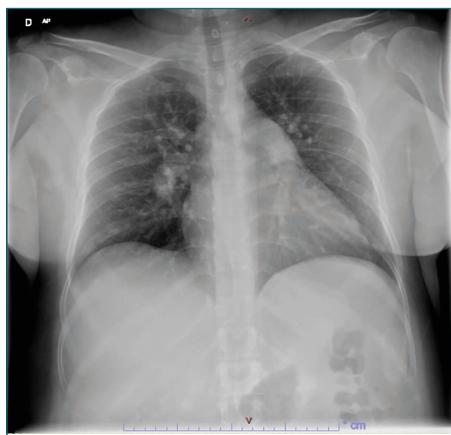


Figura 1. Rx de tórax con crecimiento de cavidades cardíacas derechas y refuerzo de arterias pulmonares.

Figura 2. ECG con eje desviado a la derecha, bloqueo incompleto de rama derecha. Patrón S1Q3T3 y rectificación del ST con ondas T isodifásicas de bajo voltaje V2-V4.

(Fotografías obtenidas con consentimiento del paciente).

Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal a 76 latidos, QRS estrecho con bloqueo incompleto de rama derecha. Patrón S1Q3T3 y rectificación del ST con ondas T isodifásicas de bajo voltaje V2-V4 (Figura 2).

Se pauta furosemida 40mg 1 comprimido en el desayuno con buena respuesta de los edemas.

Se realiza consulta telemática a cardiología, realizan **Ecocardiograma transtorácico (ETT):** dilatación severa del ventrículo derecho (VD) con fracción de eyección normal, sobrecarga del VD (dilatación del tronco pulmonar), en relación con comunicación interauricular con doppler color continuo (impresiona de CIA ostium secundum). **Ecocardiograma transesofágico (ETE):** diámetro de la CIA 3.5cm. No candidata para abordaje percutáneo por gran diámetro y ausencia de borde aórtico y borde con vena cava inferior. **Cateterismo derecho:** presión arterial pulmonar normal (16mmHg), se confirma shunt izquierda-derecha (I-D) significativo (Qp/Qs 2.96). Cierre de CIA con parche de pericardio bovino por minitoracotomía anterior derecha. La paciente tuvo buena evolución y está asintomática desde entonces.

REVISIÓN Y MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Gran parte de las CIA se producen espontáneamente, pero también se ha identificado la transmisión familiar en relación con la mutación del gen autosómico dominante NKX2.5² y su presencia en síndromes de Holt Oram, Marfan, Noonan y Turner. En ella se produce un cortocircuito I-D que causa una sobrecarga de las cavidades derechas con obstrucción de las venas pulmonares y posterior hipertensión de las mismas. En condiciones de bradicardia y/o disminución de la presión torácica puede existir embolización paradójica por un cortocircuito derecha-izquierda³.

El cierre espontáneo ocurre en un 40% de los casos y ocurre principalmente cuando son pequeñas (< de 8 mm de diámetro) y en la infancia. Las CIA ≥8 mm de diámetro y las de los adultos no cierran espontáneamente.

La mayoría de los pacientes con una CIA y un flujo de derivación [Qp:Qs] ≥1,5:1, es decir un índice de presión pulmonar superior a la sistémica, tendrán síntomas y requerirán corrección antes de los 40 años⁴.

La CIA ostium secundum cursa con un agrandamiento asintomático del ventrículo derecho y aumento de los síntomas con la edad. Los síntomas son leves e inespecíficos^{5,6} pero en fases más avanzadas aparece intolerancia al ejercicio, disnea, fatiga, astenia y finalmente clínica franca de insuficiencia cardíaca. El hallazgo auscultatorio característico es un soplo

mesosistólico con desdoblamiento amplio y fijo del segundo ruido cardíaco (S2).

Las complicaciones más frecuentes son; las arritmias cardíacas, entre ellas las taquicardias supraventriculares, flutter auricular y fibrilación auricular. Estas dos últimas están presentes hasta en un 30% de los casos en su diagnóstico y el riesgo de padecerlas aumenta con la edad y posterior a la cirugía⁷; la hipertensión pulmonar severa (síndrome de Eisenmenger con hipertensión pulmonar, cianosis y acropaquias y fallo ventricular derecho); y los fenómenos tromboembólicos (accidentes cerebrovasculares, accidentes isquémicos transitorios, o tromboembolismos periféricos).

En el ECG, puede aparecer un bloqueo auriculoventricular de primer grado, un eje cardíaco entre 95°-135° (desviación derecha) y/o un QRS ancho con morfología de RS o RSr'. También como imagen sugestiva, aparece un patrón sensible y específico llamado Crochetage (muesca en la onda R en las derivaciones inferiores), presente en un 73% de los pacientes⁸. Su frecuencia se correlaciona con el tamaño del defecto y el grado de cortocircuito I-D.

La Rx de tórax presenta una dilatación de la aurícula derecha, el ventrículo derecho y las arterias pulmonares. El ETT es la forma de diagnóstico definitivo. Muestra imágenes bidimensionales y Doppler color midiendo el tamaño, la ubicación, las características del flujo y los efectos hemodinámicos del tabique. Su limitación es la presencia de hipertensión pulmonar asociada que no permite apreciar el flujo a través de la comunicación. En estos casos no concluyentes, se realiza un ETE que es más sensible y además permite el apreciar defectos del seno venoso.

El cateterismo cardíaco se realiza ante agrandamiento de la aurícula derecha, tamaño y función del ventrículo derecho indeterminado y si se va a producir el cierre quirúrgico ya que determina si la intervención quirúrgica sería beneficiosa y qué tipo de intervención es la mejor para el paciente.

El tratamiento de la CIA sin hipertensión pulmonar es el cierre del defecto. En los casos con hipertensión pulmonar asociada se individualiza cada caso. El método quirúrgico ha demostrado ser seguro, beneficioso, y de bajo riesgo⁹. Se realiza de forma percutánea a no ser que el tabique está multifenestrado, haya más de dos bordes deficientes que no permiten su aproximación o en las CIA de gran tamaño; en estos casos el cierre será con toracotomía abierta.

CONCLUSIONES

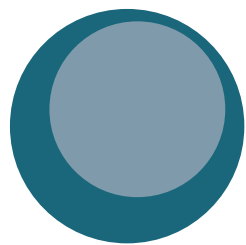
La CIA ostium secundum es la cardiopatía congénita frecuente en adultos y una entidad infradiagnosticada

por sus tardías manifestaciones clínicas en nuestras consultas. Ante cualquier síntoma cardiológico como disnea, edemas o síntomas compatibles es necesario realizar la auscultación del paciente y realizar las prue-

bas complementarias pertinentes ya que puede pasar desapercibida. Es de gran importancia diagnosticarla ya que su tratamiento evita posibles complicaciones que podrían poner en riesgo la vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blixenkrone-Møller E, Dannesbo S, Dehn AM, Pihl CA, Sillesen AS, Vøgg ROB, Raja AA, Colan S, Mertens L, Vejstrup N, Bundgaard H, Iversen K. Interatrial Communications: Prevalence and Subtypes in 12,385 Newborns-a Copenhagen Baby Heart Study. *Pediatr Cardiol*. 2024 Jul 13. doi: 10.1007/s00246-024-03571-0. Epub ahead of print. PMID: 39003423.
2. Posch MG, Perrot A, Berger F, Ozcelik C. Molecular genetics of congenital atrial septal defects. *Clin Res Cardiol* 2010; 99:137.
3. Levin AR, Spach MS, Boineau JP, et al. Dinámica de presión-flujo auricular en defectos del tabique auricular (tipo secundum). *Circulation* 1968; 37:476.
4. Rostad H, Sörland S. Atrial septal defect of secundum type in patients under 40 years of age. A review of 481 operated cases. Symptoms, signs, treatment and early results. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg*. 1979;13(2):123-7. doi: 10.3109/14017437909100977. PMID: 472671.
5. John Sutton MG, Tajik AJ, McGoon DC. Defecto del tabique auricular en pacientes de 60 años o más: resultados quirúrgicos y seguimiento posoperatorio a largo plazo. *Circulation* 1981; 64:402.
6. Giardini A, Donti A, Formigari R, et al. Determinantes de la mejoría funcional cardiopulmonar después del cierre transcáteter del defecto del tabique auricular en adultos asintomáticos. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43:1886.
7. Berger F, Vogel M, Kramer A, et al. Incidencia de aleteo/fibrilación auricular en adultos con defecto del tabique auricular antes y después de la cirugía. *Ann Thorac Surg* 1999; 68:75.
8. Heller J, Hagège AA, Besse B, et al. "Crochetage" (muesca) en la onda R en las derivaciones de las extremidades inferiores: un nuevo signo electrocardiográfico independiente de defecto del tabique auricular. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27:877.
9. Vida VL, Berggren H, Brawn WJ, Daenen W, Di Carlo D, Di Donato R, et al. Risk of surgery for congenital heart disease in the adult: a multicentered European study. *Ann Thorac Surg* 2007; 83: 161-8.



CASOS CLÍNICOS

6. SI LA ARRITMIA... NO SIEMPRE ES AMIODARONA

■ Martínez Sepulveda T.¹, Sala Serrano R.², Rodado Delgado C.³, Ibañez Delgado I.⁴, Ortolá Cano H.⁵, Ballesteros Sanchez M.⁶

(1) Residente de MFyC 3º año Centro de salud Valle de la Oliva.

(2) Residente de MFyC 2º año Centro de salud Pozuelo estación.

(3) Médico de Familia especialista Centro de salud Valle de la Oliva.

(4) Residente de MFyC 3º año Centro de salud Cerro del Aire

(5) Residente de MFyC 3º año Centro de salud Aravaca

(6) Residente de MFyC 1º año Centro de salud Valle de la Oliva.

CASO CLÍNICO

Las arritmias supraventriculares son alteraciones en el ritmo del corazón que se originan por encima de los ventrículos, normalmente son asintomáticas, pero en ocasiones pueden generar palpitaciones, disnea, fatiga, mareo e incluso síncope o presíncope.

En la medicina actual muchas veces tratamos de “curar” administrando la pastilla correspondiente sin tener en cuenta que ciertas medidas más conservadoras y menos invasivas pueden ser beneficiosas revirtiendo la situación sin realizar grandes actos heroicos. Muchas veces esta situación puede ser de elección por el paciente.

MOTIVO DE CONSULTA

Se trata de un varón de 72 años que acude al centro de salud por sensación de palpitaciones desde esta mañana, presión centrotorácica que no se irradia, sin disnea, mareo ni giro de objetos ni cortejo vegetativo, afebril, no náuseas ni vómitos. No presenta otra clínica.

Refiere cuadros similares intermitentes de menor intensidad desde hace 1 semana que revirtieron espontáneamente.

ANTECEDENTES PERSONALES

- No RAMc.

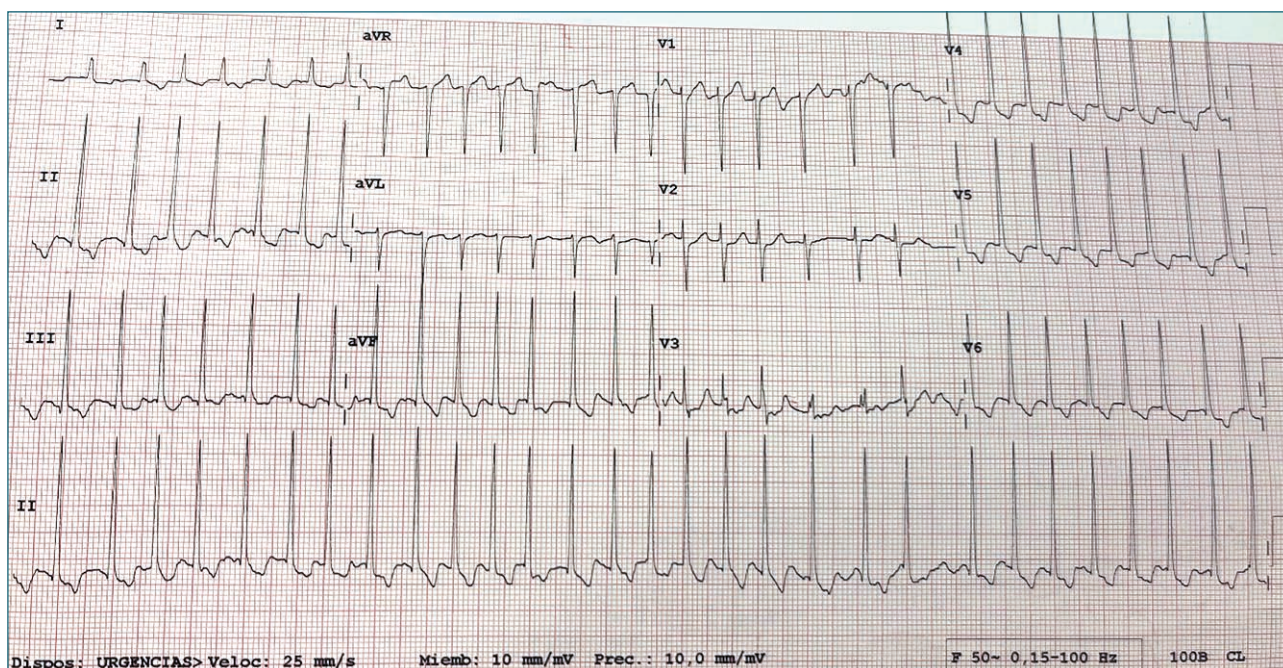


Figura 1. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

- Exfumador desde hace 1 año previamente de 10cig/día desde los 16 años.
- Hipercolesterolemia, no HTA, no DM.
- Refiere estudio por dolor torácico con ergometría, que resultó normal en centro privado.
- Extrasístoles sintomáticas en 2016.
- Tratamiento habitual: Atorvastatina 20mg 0-0-1
- **Situación basal:** IABVD. Profesión médico estomatólogo. Vive en domicilio con su mujer.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Constantes: TA 161/101 mmHg, FC 159 lpm, SatO₂ 96% basal.

Buen estado general. Consciente, orientado y reactivo. Eupneico en reposo sin signos de trabajo respiratorio. Hemodinámicamente estable.

AC: taquicardia arrítmica sin soplos audibles.

AP: MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación. Sin signos de irritación peritoneal.

MMII: Pulsos periféricos presentes y simétricos. Sin edema ni signos de TVP.

Pruebas complementarias

Se realiza un ECG en el que se objetiva taquicardia supraventricular irregular a 160 lpm, eje normal, QRS estrecho (Figura 1).

Al tratarse de un paciente estable hemodinámicamente se intenta realizar maniobra de Valsalva modificada colocando al paciente en semisedestación, posteriormente debe realizar una espiración forzada contra la glotis cerrada (en este caso se utilizó una jeringa de 10 ml) durante 10-15 segundos, por último tumbamos al paciente en decúbito supino elevándole pasivamente las extremidades inferiores 45° durante 15 segundos. Tras realizar dicha maniobra el paciente se encuentra mareado, realizamos nuevo ECG (Figura 2) objetivándose a los 10 minutos ausencia de palpitations y mejoría sintomática. (1)

REVISIÓN

El término taquicardia supraventricular hace referencia literalmente a taquicardia (frecuencia auricular >100 lpm), en cuyo mecanismo están implicados el tejido del haz de His o superior. Tradicionalmente, TSV se ha utilizado para describir todos los tipos de taquicardia salvo la taquicardia ventricular (TV) y la fibrilación auricular (FA). (1)

En la práctica clínica, la TSV puede presentarse como taquicardia de complejo estrecho o ancho, que, en su mayoría, se manifiestan como ritmos regulares. Es más probable que los ritmos rápidos se presenten en

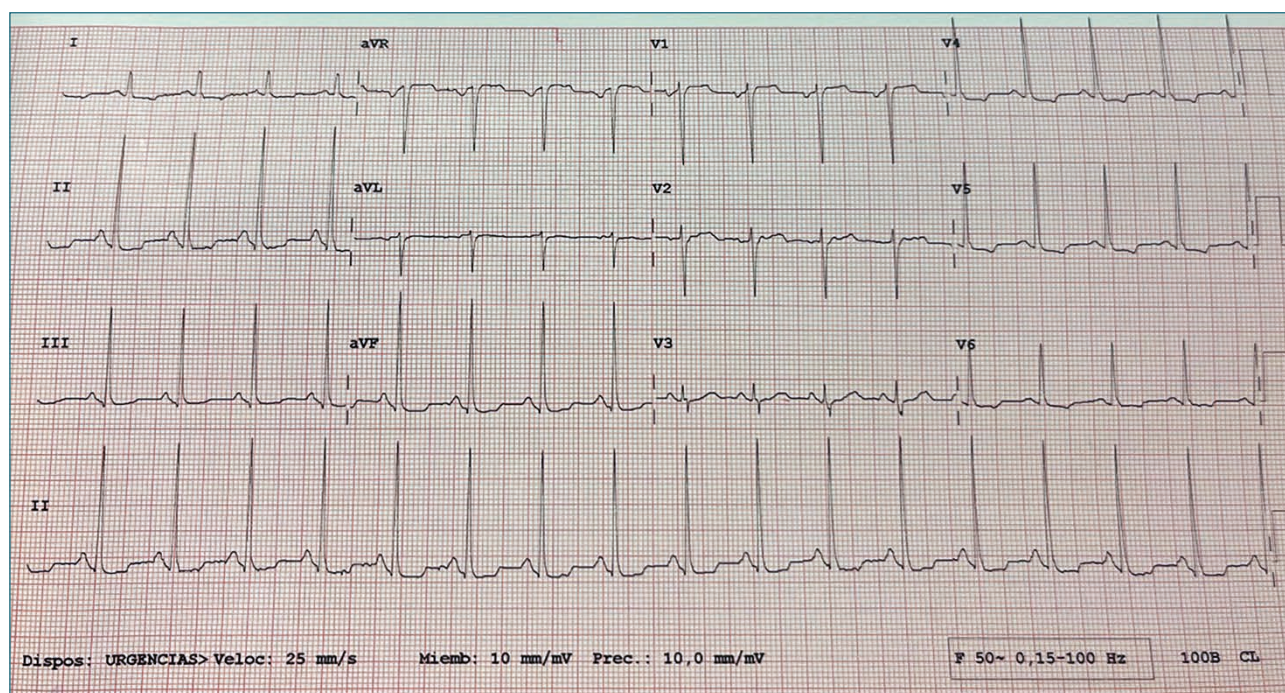


Figura 2. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

pacientes sin antecedentes y de forma aguda que los ritmos menos rápidos.

Los estudios epidemiológicos sobre la población con TSV son escasos. En la población general, la prevalencia de la TSV es de 2,25/1.000 personas. Las mujeres tienen el doble de riesgo de TSV que los varones.

La taquicardia supraventricular paroxística por lo regular no es potencialmente mortal. Si otros trastornos cardíacos están presentes, puede llevar a insuficiencia cardíaca congestiva o angina.

Las maniobras vagales pueden usarse para terminar los episodios de TSV de complejo QRS estrecho. Se ha descrito una efectividad de las maniobras vagales convencionales para terminar la TSV, cuando se realizan correctamente, de entre el 19 y el 54%. Las maniobras vagales incluyen distintas técnicas que se usan para estimular los receptores en las arterias carótidas internas. (2)

La estimulación del nervio vago provoca una respuesta refleja que resulta en la liberación de acetilcolina. Esta sustancia actúa sobre el nodo auriculoventricular (NAV), disminuyendo la conducción del impulso eléctrico y, en consecuencia, reduciendo la frecuencia cardíaca. (1)

Muchas de estas maniobras pueden realizarse de manera sencilla y con un riesgo mínimo, ya sea a pie de cama o en consulta. Además, tienen un doble propósito: pueden emplearse tanto con fines diagnósticos como terapéuticos, especialmente en el manejo de ciertas arritmias cardíacas.

Esta técnica debe evitarse en pacientes con antecedente de accidente isquémico transitorio o ictus y en pacientes con soplos carotídeos.

La disnea transitoria es frecuente con el aumento de la ventilación y es más probable que sea el resultado de la estimulación de las fibras vágales C pulmonares. Puede aparecer rubefacción asociado con la vasodilatación y el aumento de la temperatura de la piel. (3)

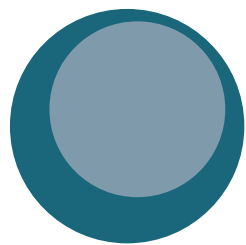
CONCLUSIÓN

Las maniobras vágales son una opción terapéutica eficaz, segura y de fácil aplicación, que deberíamos considerar con mayor frecuencia en la práctica clínica. Sin embargo, a menudo se recurre con más confianza a la medicación antiarrítmica, sin reflexionar sobre los riesgos que esta puede conllevar. Es importante recordar que los fármacos antiarrítmicos no están exentos de efectos secundarios o reacciones adversas, algunas de las cuales pueden comprometer gravemente la salud del paciente. Por ello, antes de optar por un tratamiento farmacológico, es fundamental valorar primero las medidas conservadoras, que en muchos casos pueden ser igualmente efectivas y con menor riesgo.

Hay que tener en cuenta sin embargo que este tipo de maniobras no son para todos y que como todo también entraña sus riesgos, es decir, hay que tener muy claros los criterios que permiten que un paciente se beneficie de dicha maniobra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E, Arribas F, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. Guía ESC 2019 sobre el tratamiento de pacientes con taquicardia supraventricular. Rev Esp Cardiol. 2020;73(8):640.e1-640.e47. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-sobre-el-tratamiento-de-pacien-articulo-S0300893220301421> pág. 8-15.
2. Appelboam A, Reuben A, Mann C, Gagg J, Ewings P, Barton A, Lobban T, Dayer M, Vickery J, Bengner J; REVERT trial collaborators. Postural modification to the standard Valsalva manoeuvre for emergency treatment of supraventricular tachycardias (REVERT): a randomised controlled trial. Lancet. 2015 Oct 31;386(10005):1747-53. doi: 10.1016/S0140-6736(15)61485-4. Epub 2015 Aug 24. PMID: 26314489.
3. Belmonte Garrido M, Villarta Martínez y. O. 347/438 - MANIOBRA DE VALSALVA MODIFICADA EN EMBARAZADA CON TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR (TPSV) [Internet]. Elsevier.es. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-congresos-40-congreso-nacional-semergen-96-sesion-urgencias-emergencias-5130-comunicacion-maniobra-de-valsalva-modificada-en-60358-pdf>



CASOS CLÍNICOS

7. INMUNOTERAPIA Y CORAZÓN: DERRAME PERICÁRDICO ASOCIADO AL USO DE PEMBROLIZUMAB

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

INTRODUCCIÓN

Pembrolizumab es un agente de inmunoterapia usado en el tratamiento y manejo de varios tumores. Diversos cánceres como el melanoma, pulmón, riñón y mama entre otros pueden presentar una elevada expresión de PD1-Ligando que se unen al receptor PD1 de los linfocitos cuya función es inducir la apoptosis de los linfocitos T y por tanto frena la respuesta inmune de las células T constituyendo un mecanismo de evasión inmunológica por parte de las células tumorales. Pembrolizumab bloquea la formación de estos complejos PD-1 receptor-PD-1 ligando, favoreciendo la respuesta inmunitaria antitumoral¹. Los efectos secundarios más frecuentes en paciente en tratamiento con pembrolizumab son la fatiga, el prurito, diarrea, disminución del apetito, rash, disnea, estreñimiento y náuseas. A estos efectos secundarios se añaden los efectos adversos inmunorelacionados (EAir), como neumonitis colitis, hepatitis o nefritis². El desarrollo de un taponamiento pericárdico es un efecto adverso raro por pembrolizumab y está escasamente documentando en la literatura médica²⁻⁴. Presentamos el caso de un paciente con adenocarcinoma de pulmón que desarrolló un taponamiento pericárdico en tratamiento con pembrolizumab.

CASO CLÍNICO

Varón de 56 años con antecedente personal de tabaquismo, habiendo consumido un paquete de cigarrillos al día durante más de 20 años, hábito que suspendió hace dos décadas. En los antecedentes familiares se reportan dos hermanas diagnosticadas con cáncer de mama a los 55 años, un hermano y su padre fallecidos por cáncer de esófago (ambos con antecedentes de tabaquismo y consumo de alcohol) y dos primas maternas diagnosticadas con cáncer de mama antes de los 40 años.

El paciente acudió a consulta por tos seca de dos meses de evolución tras un cuadro respiratorio agudo tratado con azitromicina y broncodilatadores, con cier-

ta mejoría inicial. Ante la persistencia de los síntomas, se realizó una radiografía de tórax que evidenció una masa en el vértice pulmonar derecho (Figura 1A) por lo que fue remitido a neumología por sospecha de malignidad. Una TAC torácica con contraste mostró una masa pulmonar sólida de 44 × 40 × 40 mm, con contornos espiculados, atenuación de vidrio deslustrado perilesional, tractos fibrosos, amputación de los bronquios y bronquiolos segmentarios del lóbulo superior derecho, adenopatías hiliares derechas de 2 cm y mediastínicas bilaterales de 2,3 cm. Se realizó broncoscopia y punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la masa pulmonar y de una adenopatía supraclavicular derecha, cuya citología resultó positiva para células malignas compatibles con carcinoma de células no pequeñas, sugestivo de adenocarcinoma. El estudio de extensión mediante PET-TAC confirmó una masa pulmonar en el vértice derecho, micronódulos en el lóbulo superior izquierdo y adenopatías supra e infradiafragmáticas, mientras que la resonancia magnética cerebral evidenció lesiones supra e infratentoriales bilaterales menores de 10 mm, sin componente hemorrágico, compatibles con metástasis (Figura 1B). El estudio genético fue negativo para mutaciones relacionadas con cáncer familiar. Con estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar del lóbulo superior derecho, de 4-5 cm, estadificado como T2B N3 M1-c (por adenopatías supraclaviculares, infradiafragmáticas, micronódulos pulmonares contralaterales y metástasis cerebrales), estadio IVB. Los estudios moleculares reportaron PD-L1 60 %, EGFR negativo, ALK negativo, ROS1 negativo, MET (exón negativo), RET negativo y NTRK (1, 2 y 3) negativo.

Se inició tratamiento consensuado por el Comité de Tumores con dexametasona, sulfametoxazol/trimetoprima, ácido fólico y pembrolizumab de dispensación hospitalaria.

A los dos meses de iniciado el tratamiento, la masa pulmonar se había reducido por completo y las metástasis cerebrales habían desaparecido (Figura 2A, B). Sin embargo, a los tres meses, el paciente presentó disnea y dolor torácico por lo que acude al servicio

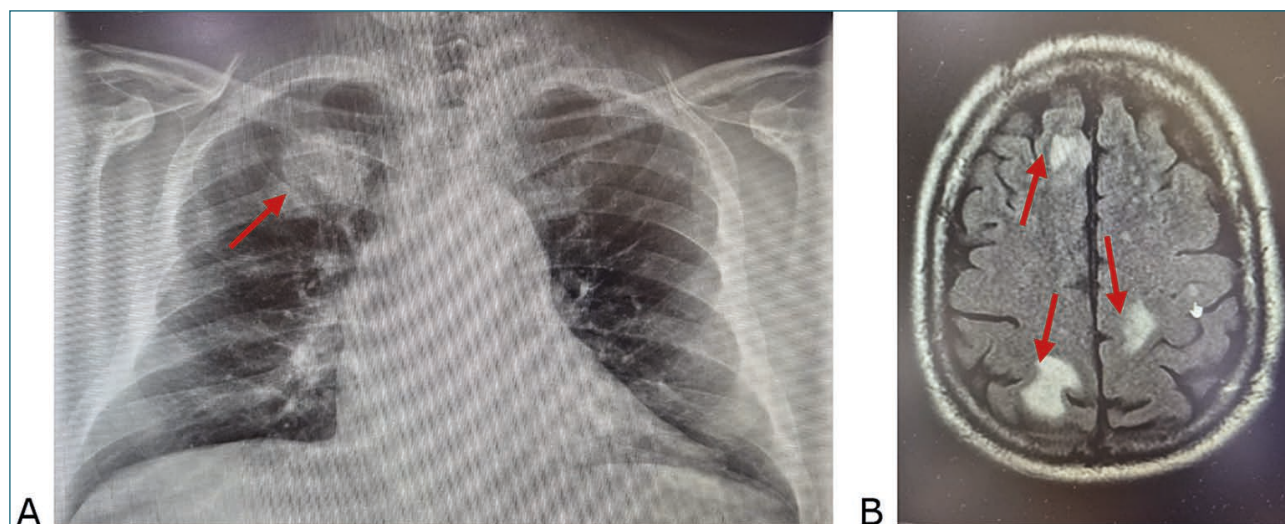
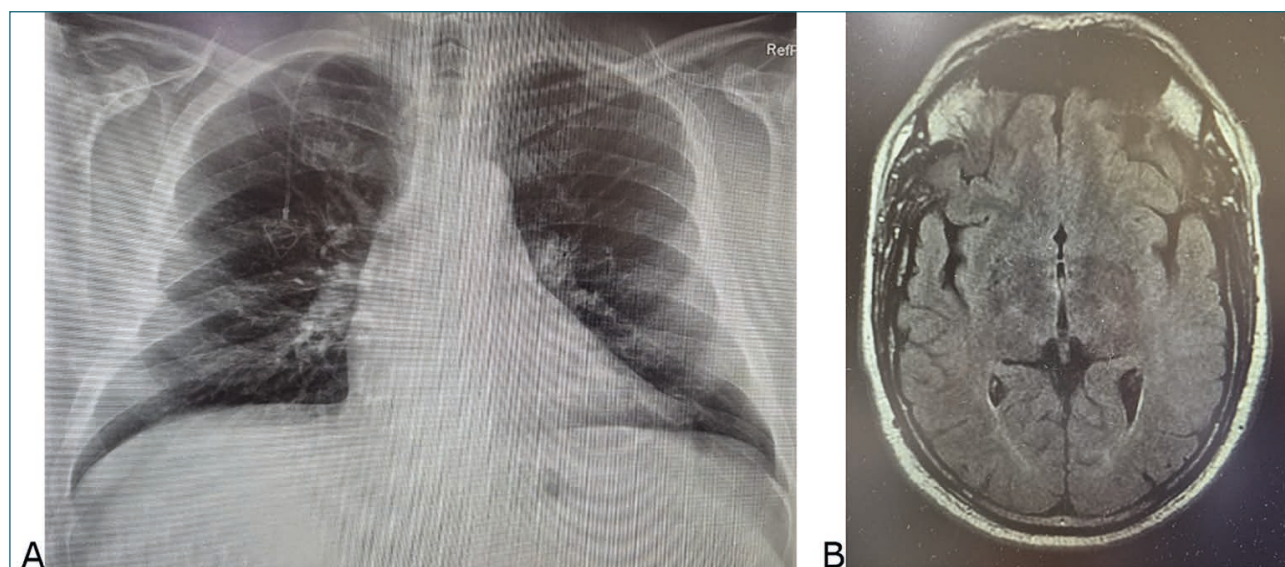


Figura 1. Imágenes captadas al momento del diagnóstico. A) Radiografía pulmonar frontal una masa pulmonar en el vértice del pulmón derecho. B) Corte axial de resonancia magnética cerebral donde se observan lesiones compatibles con metástasis.



Figuras 2 A y B. Imágenes captadas a los 2 meses de iniciar el tratamiento con pembrolizumab donde se objetiva la resolución de las lesiones pulmonares y cerebrales. *(Fotografías obtenidas con consentimiento del paciente).*

de urgencias donde se objetiva hipoxemia, un electrocardiograma con taquicardia sinusal e intervalos QRS de bajo voltaje (Figura 3) y la ecocardiografía evidenció un derrame pericárdico que colapsaba la aurícula derecha y parte del ventrículo derecho siendo diagnosticado de derrame pericárdico severo con taponamiento cardíaco. Fue ingresado en la UCI, donde se realizó el drenaje de casi 2 litros de líquido pericárdico. La citología del líquido confirmó la presencia de células malignas. Tras la recuperación y dos meses adicionales de tratamiento, el paciente se encontraba asintomático y no presentó recurrencia de lesiones pulmonares ni cerebrales. No se han registrado nuevos episodios de derrame pericárdico

y se decidió continuar el tratamiento con pembrolizumab dada su efectividad frente al cáncer, a pesar del evento adverso presentado.

DISCUSIÓN

La inmunoterapia ha permitido mejorar el pronóstico en pacientes con neoplasia maligna avanzada y metastásica, aumentando el periodo libre de enfermedad como ha ocurrido en el caso de nuestro paciente. Además, en el caso del pembrolizumab tiene la indicación aprobada en monoterapia como tratamiento

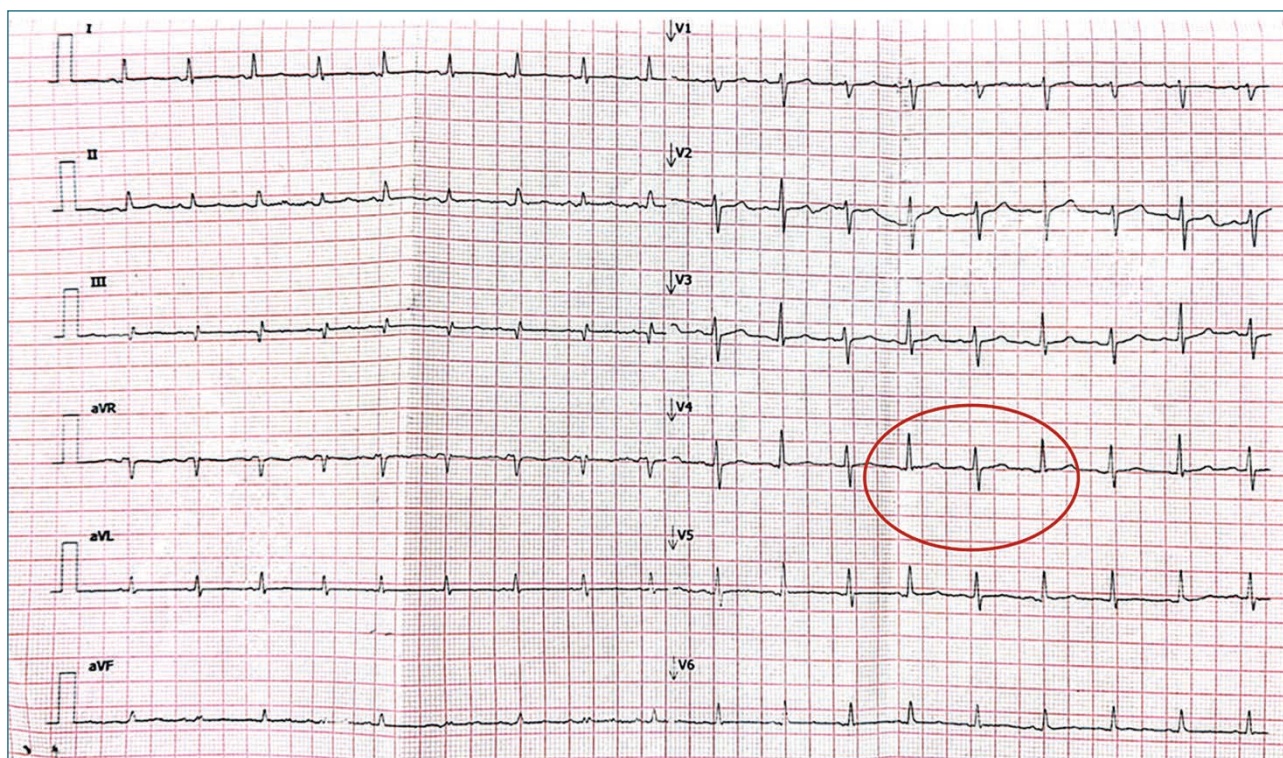


Figura 3. Electrocardiograma de 12 derivaciones que muestra taquicardia sinusal de 115 lpm, complejos QRS de bajo voltaje y alternancia eléctrica.

(Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

de primera línea del cáncer de pulmón no microcítico metastásico en adultos cuyos tumores expresen PD-L1 con una proporción de marcador tumoral $\geq 50\%$ sin mutaciones tumorales positivas de EGFR o ALK^{5,6}. La presencia de derrame pericárdico asociado a taponamiento cardíaco es un efecto secundario escasamente descrito en la revisión de la literatura secundario a inmunoterapia anti-PD-1 (Pembrolizumab o nivolumab). En una serie de 31 casos estudiados se encontró que el debut del derrame pericárdico fue tras una media de 4 ciclos de inmunoterapia, con un rango entre 1 a 12 meses desde el inicio de la terapia, y en un 68% de los casos fue necesario realizar una pericardiocentesis evacuadora.

Por otro lado, a veces es difícil diagnosticar por citología del líquido pericárdico, la presencia de células malignas lo que nos permitiría distinguir si se trata de una progresión de la enfermedad oncológica o es un efecto adverso inmunorelacionados (EAir). El EAir debe ser un diagnóstico de exclusión, es decir debe haber una relación temporal entre el inicio del agente y el debut de los síntomas, debe descartarse otras causas (neoplásicas, infecciosas) y una vez sus-

pendido la inmunoterapia se produzca la resolución del efecto adverso.

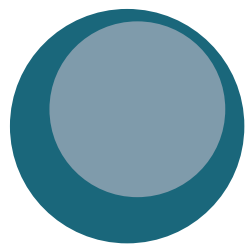
En las series de casos estudiadas, un 38% de los pacientes reanudaron el tratamiento de inmunoterapia y de ellos la mitad tuvieron recurrencia del derrame pericárdico. En la práctica clínica la inmunoterapia anti-PD-1 podría reiniciarse bajo monitorización estrecha si el efecto antitumoral es notable en otras localizaciones, como fue nuestro paciente donde las metástasis cerebrales y el tumor principal han desaparecido.

A fecha actual desconocemos el mecanismo fisiopatológico que subyace en el desarrollo de derrame pericárdico en pacientes que están en tratamiento con Pembrolizumab y porque es un efecto secundario tardío tras meses de tratamiento de inmunoterapia.

Este caso destaca la importancia de la vigilancia estrecha en pacientes tratados con pembrolizumab, ya que puede causar efectos adversos raros como el derrame pericárdico. En Atención Primaria, es crucial identificar síntomas precoces, coordinar con especialistas y educar al paciente sobre posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salmaninejad A, Valilou SF, Shabgah AG, Aslani S, Alimardani M, Pasdar A, Sahebkar A. PD-1/PD-L1 pathway: Basic biology and role in cancer immunotherapy. *J Cell Physiol.* 2019; 234 (10): 16824-16837. doi: 10.1002/jcp.28358. PMID: 30784085.
2. Uczkowski D, Ashraf H, Sekhri A, Samad A. Pembrolizumab induced pericardial tamponade: A case report. *Clin Case Rep.* 2023; 11(5):e7298. doi: 10.1002/ccr3.7298. PMID: 37143451.
3. Mudra SE, Rayes DL, Agrawal A, Kumar AK, Li JZ, Njus M, et al. Immune checkpoint inhibitors and pericardial disease: a systematic review. *Cardio-oncology.* 2024;10 (1):29. doi: 10.1186/s40959-024-00234-0. PMID: 38760863.
4. Harada K, Ogasawara M, Shido A, Meno A, Oda S, Yoshida S, et al. Pericardial tamponade during pembrolizumab treatment in a patient with advanced lung adenocarcinoma: A case report and review of the literature. *Thorac Cancer.* 2020 ;11 (5): 1350-1353. doi: 10.1111/1759-7714.13399. PMID: 32181993.
5. Informe de Posicionamiento Terapéutico de pembrolizumab (Keytruda®) en el tratamiento de cáncer de pulmón no microcítico en primera línea [Internet]. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2018. Informe No.: IPT, 58/2018. V1. Fecha de publicación: 8 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT-pembrolizumab-Keytruda-cancer-pulmon-PL.pdf>. Consultado el 17 de enero de 2025.
6. Neal JW. Initial systemic therapy for advanced non-small cell lung cancer lacking a driver mutation [Internet]. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2024. Revisión de literatura actualizada hasta diciembre de 2024. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvscsm.a17.csinet.es/contents/initial-systemic-therapy-for-advanced-non-small-cell-lung-cancer-lacking-a-driver-mutation?search=pembrolizumab&source=search_result&selectedTitle=5%7E150&usage_type=default&display_rank=4. Consultado el 17 de enero de 2025".



CASOS CLÍNICOS

8. CARCINOMA BASOCELULAR PIGMENTADO, SIMULADOR DEL MELANOMA MALIGNO. A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

■ Coloma Seguí C.¹, Fernández Gamo N.², García Vila S.², Carlos Olguin B.³

⁽¹⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alameda de Osuna. Madrid.

⁽²⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alpes. Madrid.

⁽³⁾ Enfermero Urgencias y emergencias. Hospital Sant Joan de Reus. Tarragona.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor cutáneo más frecuente en nuestro medio. Su incidencia se ha estimado en aproximadamente 250 tumores/100.000 personas-año¹, y supone el 60% de los cánceres de piel. Su aparición aumenta con la edad y con una distribución superior en el género masculino 2:1. Se origina en células basales de la epidermis y folículos pilosos. Suele ser de lento crecimiento, raramente ocasiona metástasis, pero tiene alto poder invasivo y destructivo local. Su principal causa es la radiación acumulada a lo largo de la vida por tanto su distribución es en las zonas fotoexpuestas² el 80% aparecen en la cara y en la cabeza. También pueden influir factores genéticos (hereditarios y fototipo I, II) y la inmunodepresión (pacientes con trasplantes de órganos sólidos y virus de inmunodeficiencia humana)³.

Hay varios tipos de CBC: nodular, superficial y morfeiforme. Los dos primeros pueden presentarse con pigmentación. Los CBC pigmentados tienen una incidencia baja, entorno del 6% y existen escasos reportes en la literatura. El CBC pigmentado presenta características típicas compatibles con el melanoma maligno de grave implicación pronóstica. Es por esto por lo que exponemos el siguiente caso clínico y analizaremos su diagnóstico diferencial, diagnóstico y tratamiento.

REVISIÓN Y MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Se han seguido los protocolos del centro de salud sobre la publicación de datos de pacientes, y se cuenta con el consentimiento oral del paciente para su publicación.

Varón de 60 años, sin antecedentes de interés, acude por lesión cutánea localizada en escápula derecha, de

crecimiento progresivo, prurito ocasional y de unos 2 meses de evolución. En la exploración física se observa lesión nodular pigmentada de 1,8 cm., de diámetro, con bordes irregulares mal delimitados y consistencia firme a la palpación (Figura 1). Se realiza dermatoscopia de alta calidad, apreciando lesión de 1.3x1,7 mm heterogénea, con asimetría, nidos ovoides azul-grisáceos, teleangiectasias confluentes, estructuras en hoja de arce, velo blanco-azulado, patrón globular y patrón de regresión. No se aprecia patrón reticular (Figura 2).

Ante sospecha de malignidad, se derivó a dermatología urgente, se realizó exéresis completa de la lesión y la biopsia mostró diagnóstico de CBC nodular pigmentado.

Menzies *et al.*, proponen como diagnóstico del CBC la dermatoscopia junto con la exploración clínica. En ella tenemos que presentar una lesión sin retículo pigmentado y la detección de una o más de las siguientes estructuras clásicas: nidos ovoides azul-gris, estructuras en hoja de arce, estructuras en rueda de carro, ulceración y telangiectasias arbo-



Figura 1. Lesión macroscópica nodular pigmentada con bordes irregulares y mal delimitados. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

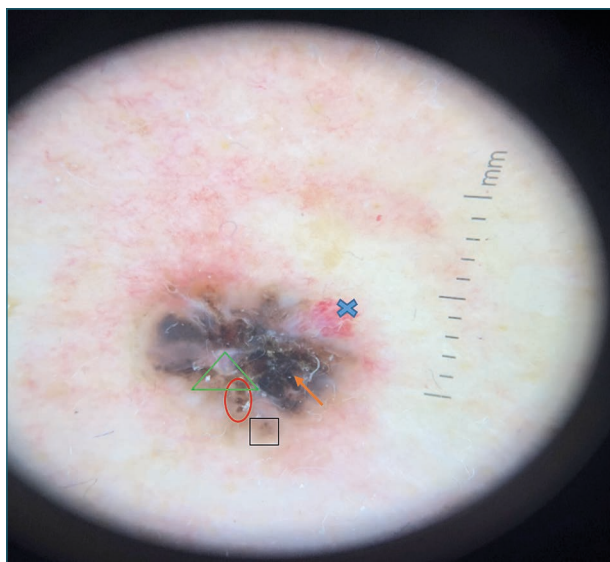


Figura 2. Lesión vista por dermatoscopia. Flecha naranja: nidos ovoides azul-grisáceos. Cuadrado negro: estructura en hoja de arce. Cruz azul: vasos polimorfos. Círculo rojo: estructuras globulares. Triangulo verde: velo azul-blancuecino.
(Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

riformes. Este modelo mostró una sensibilidad del 97% para el CBC pigmentado, así como una especificidad del 93% frente al melanoma (MM) y del

92% respecto a lesiones pigmentadas benignas⁴. Actualmente estas características se separan en estructuras pigmentadas, estructuras vasculares y un tercer grupo de estructuras no pigmentadas y no vasculares⁵.

El diagnóstico diferencial del CBC pigmentado son principalmente las queratosis seborreicas, los nevus y el melanoma maligno, para ello la dermatoscopia es el arma principal de detección. Su sensibilidad y especificidad es superior para los CBC pigmentados que los no pigmentados⁶.

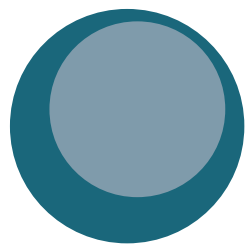
El diagnóstico final siempre es histopatológico y el tratamiento es la exéresis completa de la lesión.

CONCLUSIONES

La dermatoscopia es una técnica esencial en atención primaria, útil y no invasiva que ha demostrado mejorar su detección y precisión diagnóstica tanto en el carcinoma basocelular (CBC) superficial, no superficial como en las lesiones melanocíticas, en nuestro caso el CBC pigmentado. Además, es fundamental para variantes neoplásicas cutáneas agresivas con mayor riesgo de recurrencia y lesiones que precisan de rapidez diagnóstico por su importante pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bielsa, X., Soria, M., Esteve, C., Ferrándiz, C., & Skin Cancer Study Group of Barcelonès Nord. (2009). Population-based incidence of basal cell carcinoma in a Spanish Mediterranean area. *British Journal of Dermatology*, 161(6), 1341-1346. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09468.x>
2. Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, et al. Exposición a la luz solar, factores pigmentarios y riesgo de cáncer de piel no melanocítico. I. Carcinoma de células basales. *Arch Dermatol* 1995; 131:157.
3. Silverberg MJ, Leyden W, Warton EM, et al. Estado de infección por VIH, inmunodeficiencia e incidencia de cáncer de piel no melanoma. *J Natl Cancer Inst* 2013; 105:350.
4. Menzies, S. W., Westerhoff, K., Rabinovitz, H., Kopf, A. W., McCarthy, W. H., & Katz, B. (2000). Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Archives of Dermatology*, 136(8), 1012-1016. <https://doi.org/10.1001/archderm.136.8.1012>
5. A. Wozniak-Rito, I. Zalaudek, L. Rudnicka. Dermoscopy of basal cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol.*, 43 (2018), pp. 241-247.
6. Reiter O, Mimouni I, Gdalevich M, et al. La precisión diagnóstica de la dermatoscopia para el carcinoma de células basales: una revisión sistemática y un metanálisis. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80:1380.



CASOS CLÍNICOS

9. DOCTOR TENGO UN BULTO, ¿ES GRAVE?

■ Faílde Porras, M.¹, Medina Rodríguez, J.², Saiz Sardón, A.³

⁽¹⁾ Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Francia. Fuenlabrada Madrid.

⁽²⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Francia. Fuenlabrada Madrid.

⁽³⁾ Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Francia. Fuenlabrada Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las adenopatías cervicales son un motivo frecuente de consulta en atención primaria, en su mayoría concomitantes a un proceso infeccioso. Sin embargo, no podemos olvidar otras causas etiológicas de mayor gravedad que requieren un buen diagnóstico diferencial por nuestra parte.

La edad, el tamaño y características de la adenopatía o el contexto clínico en el que se presenten determinarán el curso a seguir en nuestro estudio. Una buena anamnesis y exploración física son fundamentales para el diagnóstico diferencial.

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Varón de 66 años fumador de 20 cig/día y consumidor moderado de alcohol hasta 2021, con antecedentes de accidente cerebrovascular y miocardiopatía por estrés reciente, que acude al centro de salud por tumefacción cervical derecha dolorosa y caliente. Refiere que en un principio aparecía por las noches, pero en el momento actual es continuo. Asocia sensación disérmica con empeoramiento en las últimas 48 horas. Niega síndrome constitucional, clínica catarral, ni otra sintomatología. Pendiente de cita en hospital privado con Otorrinolaringología por molestias a la deglución.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Hemodinámicamente estable. Auscultación cardiopulmonar normal, tumefacción dura, caliente, eritematosa en cara lateral cervical inframandibular 8x5cm, ORL: Úlceras a nivel de pilares amigdalinos posteriores con aparente erosión de pilar anterior. No trismus. No edema de úvula.

Ante sospecha de malignidad se deriva a urgencias hospitalarias para completar estudio.

En analítica de sangre de urgencias destaca discreta leucocitosis con PCR elevada, resto sin alteraciones. Ante estos hallazgos, se solicita valoración por ORL, quienes objetivan en la exploración física una lesión ulcerada dependiente de amígdala derecha y que desestructura pilar anterior derecho, con afectación de pilar posterior y aparente afectación de lecho amigdalar. A nivel cervical, describen tumoración laterocervical derecha en área II-II de aproximadamente 6 cm indurada adherida a planos profundos. Se realiza biopsia de lesión de orofaringe y se solicita PAAF de tumoración cervical con resultado anatomopatológico de carcinoma escamoso bien diferenciado, y TAC cervical (Figura 1 y 2) preferente con diagnóstico final de neoplasia de amígdala derecha que se correspondería con un estadio T4a/N3b. Con estos resultados se deriva a comité oncológico para decidir manejo terapéutico.

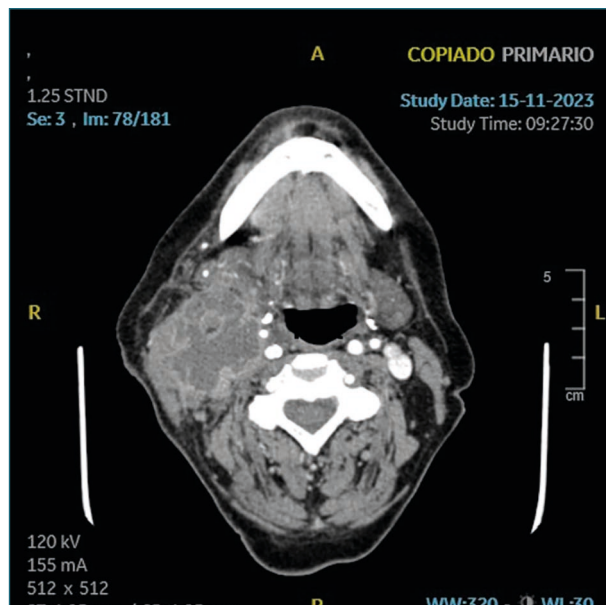


Figura 1. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

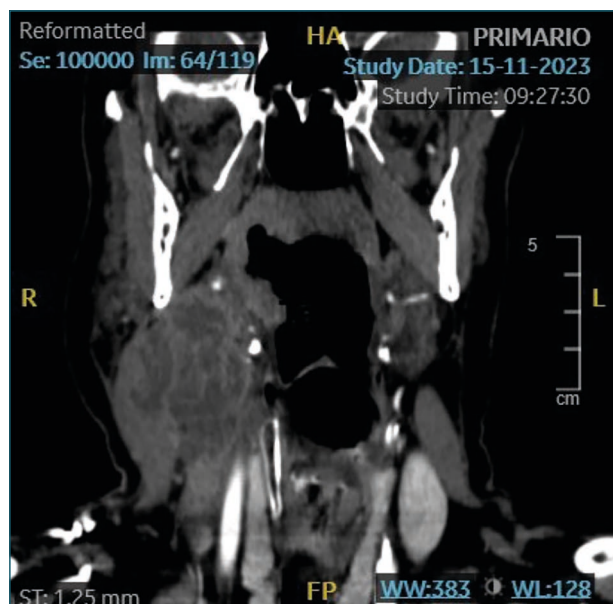


Figura 2. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

REVISIÓN

Se define adenopatía cervical al aumento patológico del tamaño de un ganglio, cambiando su consistencia a una indurada, en ocasiones fija a un plano o dolorosa a la palpación; ya sea de forma reactiva a una infección o a un proceso inflamatorio o por causa tumoral⁽¹⁾. La región cervical agrupa más del

50% de los ganglios del organismo, siendo una de las manifestaciones más frecuentes de la patología otorrinolaringológica⁽²⁾.

Las tumoraciones cervicales, en su mayoría adenopatías, son un motivo de consulta altamente frecuente en atención primaria. Dada su posible etiología maligna, fundamentalmente en mayores de 40 años, es imperativo realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial, basado fundamentalmente en una buena anamnesis y exploración física⁽²⁾.

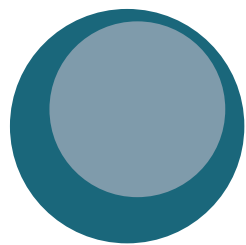
En aquellos casos con sospecha de patología tumoral como presentar uno más ganglios de diámetro mayor o igual a 1cm sin causa previa conocida; ganglios más pequeños, pero en número elevado; o consistencia pétrea, adhesión a planos profundos, indolores o localizaciones poco comunes; precisan ampliación de estudio confirmándose el diagnóstico con prueba de imagen y anatomía patológica⁽³⁾.

No existe tratamiento específico para las adenopatías, ya que este está determinado por la causa etiológica⁽⁴⁾.

Por todo lo expuesto anteriormente se considera un tema de importancia significativa, no solo por su elevada prevalencia en la consulta, sino por el amplio espectro que engloba de diagnósticos diferenciales, existiendo una delgada línea entre benignidad y malignidad. Una buena anamnesis y exploración nos pueden facilitar los datos necesarios para realizar un primer enfoque etiológico, evitando la dilatación en el tiempo de diagnóstico en los casos con mayor riesgo tumoral aumentado no solo la supervivencia sino las opciones terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo, Dan L. Linfadenopatía y esplenomegalia. En: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. editors. *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 21e. Madrid: McGraw-Hill Education; 2022.
2. La Croix, C; Mirghani, H; Villeneuve, A. Adenopatías cervicales del adulto, EMC - Otorrinolaringología. 2021; 50(1):1-11.
3. Sánchez Martín, E; Antolín Barrios, E; Arribas Arribas, P. Un paciente con adenopatías cervicales, Med. Integral. 2000; 36(2):53-57.
4. Raluy Domínguez, J; Meleiro Rodríguez, L. Adenopatías, AMF. 2011; 7(4):21822



CASOS CLÍNICOS

10. APROXIMACIÓN AL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO EN RELACIÓN A UNA ANALÍTICA

■ Silván Domínguez M.¹, Salcedo Guerrero A.B.², David Iglesias C.³, Carpio Guayamo G.J.^{4, 5}

⁽¹⁾ Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Gerindote, Torrijos, Toledo.

⁽²⁾ Tutora de residentes. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Gerindote, Torrijos, Toledo.

⁽³⁾ Tutora de residentes. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rielves/Barcience, Torrijos, Toledo.

⁽⁴⁾ Residente de Primer año en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rielves/Barcience, Torrijos, Toledo.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuentemente diagnosticada en el mundo. En España es el segundo tumor más diagnosticado entre ambos sexos, tras el colorrectal, ocupando el primer puesto de incidencia en mujeres₂ (1).

Aunque la mayoría de los casos de cáncer de mama diagnosticados son esporádicos (70-75%), entre un 15-20% están relacionados con agregaciones familiares genéticamente inespecíficas, siendo únicamente hereditarios el 5-10% de los casos. Entre las mutaciones genéticas identificadas, destacan las asociadas a los genes BRCA1 y BRCA2, que aumentan también el riesgo de cáncer de ovario, trompa de Falopio o peritoneal primario (2).

Para la aproximación diagnóstica disponemos de los siguientes signos y síntomas:

- Lesión en mama única, indurada, irregular y fija a piel o pared torácica.
- Adenopatía axilar.
- Piel de la zona mamaria con: nódulos, vasos sanguíneos engrosados, dolor y/o secreción sanguinolenta por el pezón, endurecimiento de la piel de aspecto difuso, piel de naranja, área enrojecida y con calor local.
- Afectación metastásica con localización más frecuente en: hueso (dolor en zona de la columna o pierna), hígado (molestias abdominales, náuseas y/o ictericia) y pulmón (disnea o tos).

El diagnóstico diferencial principal consiste en cambios fibroquísticos (fibroadenomas), infecciones mamarias y galactocele.

También disponemos de un cribado mediante mamografía ya que continúa siendo el método de ima-

gen de elección, existiendo un acuerdo general en que el cribado reduce la mortalidad por cáncer de mama, aunque no la mortalidad global. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), en base a la evidencia científica disponible, recomienda la realización de este cribado a mujeres de 50 a 69 años con riesgo medio (2).

El diagnóstico definitivo de este tipo de cáncer es histológico. Por consiguiente, es recomendable realizar un estudio de extensión al paciente, para valorar enfermedad en otras localizaciones.

Actualmente, el cáncer de mama metastásico es una enfermedad incurable con una gran variedad de tratamientos disponibles: cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia, inmunoterapia, terapias diana, etc. La elección del tratamiento estará determinada por múltiples factores que incluyen el subtipo, la terapia previa, la toxicidad, el estado funcional, la comorbilidad y la preferencia del paciente (3). La finalidad del tratamiento es el aumento de la supervivencia, la mejoría de la calidad de vida y el control de los síntomas según donde se localicen las metástasis (4).

CASO CLÍNICO

Paciente de otro cupo valorada durante un acúmulo para ver resultados de analítica: Mujer de 43 años fumadora de 8 cigarrillos/día y síndrome ansioso-depresivo desde hace 6 meses en contexto de cuidadora principal por situación familiar compleja en tratamiento con antidepresivos (mirtazapina 15 mg/ 24 horas, pregabalina 25 mg/ 24 horas y paroxetina 20 mg/ 24 horas). Sus antecedentes familiares son: tía materna con linfoma y prima hermana materna con cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años. La paciente refiere desde hace 6 meses cuadro de astenia progresiva y pérdida de peso, intensificada en los

últimos 3 meses con clínica de plenitus postprandial y pérdida de 8 kg de peso. En un primer momento se asociaron estos síntomas al cuadro ansioso-depresivo pero ante la persistencia y progresión, se realiza analítica completa con los siguientes resultados: creatinina 0.54 mg/dL, glucosa 77 mg/dl, colesterol LDL 94 mg/dL, triglicéridos 100 mg/dL, GPT/ALT 104 U/L, GGT 137 U/L, TSH 0.99 ng/dL, leucocitos $10.3 \times 10^9/L$, hematíes $2.82 \times 10^{12} L$, hemoglobina 9.6 gr/dl, MCV 101 fl, MCH 34.1 pg, ADE 19.8 %, recuento de plaquetas $55 \times 10^9/L$, reticulocitos 131694.0/L, hierro 181.9 g/dL, transferrina 253 mg/dL, saturación de transferrina 56.6%, ferritina 3910 ng/mL. Comentario hemograma: marcada anisopoiquilocitosis con presencia de punteado basófilo, Cuerpos de Hawell - Jolly (CH). No se observan esquistocitos ni esferocitos. Serie blanca: fórmula confirmada sin células inmaduras ni atípicas, algunos PMN con hipersegmentación. Serie plaquetar: trombopenia confirmada. Última analítica con resultado normal en 2021.

Ante los resultados se interroga a la paciente por hábitos alimenticios y comenta hiporexia que relaciona con el estrés actual. Actualmente apenas acude al gimnasio por las tareas de cuidadora principal familiar. Niega alteración del ritmo intestinal. No ha presentado ningún sangrado. La exploración física por sistemas es anodina. Ante la marcada bicitopenia se comenta caso vía telefónica con hematología y su respuesta es correlacionar con la clínica de la paciente. Se decide derivación a urgencias para estudio de cuadro constitucional con bicitopenia. Tras ingreso hospitalario durante 2 semanas se plantea alta tras realizar numerosas pruebas de imagen complementarias con lesiones a diferentes niveles que en su conjunto no orientan a la causa del cuadro, por lo que se amplían pruebas de manera dirigida y se interconsulta con los servicios correspondientes (otorrinolaringología, ginecología, urología, hematología, digestivo y endocrinología). Se decide seguimiento ambulatorio a la espera de los resultados de anatomía patológica por la estabilidad hemodinámica, así como cifras estables de anemia y plaquetopenia. Finalmente, el estudio completo revela el diagnóstico de cáncer lobulillar de estirpe luminal HER2 negativo de mama derecha con afectación ganglionar e infiltración de medular. Como hallazgo casual Quantiferon positivo por lo que se decide iniciar tratamiento con inmunoterapia, hormonoterapia, ooforectomía y estudio genético, evitando por el momento quimioterapia.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en la mujer española. Se calcula que 1 de cada 8 mu-

jer españolas tendrá un cáncer de mama en algún momento de su vida. (1).

Algunos factores aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama, entre ellos: el envejecimiento, la obesidad, el consumo nocivo de alcohol, los antecedentes familiares de cáncer de mama, el historial de exposición a radiación, el historial reproductivo, el consumo de tabaco y el tratamiento hormonal posterior a la menopausia. Alrededor de la mitad de los casos de cáncer de mama corresponden a mujeres sin ningún factor de riesgo identificable, a excepción del género (mujer) y la edad (más de 40 años) (5).

El 5% de las mujeres presentan metástasis en el momento diagnóstico y la media de edad de diagnóstico del cáncer de mama metastásico es de 56 años (3).

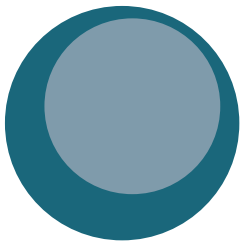
En nuestro caso, la paciente presenta como factores de riesgo asociados ser fumadora y mayor de 40 años. En cambio, los antecedentes familiares oncológicos son de 3º grado por lo que, no indican iniciar precozmente el cribado de cáncer de mama que se relaciona con familiares de 1º grado. En nuestra contra, por la baja probabilidad, el hecho de pensar en el inicio de un cáncer de mama metastásico a los 43 años y la localización en médula ósea. Pero, ante la marcada bicitopenia y los síntomas constituciones progresivos, se decide seguir con el estudio de forma urgente.

La función de los protocolos es guiar y regular determinadas acciones para evitar incidencias y facilitar respeto, integración y comunicación. Sin embargo, es interesante considerar que la medicina no consiste solamente en seguir protocolos y esperar los signos y síntomas clásicos para iniciar un estudio de una paciente con síntomas constitucionales. El agotamiento laboral, el conformismo y la inercia terapéutica puede hacernos pensar, sin mayor diagnóstico diferencial, que estos síntomas se debían a la depresión diagnosticada.

En definitiva, lo que se pretende mostrar con este caso clínico es que debemos pararnos en aquellos pacientes que vemos que no mejoran a pesar de tratamiento ajustado ya que, pueden ser la excepción o pertenecer a ese pequeño porcentaje de una enfermedad más grave que no ha dado la cara. De ahí, la importancia del estudio de forma transversal conociendo las diferentes esferas que pueden estar afectando al paciente (trabajo, familia, económico, etc) y longitudinal para ver la progresión de los síntomas y signos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sistema. Cancer de mama - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Seom.org. 2023 [citado el 6 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama>
2. Guía clínica de Cáncer de mama - Fistera [Internet]. Fistera.com. [citado el 6 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/cancer-mama/>
3. AECMM [Internet]. Cancermamametastasio.es. [citado el 6 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.cancermamametastasio.es/>
4. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 6 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-approach-to-metastatic-breast-cancer?search=cancer%20de%20mama&source=search_result&selectedTitle=4%7E150&usage_type=default&display_rank=4
5. Cáncer de mama [Internet]. Who.int. [citado el 6 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>



11. REINFECCIÓN SIFILÍTICA. PRESENTACIÓN ATÍPICA

■ García Pérez I.¹, Rubio Benito E.², González Godoy M.².

⁽¹⁾ Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Francia Fuenlabrada. Madrid.

⁽²⁾ Médico adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Francia Fuenlabrada. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*¹. La importancia de esta patología radica en el aumento de su incidencia en los últimos años y la posibilidad de provocar secuelas graves si no se realiza un tratamiento precoz².

El periodo de incubación es de 90 días y cursa con varios estadios: el chancro duro e indoloro caracteriza a la sífilis primaria, la diseminación hematógena del *treponema* produce una amplia variedad de signos y síntomas que constituyen la sífilis secundaria y, finalmente, la sífilis terciaria se caracteriza por la afectación de órganos internos^{1,3}.

Describimos el caso de un paciente con un segundo episodio de sífilis secundaria cuyo interés radica en la forma atípica de presentación.

CASO CLÍNICO

Varón de 41 años con antecedentes personales de VIH, hepatitis A y sífilis diagnosticada y tratada en estadio secundario hace más de 10 años, que acude a urgencias por lesiones cutáneas de más de un mes de evolución en zona de escote. A la exploración física presenta placas eritematosas de morfología anular salpicadas por tronco de unos 15-30 mm, muy bien delimitadas, con centro claro y no descamativas. No sintomatología sistémica ni adenopatías palpables. El diagnóstico inicial es el de granuloma anular diseminado. Previamente el paciente ya había realizado tratamiento con antimicóticos orales y tópicos, por sospecha de tiña, y con corticoides tópicos sin respuesta, por lo que se decide realizar biopsia de una de las lesiones.

En la biopsia cutánea se encuentra un infiltrado perivascular superficial de predominio linfocitario. Serología para sífilis positiva para pruebas treponémicas y no treponémicas; examen de reagina plasmática rápida (RPR) de 1/512. Con el diagnóstico definitivo

de sífilis secundaria, se le prescribe tratamiento con 2,4 millones de Bencilpenicilina benzatina intramuscular en una única dosis tras lo cual el paciente sufre una reacción de Jarisch-Herxheimer autolimitada.

DISCUSIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual que afecta principalmente a hombres con mayor incidencia entre los 25 y 44 años⁴. Su incidencia ha aumentado hasta en un 18% del 2020 al 2022, por lo que el diagnóstico precoz es crucial para evitar el aumento de contagios.

La manifestación clínica inicial de la sífilis es una lesión cutánea denominada chancro que, al ser indolora, pasa muchas veces inadvertida sobre todo cuando se localiza en el ano. La sífilis secundaria, a diferencia de la primaria, puede manifestarse con gran amplitud de signos y síntomas distintos³. El síntoma más frecuente de esta fase es una erupción maculopapulosa que afecta tanto a tronco como a extremidades superiores e inferiores, a palmas y plantas y con menos frecuencia a zonas faciales. También puede manifestarse con sintomatología sistémica como malestar general, fiebre, artralgias, anorexia, afectación ocular¹.

Si las lesiones cutáneas en la sífilis secundaria son inespecíficas, en nuestro caso lo eran aún más, puesto que las placas eritematosas de morfología anular con aclaramiento central no descamativas ni pruriginosas, sugieren el diagnóstico de eritema anular centrífugo diseminado. Esta entidad es una dermatosis inflamatoria crónica, poco frecuente, sin clara etiología, aunque la principal hipótesis es que se trate de una reacción de hipersensibilidad a antígenos⁵. Afecta tanto a tronco como a miembros inferiores y suele respetar palmas, plantas y cuero cabelludo.

En el caso de la sífilis secundaria, el eritema anular centrífugo es una manifestación muy infrecuente, por ello, y teniendo en cuenta que el paciente no contaba chancro previo, el diagnóstico de esta patología se

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de eritema anular centrífugo

Tiña corporal	Placa eritematosa circular u ovalada, descamativa, con aclaramiento central posterior
Psoriasis anular	Placas eritematosas anulares con pústulas periféricas y escamas
Urticaria anular (multiforme)	Placas eritematosas anulares con centros de color azul oscuro o claros en el centro. Duración < 24 horas. Lactantes y niños pequeños
Micosis fungoide	Lesiones hipopigmentadas anulares
Lupus eritematoso túbido	Placas eritematosas anulares con placas claras en el centro, descamación poco común
Sífilis secundaria	Lesión maculopapulosa, no pruriginosa, con descamación externa. Principalmente en tronco y parte superior de miembros superiores

Tabla elaboración propia.

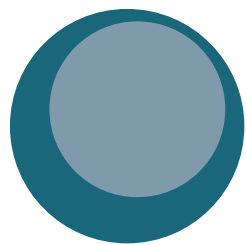
demoró. Con la sospecha de granuloma anular diseminado se realizó un diagnóstico diferencial amplio con las patologías (Tabla 1).

En el caso que nos ocupa, la sífilis secundaria no constituyó la sospecha diagnóstica inicial. El paciente ya había tenido otro secundarismo sifilítico, con lesiones que aun siendo inespecíficas presentaban una distribución y morfología más acorde con las lesiones que se

visualizan habitualmente en la sífilis. El que ya hubiera tenido una sífilis secundaria previa, de alguna manera pudo influir en una mirada sesgada de la posibilidad de que se tratara de una reinfección. Y, en tercer lugar, las lesiones con morfología de eritema anular son muy poco frecuentes como manifestación de sífilis secundaria, aunque el abanico de lesiones es tan grande, que cualquier lesión en un ambiente epidemiológico concreto nos debe hacer pensar en una sífilis secundaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vicens C, Lopez A, González B, Belda Ibáñez J, Fernandez García E, Pascual Pérez R [Internet]. 18 de Marzo de 2020. Sífilis [Consultado el 23 de Noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.fisterra-com.bvscsm.a17.csinet.es/guias-clinicas/sifilis/>
2. UpToDate [Internet]. 13 de Agosto de 2024. Prevention of sexually transmitted infections [Consultado el 28 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvscsm.a17.csinet.es/contents/screening-for-sexually-transmitted-infections?search=sifilis&source=search_result&selectedTitle=21%7E150&usage_type=default&display_rank=20#H88323184
3. UpToDate [Internet]. 20 de diciembre de 2023. Syphilis: Epidemiology, pathophysiology, and clinical manifestations in patients without HIV [Consultado el 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvscsm.a17.csinet.es/contents/syphilis-epidemiology-pathophysiology-and-clinical-manifestations-in-patients-without-hiv?search=sifilis&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3#H8
4. Hernando V, Simón L, Villegas T, Diaz A, Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica [Inetrnet]. Enero de 2024. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España, 2022 [Consultado el 28 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_Vigilancia ITS_2022.pdf
5. Kahn Duffau F, Ognio A, Giangualano E, García S, Rossi MV [Internet]. 14 de abril de 2023. Eritema anular centrífugo asociado a sífilis [Consultado el 4 de Septiembre de 2024]. Disponible en: https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:2b71f171-4aac-4daf-8505-aab1e-37d444d?comment_id=080f6b99-6780-4471-a91c-862510c8ed72
6. UpToDate [Internet]. 8 de Febrero de 2023. Approach to the patient with annular skin lesions [Consultado el 5 de Septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvscsm.a17.csinet.es/contents/approach-to-the-patient-with-annular-skin-lesions?search=urticaria%20anular&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
7. UpToDate [Internet]. 21 de noviembre de 2024. Dermatophyte (tinea) infections [Consultado el 20 de Septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/dermatophyte-tinea-infections?search=ti%C3%B1a%20corporal&source=search_result&selectedTitle=2%7E41&usage_type=default&display_rank=2#H23 → Infecciones por dermatofitos (tiña).
8. UpToDate [Internet]. 19 de noviembre del 2024. Clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of mycosis fungoides [Consultado el 20 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-pathologic-features-and-diagnosis-of-mycosis-ungoides?search=micosis%20fungoide&source=search_result&selectedTitle=1%7E77&usage_type=default&display_rank=1#H13602004 → Manifestaciones clínicas, características patológicas y diagnóstico de la micosis fungoide.
9. UpToDate [Internet]. 21 de enero de 2025. Pustular psoriasis: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis [Consultado el 2 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pustular-psoriasis-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=psoriasis%20anular&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#H251419367 → Psoriasis pustulosa: patogenia, manifestaciones clínicas y diagnóstico.



CASOS CLÍNICOS

12. PRESENTANDO UN CASO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

■ Ortolá Cano H.¹, Martínez Sepúlveda T.², Ibáñez Delgado I.³

⁽¹⁾ Médico Residente de tercer año, CS Aravaca, Madrid.

⁽²⁾ Médico Residente de tercer año, CS Valle de la Oliva, Majadahonda.

⁽³⁾ Médico Residente de tercer año, CS Cerro del Aire, Majadahonda.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal presenta un amplio diagnóstico diferencial, por lo que es fundamental realizar una anamnesis y exploración física detalladas. Se debe indagar sobre las características del dolor (tipo, localización, irradiación, duración) y síntomas asociados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 27 años, de nacionalidad colombiana, acude por dolor abdominal hipogástrico de un año de evolución. Es su primera visita médica en España, donde trabaja como cuidadora. No presenta alergias medicamentosas ni antecedentes médicos relevantes. En tratamiento con anticonceptivos orales.

Refiere dolor hipogástrico constante, con intensidad fluctuante hasta 8/10 según que escala EVA. Se acompaña de dispareunia, flujo vaginal amarillento no maloliente, disuria y tenesmo vesical de unos cuatro meses de evolución. Niega sangrado vaginal, fiebre ni otros signos de alarma.

Refiere mantener una relación de pareja estable desde hace seis meses, habiendo tenido previamente otras parejas sexuales. Niega el uso de preservativo durante las relaciones sexuales. Es nuligesta.

En la exploración física destaca dolor a la palpación superficial y profunda del hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. El tacto vaginal bimanual es doloroso a la movilización cervical. Flujo vaginal sin mal olor. No se observan lesiones a simple vista del cuello uterino ni en genitales. Se toma cultivo de exudado vaginal y endocervical. Se realiza test de embarazo, con resultado negativo. Se realiza ecografía abdominal con consentimiento verbal.

En la ecografía se observa engrosamiento de las trompas de Falopio (imágenes 1 y 2), con ovarios de aspecto normal y sin masas anexiales ni líquido libre en Douglas.

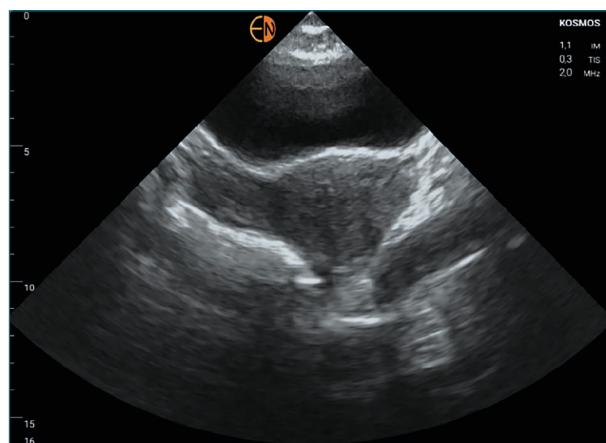


Figura 1. Se observa el cuerpo uterino con la trompa de Falopio derecha engrosada. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

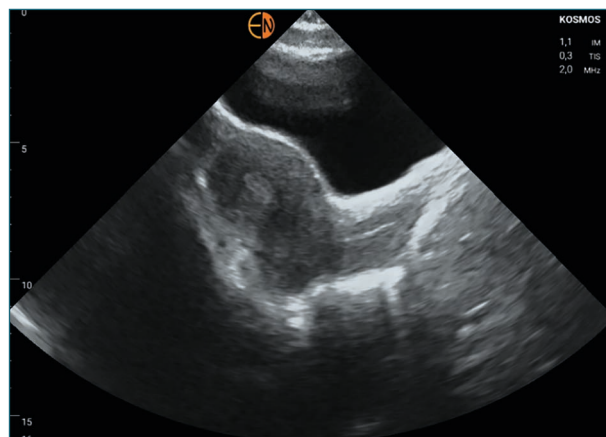


Figura 2. Corte longitudinal del útero. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica, se deriva a Urgencias para valoración y analítica.

EVOLUCIÓN

En urgencias se confirma la sospecha diagnóstica tras exploración ginecológica y repetición ecográfica. Analítica sin elevación de reactantes de fase aguda ni complicaciones. Se recogen muestras para serologías de ETS. Se administra dosis única de Ceftriaxona 500mg intramuscular y se prescribe Doxyciclina 100mg cada 12 horas durante 14 días.

Semanas después la paciente acude para revisión. Refiere mejoría clínica y completa adherencia al tratamiento.

Resultados de serología: negativos para virus de hepatitis A, B y C, VIH y sífilis. PCR del exudado endocervical negativa para *Neisseria Gonorrhoeae*, *Mycoplasma Genitalium*, *Chlamydia Trachomatis*, *Treponema Pallidum* y *Trichomonas Vaginalis*. No hay signos de vaginosis bacteriana, hongos ni *Streptococcus Agalactiae*.

Se explica a la paciente la patología que ha presentado y se aprovecha para realizar educación sexual y uso de anticonceptivos. Finalmente, aunque no se haya dado con el microorganismo causante, el diagnóstico que inicialmente se sospechaba en la consulta, se ha confirmado por parte de los especialistas, ya que el diagnóstico es clínico y no siempre se confirma la etiología.

REVISIÓN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una infección aguda del tracto genital superior femenino que puede afectar al útero, trompas de Falopio, ovarios y órganos pélvicos adyacentes. Puede causar endometritis, salpingitis, ooforitis, peritonitis, perihepatitis o provocar un absceso tuboovárico¹.

Es una infección polimicrobiana, en su mayoría de transmisión sexual. Los patógenos más frecuentes son *Chlamydia trachomatis*, la *Neisseria gonorrhoeae* y *Mycoplasma genitalium*, aunque también pueden participar bacterias entéricas como *Escherichia coli*, estreptococos del grupo B, *Campylobacter*, *Haemophilus Influenzae* o *Staphylococcus Aureus*, entre otros.

Chlamydia trachomatis es la enfermedad de transmisión sexual (ETS) más común, mientras que *N. Gonorrhoeae* suele causar cuadros más graves². Sin embargo, una serología negativa no descarta una EIP, dado que el diagnóstico es clínico, y el tratamiento debe iniciarse ante la sospecha para evitar secuelas como infertilidad o embarazo ectópico.

Los criterios clínicos diagnósticos incluyen dolor abdominal hipogástrico, dolor pélvico y dolor a la movilización uterina o anexial, siento este último el signo más prevalente. Puede asociarse con disuria, flujo vaginal anormal o sangrado intermenstrual.

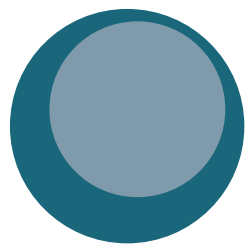
Las pruebas complementarias ayudan a confirmar el diagnóstico y a valorar la gravedad del cuadro. Deben incluir test de embarazo, exudados vaginales, endocervicales, analítica de sangre completa y serologías de ETS³.

La ecografía es la técnica de imagen de primera elección. Permite valorar útero, trompas y ovarios, y descartar complicaciones. Si el diagnóstico sigue siendo incierto, se considera realizar un TAC o resonancia magnética.

El tratamiento empírico debe iniciarse precozmente y cubrir *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. La pauta habitual se realiza con dosis única de Ceftriaxona 500mg intramuscular y Doxyciclina 100mg dos veces al día durante 14 días. Algunas guías recomiendan añadir Metronidazol 500mg cada 12 horas 14 días para cubrir anaerobios³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ross Jonathan, MD. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. Up to date. Mayo 15, 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis>
2. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. Am Fam Physician. 2019;100(6): 357-64. PubMed.
3. Baquedano Mainar L, Abad Rubio C, Adiego Calvo I, Colecha Morales M, De la Cueva Barrao MP, Franco Serrano C, et al. Protocolo aragonés de enfermedad inflamatoria pélvica. Prog Obstet Ginecol. 2020; 63.



EXPERIENCIAS

1. NUESTRAS IMÁGENES SOMOS NOSOTROS: FOTOGRAFIAR PARA EXISTIR

■ Álvarez Pasquín MJ¹, Fernández Vallina C², Shin S³, Ortega Soudant A², Lafuente Yanguas M⁴, Chozas Conde M².

⁽¹⁾ MFyC Centro de Salud Universitario Santa Hortensia SERMAS.

⁽²⁾ Residentes MFyC Centro de Salud Universitario Santa Hortensia SERMAS.

⁽³⁾ Estudiante Medicina Universidad Autónoma de Madrid.

⁽⁴⁾ Residentes MFyC Centro de Salud Universitario Goya SERMAS.

Ninguna de las autoras presenta en la actualidad ningún conflicto de interés. Tampoco se ha recibido ninguna beca ni ayuda económica para la realización de esta experiencia.

RESUMEN

A raíz de una convocatoria de semFYC para recoger fotografías reales de la labor en Medicina Familiar y Comunitaria, en el Centro de Salud Universitario Santa Hortensia iniciamos un proyecto de registro visual con cámara instantánea (Instax). Esta práctica, más allá de lo técnico, nos ha permitido visibilizar con autenticidad la cotidianeidad del trabajo clínico, docente y humano en Atención Primaria. Reflexionamos también sobre los aspectos legales del uso de imágenes clínicas, la necesidad de consentimiento informado y el valor pedagógico, emocional y profesional de la fotografía. A partir de experiencias previas, como la del Reino Unido, defendemos su inclusión como herramienta formativa. Las imágenes generadas se han convertido en documentos visuales que conservan la esencia del vínculo longitudinal con pacientes, el trabajo en equipo y la identidad profesional. En un entorno saturado de imágenes artificiales, estas instantáneas han permitido detenernos, observar y reconocernos.

Palabras clave (DeCS/MESH)

Medicina Familiar; Atención Primaria; Fotografía; Educación Médica; Humanización de la atención; Imagen médica; Derecho a la imagen

Objetivo: mediante la fotografía instantánea, reflexionar sobre esencia de la labor de la Medicina de Familia y Comunitaria.

Virginia Woolf constató que lo que no se registra, no existe. Susan Sontag decía que cuanto más pensaba en lo que son las fotografías, más complejas y sugestivas las encontraba¹. Patti Smith ha impreso su vida con una Polaroid desde que tuvo unos dólares para comprarla, que sigue utilizando: “una forma de decir hola de 365 maneras²”. Candy Clark ha desenterrado Polaroids de los setenta (El País, 20 abril 2025), retratos sin retoques de escritores y actores de Hollywood. Su editorial ha visto una fuerza conmovedora: rostros sin artificio, llenos de veracidad. Las cámaras instantáneas ofrecen un objeto físico, único. Un anuncio de 1975 decía: “La Polaroid X-70 se transforma en parte de usted, se desliza por la vida sin esfuerzo”, comparable a la cámara del móvil.

El derecho al honor, la intimidad y la propia imagen es irrenunciable, inalienable e imprescriptible. La Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, y la Constitución lo garantizan. Sólo el consentimiento o autorización legal permiten usar imágenes de personas. Por eso, los medios recurren a bancos de imágenes: modelos que no reflejan el trabajo real en los centros de salud. Aunque parezca contradictorio, unir valor estético y contenido profesional es un modo legítimo y necesario de representar la práctica médica³.

La ausencia de imágenes veraces contribuye a una idea distorsionada de la medicina de familia. Fotografiar puede ser percibido como una intromisión, pero no contar con imágenes precisas invisibiliza la tecnología, la formación, el trabajo en equipo, la prevención, las guardias, los avisos domiciliarios, los cuidados al final de la vida, los contratos prolongados, la continuidad asistencial y la longitudinalidad que atraviesa generaciones.

Tabla 1. Recomendaciones para la fotografía clínica

Consentimiento informado
Preparación y posicionamiento adecuados
Adquisición de imágenes considerando el campo de visión
La orientación
El enfoque
La resolución
La escala y la calibración del color
Almacenamiento y documentación de imágenes optimizados y seguros
Intercambio interoperable de archivos.

Según la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo y la Constitución, el consentimiento informado es imprescindible, como muestra de respeto a la autonomía del paciente y al derecho a su propia imagen (Anexo 1). El principal riesgo de publicar imágenes clínicas es la identificación del paciente que, sin su consentimiento, puede conllevar sanciones por vulneración del derecho al honor.

ANEXO 1: Consentimiento para la toma de imágenes y autorización para su uso con fines docentes

De acuerdo con la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, también denominada LOPDGDD”, donde se regula el Derecho a la Intimidad del Paciente, doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías mientras recibo o proveo tratamiento en el hospital y consultas externas. El término “fotografía” incluye vídeo o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes.

Por la presente, Don/Doña _____, con DNI _____, al firmar lo siguiente, confirmo que se me ha explicado este consentimiento en términos que yo entiendo.

- Consiento que estas fotografías sean utilizadas en publicaciones médicas electrónicas e impresas, incluyendo: revistas, libros de texto y publicaciones electrónicas.
- Acepto además, que las fotografías sean utilizadas para fines docentes, didácticos o educativos. Entiendo que mi imagen puede ser vista por miembros del público general, además de científicos e investigadores médicos que usan regularmente estas publicaciones con fines docentes, didácticos o educativos. A pesar de que estas fotografías serán utilizadas **sin incluir** información personal como mi nombre, es posible que alguien pueda reconocerme. Entiendo que no recibiré reembolso por las fotografías que proporcione.
- La negación de consentimiento a la toma de fotografías **no afectará** de ninguna manera la atención médica que se me proporcionará. Entiendo que, si decido rescindir esta autorización, sus imágenes no se emplearán en usos posteriores, pero no podrá pedir que se retiren las imágenes ya utilizadas.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Yo otorgo mi consentimiento para la toma de fotografías de mi persona, mi familiar, o persona por la cual soy responsable:

Firma del paciente: Firma del representante legal o del testigo: Firma del Investigador:

Fecha: Fecha: Fecha:

REESCISIÓN:

Firma del paciente: Firma del representante legal: Firma del Investigador:

Fecha Fecha Fecha

La fotografía aporta evidencia¹. Consolidada como herramienta clínica y docente, especialmente tras la pandemia de 2020, mejora la atención, la comunicación entre profesionales y la calidad del registro clínico. Existen cinco recomendaciones clave para su buen uso (Tabla 1)⁴. Sería recomendable aplicarlas sistemáticamente en Atención Primaria y no utilizar cámaras personales.

Reflexionar es parte del ejercicio médico⁵. La formación en humanidades gana espacio, pero aún es esporádica y opcional. En la Universidad Autónoma de Madrid y en Zaragoza se imparten asignaturas específicas. Irene Vallejo compartía en Instagram una columna de Rogelio Altisent⁶ sobre la necesidad de educar a los médicos en este terreno. La humanización no debería ser un suplemento, sino un retorno a la esencia del juramento hipocrático, actualizado a los nuevos contextos⁷.

Existen experiencias consolidadas, como en el Reino Unido⁴, donde el uso de la fotografía se ha integrado en la formación de residentes de Medicina Familiar. Es el valor añadido de la estética con el valor instrumental al retratar nuestra profesión. Favorece la reflexión, la autoconciencia y el desarrollo profesional. La imagen permite registrar, sin necesidad de decisión consciente, aquello que atrae nuestra atención. Los residentes participantes en estos programas valoraron su utilidad y los investigadores recomiendan integrar las artes de forma estructurada en el currículo. Esta introspección construida —no espontánea— ayuda a reducir el desgaste emocional. La práctica artística puede proteger del *Burnout*⁸.

Tras la convocatoria de semFYC para enviar imágenes reales de la labor médica⁹, comenzamos a tomar fotografías con cámara Instax. Se revelan al instante y sirven como registro visual inmediato del trabajo cotidiano. Algunas están en el corcho de las consultas, otras en manos de pacientes, autorizadas y recibidas como recuerdo. También, las conservan estudiantes y residentes. Son objetos entrañables con un halo mágico que han cobrado relevancia simbólica tras el apagón del 28 de abril de 2025.

Cualquier fotografía establece una relación ingenua, directa con la realidad visible. Os dejamos algunas de estas imágenes (1-6), comentadas en sus pies de foto, y animamos a probar esta herramienta que obliga a repensar cada disparo. Nuestras imágenes también forman parte de lo que somos. A través de ellas, el mundo nos ve: médicos y médicas de familia, con conciencia y orgullo de serlo.



Fotografía 1. (Fotografías obtenidas con consentimiento del paciente).

Fotografía 1: “El hecho de hacer esta serie de fotografías en la consulta supuso para mí una forma de reflejar el trabajo de la Atención Primaria, tan heterogéneo y complejo, ya que abarca todas las esferas de la salud. De entre todas las fotografías, quiero destacar las dos que para mí son más significativas por su antagonismo entre lo digital y lo analógico. En una de ellas aparezco realizando una ecografía, nuevo método diagnóstico en el día a día de nuestra consulta, mientras que, en la otra, estoy realizando una receta médica a mano con el bolígrafo como única herramienta. Ambas reflejan la esencia de esta profesión en constante transformación, pero profundamente humana, donde conviven innovación y tradición con el propósito final de sanar.” Claudia



Fotografía 2. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

Fotografía 2: “He tenido la suerte de tener una experiencia, me atrevo a decir, única en mis días en el centro de salud. Con el retrato de nuestro trabajo a través de una “polaroid” he podido aprender más habilidades que las propias de la práctica clínica; el relato de historias en cada foto, que no sale en ningún manual: aspectos como el contacto, la curiosidad y la complicidad. No solo he visto la ilusión en nosotras, que hacíamos las fotos, sino que los propios pacientes

estaban más que alentados por salir en ellas, (tanto que incluso una paciente nos pidió repetir la foto sin la mascarilla “para que se me vea bien” dijo) en gran parte porque ellos también nos querían ayudar a nosotras, futuras generaciones, con el uso docente que le podíamos dar a las imágenes. Yo, por mi parte, me he visto entusiasmada, además de por la originalidad, por la gran participación que se me permitía. Formar parte de estos momentos, reales, humanos, cotidianos, pero únicos que van a fundar los peldaños de mi carrera profesional como médico, se siente todo un privilegio y me ha impulsado a explorar más allá, redefiniendo lo establecido.” Sumie



Fotografía 3. (Fotografías obtenidas con consentimiento del paciente).

Fotografía 3: “El tiempo cura. Todos los días situadas frente a una pared con un reloj del revés. Buen símbolo para hacernos recordar que no deberían ser los minutos los que marquen lo que necesita un paciente. Es todo lo contrario, es al revés, es el paciente el que debería marcar los tiempos. Parece obvio, ¿no? Si embargo, todos los días dominados por una sensación de prisa, de inmediatez, intentando vencer a los segundos. El reloj del revés nos lo recuerda cada día.” Ana



Fotografías 4,5. (Fotografías obtenidas con consentimiento del paciente).

Fotografías 4,5: “He elegido estas dos imágenes porque me parecen un espejo de cómo, gracias a

la tecnología, la medicina evoluciona sin perder la esencia humana.

Primero, la consulta telefónica simboliza el acceso y la cercanía: una herramienta centenaria que, en su simplicidad, permite cuidar a quienes no pueden acudir al centro, ya sea por tiempo, barreras físicas o contexto social. Es medicina desde la distancia, pero con cercanía real: la voz y la escucha al servicio del cuidado.

En segundo lugar, el uso del dermatoscopio representa la vanguardia diagnóstica en Atención Primaria: una lupa que amplifica detalles invisibles al ojo y permite detectar precozmente lesiones cutáneas malignas. Es símbolo de la medicina que avanza, donde la tecnología se incorpora para reforzar nuestro juicio clínico.” María

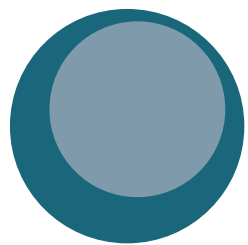


Fotografía 6. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

Fotografía 6: “Tres tazas en la estantería. Tres tazas reposando como testigos silenciosos de una consulta compartida —una tutora y dos residentes—, del aprendizaje a tres voces, de la relación médico paciente, de lo comentado en la intimidad de la consulta. En la estantería, como archivo vivo de la Medicina de Familia, hablan también de la necesidad de un descanso: un café a media mañana para recomponerse. Porque cuidarse es también cuidar.” Mercedes

BIBLIOGRAFÍA

1. Sontag S. Sobre la fotografía. Editorial Sudamericana Buenos Aires, 1980.
2. Smith P. A book of days. Random House, New York, 2022.
3. Wongvibulsin S, Feterik K. Recommendations for Better Adoption of Medical Photography as a Clinical Tool. *Interact J Med Res.* 2022 Jul 18;11(2):e36102. doi: 10.2196/36102. PMID: 35849427; PMCID: PMC9345030.
4. Rutherford, Forde E, Priego-Hernandez J, Butcher A, Wedderburn C. Using photography to enhance GP trainees' reflective practice and professional development. *Med Humanit.* 2018 Sep;44(3):158-164. doi: 10.1136/medhum-2017-011203. Epub 2018 Feb 8. PMID: 29439086.
5. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes BOE-A-2024-15685 <https://www.boe.es/eli/es/o/2024/07/26/pjc798> Consultado 1 junio 2025.
6. Altisent R. Humanidades para Médicos. *El Heraldo*, 18 junio 2025 Disponible en: <https://www.heraldo.es/noticias/opinion/2025/06/18/humanidades-para-medicos-rogelio-altisent-1832324.html> Consultado 20 junio 2025.
7. World Medical Association. Declaración de Ginebra: Promesa del médico. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-ginebra/> Consultado 20 junio 2025.
8. Downing NL, Bates DW, Longhurst CA. Physician burnout in the electronic health record era: are we ignoring the real cause? *Ann Intern Med.* 2018 Jul 03;169(1):50-51. doi: 10.7326/M18-0139.2680726
9. SemFyC. Por una imagen más real de los MFyC <https://www.semfy.com/actualidad/imagenes-reales-de-medicina-familiar-y-comunitaria-en-espa%C3%B1a> Consultado el 1 de junio 2025



EXPERIENCIAS

2. EL INSOMNIO COMO PROBLEMA PRINCIPAL DE SALUD. ABORDAJE DESDE LA COMUNIDAD

INSOMNIA AS A MAIN HEALTH PROBLEM. APPROACH FROM THE COMMUNITY

■ Castaño Reguillo A., Ruíz García D., Ureña García AB., Velasco Ballón M.
Centro de trabajo: Centro de Salud Los Ángeles. Madrid.

Conflicto de intereses: Los autores no han recibido ayudas económicas para la financiación de este proyecto.

Este trabajo no ha sido publicado en ninguna revista previamente.

Palabras clave: Trastornos del inicio y mantenimiento del sueño, Deprescripciones, Meditación.

RESUMEN

1. Objetivos

Comprender qué es el insomnio y sus consecuencias para la salud, promoviendo la mejora del sueño mediante medidas higiénico-dietéticas y uso de fármacos. Aumentar la participación de los profesionales del centro de salud en un enfoque comunitario y multidisciplinar.

2. Descripción de la experiencia

Se realizaron tres sesiones teórico-prácticas sobre el insomnio, incidiendo en el tratamiento no farmacológico.

3. Conclusiones

La intervención tuvo buena acogida, pero la participación disminuyó un 75%, afectando la comparabilidad de los datos. Se destacó el interés por la meditación y efectos farmacológicos. Es crucial formar a profesionales y fomentar intervenciones comunitarias para mejorar la autonomía y la calidad de vida.

OBJETIVOS DE LA EXPERIENCIA

El insomnio es una patología prevalente en Atención Primaria (AP). Definida como dificultad para iniciar o mantener el sueño, al menos tres meses, tres noches por semana, generando deterioro funcional. Deben descartarse causas médicas, psiquiátricas o uso de sustancias. Se asocia con mayor morbilidad, accidentes y trastornos psiquiátricos, incluido el suicidio¹.

En España afecta al 6,1% de la población, con un impacto económico mayor a 10.000 millones de euros anuales². Su diagnóstico requiere evaluación: de la higiene del sueño, uso de sustancias, medicación y repercusión funcional. Escalas como el ISI y AIS, validadas en castellano, ayudan a cuantificar su gravedad^{3,4}.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento de elección, especialmente en población pediátrica y adolescente. Mejora parámetros como la latencia, eficacia y calidad del sueño. Se basa en la modificación de pensamientos disfuncionales, control de estímulos y restricción del sueño. También ha mostrado beneficios en pacientes con ansiedad o depresión comórbida. Pese a su eficacia, su implantación es limitada. La AP, por su cercanía al contexto del paciente, es un ámbito idóneo para su implementación^{6,7}.

El objetivo de la experiencia es comprender qué es el insomnio y sus consecuencias para la salud, promoviendo la mejora del sueño mediante medidas higiénico-dietéticas, uso adecuado de fármacos, registros de sueño y meditación guiada aumentando la participación de los profesionales del centro de salud (CS) en un enfoque comunitario y multidisciplinar.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Intervención realizada en el CS Los Ángeles, barrio Ciudad de Los Ángeles (Villaverde), con alrededor del 80% de la población en el cuartil 3 del Índice MEDEA (mayor privación, pero menos que los de su entorno con un cuartil 4). Representa el barrio con más envejecimiento del distrito y con mayor proporción de estudios superiores entre la población^{8,9}.

La actividad consistió en tres sesiones mensuales de dos horas, dirigidas a mayores de 65 años con alto consumo de benzodiacepinas, según FarmaWeb®. El número máximo de participantes fue de 30, debido al formato de la actividad. El reclutamiento se realizó mediante cartelera en zonas visibles del centro y comunicación a profesionales para prescripción directa. La citación la gestionó la Unidad de Atención al Usuario.

En la primera y tercera sesión se aplicaron de forma anónima las escalas HADS, AIS e ISI. HADS evalúa ansiedad y depresión (clínicamente significativa ≥ 11).

AIS diagnostica insomnio con ≥ 6 puntos. ISI mide gravedad del insomnio^{3,4,10}.

La primera sesión fue teórica: insomnio, fases del sueño, tratamiento farmacológico y sus efectos secundarios, así como medidas no farmacológicas. Posteriormente, una meditación guiada de 15 minutos y una ronda de preguntas, donde se entregó un calendario de registro de sueño y otro de meditación. En la segunda, se evaluó el seguimiento y se practicaron dos técnicas: meditación guiada y relajación progresiva de Jacobson. La tercera sesión incluyó revisión de calendarios, resolución de dudas y meditación guiada de 45 minutos.

CONCLUSIONES

La primera sesión contó con 20 participantes, a pesar de haber ampliado las plazas. Un 90% mayores de 65 años, asistieron dos personas más jóvenes por criterio clínico. Tres pacientes estaban en seguimiento por Salud Mental.

Tabla 1. Resultados de escalas HADS-A, HADS-D, HADS-T, ISI, AIS, previo a la intervención

	PRE				
	HADS-A	HADS-D	HADS-T	ISI	AIS
	5	1	6	25	15
	8	2	10	24	15
	15	12	27	NA	16
	11	8	19	16	9
	16	10	26	22	18
	7	7	14	21	12
	13	6	19	20	7
	14	11	25	19	16
	7	6	13	20	13
	5	1	6	12	7
	11	3	14	3	4
	18	9	27	24	12
	9	5	14	17	13
	5	4	9	12	10
	5	2	7	19	8
	17	13	30	20	19
	14	7	21	17	7
	15	12	27	22	16
	13	7	20	17	15
	8	3	11	17	12
MEDIA	10,8	6,45	17,25	18,26	12,2
DE	4,27	3,73	7,68	5,02	4,06

HADS-A, HADS-D, HADS-T (escala hospitalaria de ansiedad y depresión, con ambas subescalas y total de puntuación), ISI (escala de gravedad de insomnio), AIS (escala de insomnio de Atenas), DE (desviación estándar).
Tabla elaboración propia.

En la evaluación inicial, la subescala de ansiedad de la HADS mostró una media de 10,8 (cercana a clínicamente significativo), mientras que la de depresión fue normal (media 6,45). La puntuación media en el ISI fue de 18,26 (insomnio moderado) y en el AIS, 12,2 (insomnio crónico).

La asistencia descendió en la segunda sesión y tercera sesión. Aunque los resultados finales muestran un empeoramiento de las escalas, la alta pérdida de seguimiento (75%) limita la interpretación, probablemente participaron quienes peor puntuaban inicialmente.

Los participantes estuvieron especialmente interesados en los efectos adversos de los fármacos. La meditación fue bien aceptada. Varios asistentes solicitaron repetir la actividad, el centro está valorando su continuidad. Como áreas de mejora se deben evitar fechas cercanas a periodos vacacionales.

La terapia no farmacológica para el tratamiento del insomnio tiene evidencia científica demostrada, con disminución de los efectos secundarios. Urge como profesionales formarnos en ella para atender las de-



Figura 1. Ejemplo de meditación guiada en la intervención. (Fotografía obtenida con consentimiento del paciente).

mandas en una patología tan prevalente y que produce disminución en la percepción de calidad de vida. Las intervenciones comunitarias han mostrado utilidad para acercarnos a la población, facilitando el desarrollo de herramientas en salud que fortalezcan su autonomía.

Tabla 2. Resultados de escalas HADS-A, HADS-D, HADS-T, ISI, AIS, tras la intervención en los pacientes que continuaban

POST					
HADS-A	HADS-D	HADS-T	ISI	AIS	
13	6	18	7	11	
13	13	26	20	15	
14	8	22	21	14	
10	8	18	17	10	
16	2	18	22	13	
13,2	7,4	20,4	17,4	12,6	MEDIA
1,77	3,25	2,92	4,99	1,69	DE

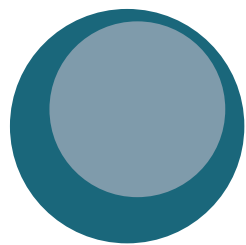
HADS-A, HADS-D, HADS-T (escala hospitalaria de ansiedad y depresión, con ambas subescalas y total de puntuación), ISI (escala de gravedad de insomnio), AIS (escala de insomnio de Atenas), DE (desviación estándar).

Tabla elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA

- Rosenberg RP, Benca R, Doghramji P, Roth T. A 2023 Update on Managing Insomnia in Primary Care. Prim Care Companion CNS Disord. 2023 Jan 24;25(1).
- Hafner M, Romanelli RJ, Yerushalmi E, Troxel WM. The societal and economic burden of insomnia in adults: An international study. 2023 Mar.
- Fernandez-Mendoza J, Rodriguez-Muñoz A, Vela-Bueno A, Olavarrieta-Bernardino S, Calhoun SL, Bixler EO, et al. The Spanish version of the Insomnia Severity Index: A confirmatory factor analysis. Sleep Med. 2012 Feb;13(2):207-10.
- Gómez-Benito J, Ruiz C, Guilera G. A Spanish version of the athens insomnia scale. Quality of Life Research. 2011 Aug 6;20(6):931-7.

5. Dewald-Kaufmann J, de Bruin E, Michael G. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-i) in School-Aged Children and Adolescents. *Sleep Med Clin*. 2019 Jun;14(2):155-65.
6. Rossman J. Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: An Effective and Underutilized Treatment for Insomnia. *Am J Lifestyle Med*. 2019 Nov 12;13(6):544-7.
7. Campbell RL, Bridges AJ. Harnessing the Power of Integrated Behavioral Health to Enhance Insomnia Intervention in Primary Care. *J Clin Med*. 2024 Sep 23;13(18):5629.
8. Felicitas Domínguez-Berjón M, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Isabel Pasarín M, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). *Gac Sanit*. 2008 May;22(3):179-87.
9. Sastre-Paz M. Vulnerabilidad social y salud en el distrito de Villaverde de la ciudad de Madrid. [Madrid]: Universidad Rey Juan Carlos. Facultad de Ciencias de la Salud.; 2017.
10. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Jul;25(4):277-83.



UNA PROPUESTA A LA OMS: EL PATRIMONIO INMATERIAL DE LA SALUD

■ Dols Juste J.
Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud Príncipe de Vergara. Madrid.
Grupo Salud Basada en Emociones de la SoMaMFyC
📷 @javierdolsjuste

En el Cafelito del número de diciembre de 2024, en el que os comenté una propuesta que lancé a Metro de Madrid y que la llevó a cabo, METROFIT, os mencioné al final que tenía otro sueño.

Surgió porque un día se me ocurrió que, igual que la UNESCO tiene el Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad, por qué no la OMS tenía el **“Patrimonio Inmaterial de la Salud”** (*Intangible Health Heritage*), con cosas que no hay en hospitales, farmacias ni en centros sanitarios como, por ejemplo:

- Las sonrisas
- Los abrazos
- Las excursiones por la naturaleza
- Los baños de bosque
- El silencio consciente
- La respiración consciente
- El ejercicio
- La escritura
- La pintura
- La poesía
- La danza
- El Baile
- Etc.

Las cosas que compondrían dicho patrimonio deberían cumplir una serie de requisitos, que podrían ser:

1. No requerir ninguna tecnología especial
2. No requerir formación sanitaria

3. Tener estudios publicados en revistas científicas que avalen su beneficio para la salud
4. Poderse aplicar en casi todas las partes del mundo
5. Que se puedan realizar a casi todas las edades, desde niños hasta mayores
6. Ser accesibles económicamente
7. No tener efectos secundarios negativos conocidos
8. Ser culturalmente neutrales
9. Facilitar la inclusión social
10. Fomentar la sostenibilidad ambiental
11. Ser adaptables a diferentes contextos y necesidades individuales
12. Promover el bienestar holístico, incluyendo por tanto el bienestar mental y emocional

Como se ve, valdrían tanto para países ricos como para países pobres, y creo que sería una maravillosa contribución para mejorar la salud y el bienestar mundial, ya que todo el mundo conocería que tenemos estas herramientas al alcance de nuestra mano para ser más felices teniendo mejor salud. Y es que, y este es mi principal mensaje siempre: **Si tienes mejor salud, eres más feliz; y, si eres más feliz, tienes mejor salud.**

Advertir que como Patrimonio Inmaterial de la Salud se podrían incluir todos los valores y todas las virtudes humanas, como la gratitud, la solidaridad, la tolerancia, el respeto, la amabilidad, el cariño, la dulzura, etc., pero para que sea más claro y concreto el mensaje planteamos incluir solo lo que son actividades.

Lo único malo que tuviera es el acrónimo: el P.I.S.

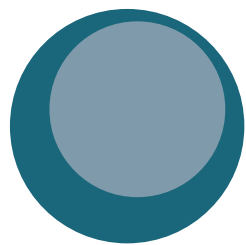
Por ahora ya conoce la propuesta la directora general de Salud Pública de la OMS, María Neira, la cual me ha hecho ver lo arduo que puede llegar a ser alcanzar un consenso internacional, y me ha animado a que recabe apoyos nacionales e internacionales.

Podéis conocer la propuesta, y si queréis apoyarla firmando, en: <https://www.change.org/Patrimonioln-materialDeLaSalud>

Con esto también os animo a que levantéis la mirada y penséis en grande, porque, a veces, nuestra baja

autoestima o nuestras creencias limitantes tiran de nosotros hacia abajo y hasta nos da vértigo pensar que podríamos hacer algo importante que deje una huella profunda en el mundo.

También esto es un mensaje de que la edad puede ser un trampolín y no una limitación, porque esta idea se me ocurrió con 63 años. Os aseguro, por si alguno estáis pasando el drama de estar a punto de cambiar de decena, que hay (muchacha) vida después de los 30, de los 40, de los 50 y de los 60.



TABERNA DE PLATÓN

LAS PALABRAS QUE IMPORTAN

■ Lucía Higuera Cabañes
Grupo de Trabajo Bioética SoMaMFyc

Kathryn Mannix (Cheshire, 1959) es médica especialista en cuidados paliativos y terapeuta cognitivo-conductual, con tres décadas de trabajo centrado en la atención a personas con enfermedades avanzadas e incurables. Graduada en Medicina en la Universidad de Newcastle en 1982 comenzó su vida profesional en el campo de la oncología, para después integrarse en los primeros equipos de cuidados paliativos del Reino Unido, cuando la medicina paliativa aún no existía como especialidad reconocida. En 1993 puso en marcha la primera clínica británica de terapia cognitivo-conductual dirigida específicamente a pacientes en fase paliativa y desarrolló un programa de formación pensado para ayudar a profesionales a adquirir nuevas competencias en el acompañamiento de sus pacientes. Actualmente, retirada ya de la práctica clínica, se dedica a la divulgación y la educación pública sobre la muerte y el morir. En unos libros trata temas como el afrontamiento de la muerte y en otros, cuenta sus propuestas para aprender a cultivar conversaciones como herramienta esencial para pacientes, familiares y profesionales sanitarios.

En 2023, Mannix concedió varias entrevistas en distintos medios de comunicación como la revista digital *Ethic* (“Escucharnos a nosotros mismos es un componente importante del bienestar emocional”), el diario *El País* (“No tenemos ni idea de cómo hablar con alguien que lo pasa mal”) y el programa *Por tres razones* de RNE (episodio “Las palabras que importan: hablemos, quiero entenderte”). Merece la pena leer y escuchar estas entrevistas que se encajan en el contexto de la publicación de su segundo libro *Listen: How to Find the Words for Tender Conversations* publicado en español bajo el título *Las palabras que importan: Cuando la clave es escuchar* de la editorial Siruela y publicado en marzo de 2023 (308 páginas).

Tanto en estas entrevistas como en su libro, la médica y divulgadora, cuenta cómo a lo largo de su vida, personal y profesional, se ha enfrentado a conversaciones complicadas, algunas de ellas muy similares a las que cualquier profesional que se dedique a la medicina de familia podría mantener con las personas que atiende a diario: las que establecemos con alguien que ha perdido a un ser querido, con una persona a la que se ha diagnosticado una enfermedad

grave o simplemente con aquella que ha perdido su trabajo. Pero no solo son difíciles las conversaciones que ocurren en los hospitales y en torno al final de la vida. En la vida cotidiana, todos tenemos la necesidad de abordar conversaciones ya sea para revelar una verdad complicada, proponer algo en lo que exista el riesgo de fracaso o rechazo o debatir sobre un tema que sabemos va a desencadenar emociones intensas. A veces, simplemente para consolar a un amigo que sufre.

En lo profesional sabemos que, en ocasiones, atender estas consultas y conocer cómo entablar una buena comunicación, no es siempre tarea fácil, especialmente para profesionales en formación. En ocasiones, la anticipación o previsión de estas conversaciones, activan nuestros mecanismos de defensa y tendemos a evitarlas porque nos incomodan. Sin embargo, tal y como advierte Mannix: “el momento de hablar, siempre llega” y es entonces cuando comienzan las dificultades para encontrar “las palabras adecuadas”. En ocasiones podemos querer plantear una pregunta, pero tememos que se interprete como una falta de sensibilidad o como una intromisión. Puede que tengamos que transmitir una mala noticia y nos abrume el sufrimiento que ello pueda generar en la otra persona al intentarlo. Todo ello se acentúa si, además, no hemos recibido formación ni tenemos práctica en el asunto.

Aprender a tener conversaciones difíciles relacionadas con el final de la vida es importante para médicos y médicas de familia ya que, como deja constancia la autora en la entrevista en *Ethic*, son responsables del cuidado cotidiano y continuo de la mayoría de los pacientes al final de sus días, actuando los especialistas en cuidados paliativos únicamente como apoyo consultivo cuando se requiere un manejo avanzado de síntomas o malestar emocional severo.

El libro *Las palabras que importan* nace de la fascinación de la autora por las formas que tenemos de comunicarnos y ofrece una serie de relatos sobre conversaciones, algunas del día a día, otras relacionadas con el fin de la vida, que nos resulta difícil abordar.

En sus páginas Mannix acompaña a los lectores, a través de una sucesión de relatos, en ese terreno

complejo: el de las conversaciones relevantes que, aunque necesarias, parecen difíciles o dolorosas. El libro no pretende ser un guion rígido ni un catálogo de frases útiles, sino una serie de relatos y reflexiones que buscan orientar la práctica de la comunicación en contextos delicados.

Basándose en su experiencia como médica, psicoterapeuta y especialista en cuidados paliativos, Mannix hace un intento de ayudar en el proceso de cómo encontrar las palabras adecuadas a través, sobre todo, de la confianza en nuestra capacidad para escuchar. Para escuchar bien. Según la autora, cuando sabemos que una conversación difícil se acerca, incluyendo las conversaciones sobre enfermedades graves o con pacientes que van a morir, y vamos a afrontarla, solemos centrarnos únicamente en las palabras que vamos a elegir. Como dice en su entrevista para RNE, si pensamos antes de comenzar la conversación “voy a utilizar esta expresión” o “voy a decir estas palabras”, la empezamos ya con la idea de no olvidarnos de esas palabras inteligentes que habíamos pensado decir para así tomar el control de la conversación. Pero una conversación de verdad es, según ella, un equilibrio entre dos personas.

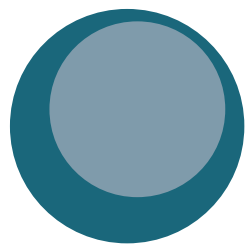
La metáfora central de la que se ayuda la autora es el baile. Conversar no implica ejecutar un conjunto fijo de pasos, sino participar en un intercambio dinámico de avances y retrocesos, silencios y palabras, preguntas y afirmaciones. Una conversación auténtica exige la implicación de, al menos, dos personas que se alternan en la iniciativa y en la respuesta, y que deben mantener un ritmo compartido. Al igual que en el baile, es posible tropezar y perder la sincronía. Pero esos errores también son oportunidades para aprender y mejorar. Lo importante no es dominar al

interlocutor, sino sostener con él un movimiento conjunto que permita el entendimiento y el acompañamiento. “Al escuchar las palabras vendrán solas” y lo que las personas van a recordar de la conversación es cómo fue, si sintieron que les apoyábamos o si les entendíamos.

Mannix insiste en varias ocasiones en que no existen (menos mal) fórmulas universales para abordar conversaciones difíciles, aunque sí hay formas inadecuadas de hacerlo que no son poco habituales y que todos hemos presenciado y practicado alguna vez: hablar demasiado y escuchar poco, forzar al otro a tratar un tema para el que no está preparado, invadir con palabras sin dejar espacio al silencio o precipitar el final de un diálogo por incomodidad. Frente a ello, la autora propone cultivar la atención, el respeto por el ritmo del otro y la capacidad de escuchar como elementos centrales para que una conversación significativa pueda desplegarse.

El libro refleja también el valor de la narración. Relatar la historia de nuestra vida permite comprenderla y darle sentido. Las conversaciones difíciles, cuando se sostienen con sensibilidad, ofrecen la posibilidad de reconstruir esa narración personal, de resignificar la experiencia y de hallar nuevos matices en ella.

Las palabras que importan es una invitación a detenerse en el “arte de la conversación” y en su potencial para transformar la experiencia humana. Más que instruir, tanto el texto como las entrevistas, “alientan y animan” a reconocer que todos poseemos la capacidad de comunicarnos, y que mediante la práctica y la reflexión es posible encontrar las palabras que, en los momentos más decisivos, verdaderamente importan.



LECTURA COMENTADA

1. EL CÁNCER GÁSTRICO COMIENZA EN LA CONSULTA, ¿PUEDE UNA ESTRATEGIA DE CRIBADO CAMBIAR SU EVOLUCIÓN?

■ Rodríguez de Velasco De Torres, A¹., Llanes De Torres, R²

⁽¹⁾ Residente de 2º año de medicina familiar y comunitaria. CS Las Gabias (Granada)

⁽²⁾ Médico de familia. Consultorio local Pelayos de la Presa (Madrid)

Traemos a esta sección un artículo recientemente publicado en la revista *Gastroenterology*¹, que realiza una revisión sistemática y metaanálisis de 11 ensayos clínicos aleatorizados y 13 estudios observacionales para analizar el potencial de la terapia de erradicación de *Helicobacter pylori* como estrategia preventiva frente al cáncer gástrico.

Helicobacter pylori es una bacteria que ha sido ampliamente relacionada con enfermedades como las úlceras pépticas y el cáncer gástrico. Su presencia prolongada en la mucosa gástrica genera una inflamación crónica que puede evolucionar hacia gastritis atrófica, metaplasia intestinal y, en última instancia, adenocarcinoma gástrico². Su capacidad para sobrevivir en el ambiente ácido del estómago, con un pH inferior a 2, le permite persistir durante años, incluso toda la vida, si no se trata, y eventualmente desencadenar una cascada de daños. Para erradicarla, se utiliza comúnmente la triple terapia, que combina un inhibidor de la bomba de protones (IBP) con tres antibióticos, pero el aumento de la resistencia bacteriana ha reducido su eficacia, y ante este contratiempo, la terapia cuádruple con bismuto se ha convertido en una alternativa eficaz, cada vez más recomendada.

La infección por *H. pylori* es un potente factor de riesgo para el cáncer gástrico y ha sido reconocida por la OMS como un carcinógeno de clase 1. Sin embargo, aunque alrededor de la mitad de la población mundial está infectada, sólo en torno a un 3% de ellos desarrollarán cáncer³. Por ello, existe incertidumbre sobre la oportunidad y efectividad de la erradicación de esta bacteria para la prevención del cáncer. Ítem más en España, donde, a pesar de la alta prevalencia de la infección, la incidencia del adenocarcinoma gástrico es baja, constituyendo únicamente el 2.6% anual de los cánceres diagnosticados⁴.

El objetivo principal del estudio que comentamos fue evaluar con mayor precisión el impacto de la terapia de erradicación de *H. pylori* en la prevención del cáncer gástrico. Para ello, se analizaron dos grupos clave:

pacientes sanos infectados y aquellos con neoplasia gástrica apta para resección endoscópica (EMR), comparando los resultados entre quienes recibieron tratamiento y quienes no. Al reunir todos los ensayos clínicos aleatorizados, se observó una reducción del 39% en la incidencia de cáncer gástrico entre los tratados, y en los estudios observacionales se incrementó esta tendencia asociando una disminución del 44% en el riesgo de desarrollar cáncer gástrico. En pacientes con lesiones ya identificadas y aptas para EMR, el beneficio fue aún más notable, con una reducción del 81%.

Aunque los resultados del metaanálisis son bastante concluyentes, hay un detalle que no podemos pasar por alto, y es que la gran mayoría de los estudios incluidos se han realizado en países de Asia Oriental, con apenas dos investigaciones en otras regiones del mundo, lo que plantea una limitación significativa. Esta concentración geográfica reduce la capacidad de extrapolar los hallazgos a poblaciones con características distintas, tanto genéticas como ambientales y hace que nos planteemos si tendría el mismo efecto la terapia de erradicación en otras partes del mundo. Conscientes de ello, los investigadores realizaron una búsqueda en el Registro de Estudios Clínicos del Reino Unido, encontrando tres ensayos clínicos en curso para responder a esta pregunta, ubicados en Reino Unido, Corea del Sur y China. Estos estudios podrían aportar datos más diversos y ayudar a construir una evidencia más representativa a nivel global, que ya se ve reforzada por otro estudio publicado en el mismo número de la revista⁵. En él, una cohorte de base poblacional que incluyó a todos los adultos que recibieron terapia erradicadora para *H. pylori* entre 1995 y 2019 en cinco países nórdicos presentó una disminución de incidencia de adenocarcinoma gástrico después de la erradicación de *H. pylori*. Al cabo de once años del tratamiento su riesgo disminuyó hasta hacerse similar a la población general.

Como comenta el editorial que acompaña a ambos artículos⁶, el potencial de la terapia de erradicación

de *H. pylori* para reducir la incidencia de cáncer gástrico, aunque era conocido, se apoyaba en una evidencia disponible limitada y de baja calidad, principalmente por el escaso número de participantes en los estudios. Sin embargo, esta nueva actualización que combina una revisión sistemática, un metaanálisis y datos de estudios observacionales, marca un punto de inflexión. Gracias a la integración de distintos diseños metodológicos y a la ampliación de los criterios de inclusión, el número de participantes se ha multiplicado por siete, haciendo que la calidad de la evidencia, evaluada según el sistema GRADE, pase de baja a moderada. En otras palabras, ahora contamos con una base científica mucho más robusta para respaldar el papel preventivo de esta terapia frente al cáncer gástrico. Estos resultados respaldan la implementación de estrategias de cribado y tratamiento en personas sanas infectadas, particularmente en regiones con alta incidencia de cáncer gástrico como Asia Oriental, Europa del Este y Central, y América del Sur, aunque es necesario evaluar la capacidad y de los sistemas de salud locales. Dado que la infección suele adquirirse en la infancia y que la reinfección en la edad adulta es poco común, se plantearía realizar una única intervención de cribado a lo largo de la

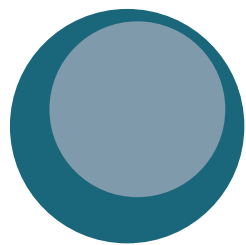
vida. Sin embargo, en países de baja o moderada incidencia como el nuestro, la estrategia coste-efectiva sería aquella centrada en los grupos de riesgo (familiares en primer grado de afectados por cáncer gástrico, en primer lugar).

Así pues, la evidencia actual refuerza el papel de la erradicación de *H. pylori* como una herramienta poderosa en la prevención del cáncer gástrico, en particular en pacientes con riesgo elevado (en primer lugar, familiares en primer grado de pacientes con adenocarcinoma gástrico), pero también en paciente con otras patologías digestivas a los que tratamos. Para nuestra práctica diaria los médicos de familia debemos quedarnos con el mensaje de que la erradicación de *H. pylori* reduce significativamente el riesgo de desarrollar patologías graves asociadas y, en particular, el adenocarcinoma gástrico. Debemos hacer seguimiento personalizado de los pacientes infectados y evaluar la eficacia del tratamiento.

Y quizás en un futuro se llegue a establecer un sistema de cribado en aquellas zonas geográficas con mayor incidencia, como medida de prevención primaria, y sea otra tarea en la consulta del médico de familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ford AC, Yuan Y, Park JY, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy to prevent gastric cancer in helicobacterpylori-positive individuals: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. *Gastroenterology* [Internet]. 2025;169(2):261–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2024.12.033>
2. Graham DY. *Helicobacter pylori*. *Curr Top Microbiol Immunol* [Internet]. 2024;445:127–54. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/82_2021_235
3. Sundar R, Nakayama I, Markar SR, Shitara K, van Laarhoven HWM, Janjigian YY, et al. Gastric cancer. *Lancet* [Internet]. 2025;405(10494):2087–102. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00052-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00052-2)
4. Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C, Arana-Ballestar S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. *Aten Primaria* [Internet]. 2024;56 Suppl 1(103128):103128. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103128>
5. Wiklund A-K, Santoni G, Yan J, Radkiewicz C, Xie S, Birgisson H, et al. Risk of Gastric Adenocarcinoma After Eradication of *Helicobacter pylori*. *Gastroenterology* [Internet]. 2025;169(2):244–250.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2025.01.239>
6. Liu Z-C, Li W-Q. Revisiting *Helicobacter pylori* eradication: Evolving evidence and global implications for gastric cancer prevention. *Gastroenterology* [Internet]. 2025;169(2):205–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2025.04.024>



LECTURA COMENTADA

2. ¿ES ÚTIL EN DIABÉTICOS HIPERTENSOS UN CONTROL TENSIONAL MÁS ESTRICTO?

■ García Justicia, C.¹, León Vázquez, F.²

⁽¹⁾ Médica residente (R4) de Medicina de Familia y Comunitaria (FyC)

⁽²⁾ Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Tutor de Residentes

Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

Unidad Docente Multiprofesional FyC. Dirección Asistencial Noroeste. Madrid.

El ensayo clínico *Intensive Blood-Pressure Control in Patients with Type 2 Diabetes (BPROAD)*⁽¹⁾ pretende dar respuesta a un interrogante recurrente en nuestras consultas de atención primaria sobre el objetivo de tensión en diabéticos: ¿hasta qué punto un mayor control tensional tiene ventajas en población diabética hipertensa?

El estudio compara dos estrategias de control tensional en una población de pacientes mayores de 50 años con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y alto riesgo cardiovascular (CV). Incluyó dos brazos con 6400 pacientes en cada uno, seguidos durante una media de 4.2 años, para comparar los efectos de un control intensivo de la presión arterial sistólica (TAS) con un objetivo <120 mmHg, frente a un control estándar con objetivo TAS<140 mmHg. Se valoraron, además del grado de control tensional, los nuevos eventos vasculares: ictus o infarto agudo de miocardio (IAM) no fatales, hospitalización o tratamiento por insuficiencia cardíaca o muerte por causa CV. La edad media de los pacientes fue 64 años, 45% mujeres, un 22% ya tenían eventos CV previos.

Se alcanzaron TAS de 121.6 mmHg en el grupo intensivo frente a 133.2 en el de control. La hemoglobina glicada en ambos grupos fue similar: 7.6%. En el grupo intensivo se utilizaron mayor número y dosis de medicamentos antihipertensivos, pero similar de antidiabéticos. Los resultados fueron favorables al tratamiento intensivo, con una **reducción de riesgo relativo (RRR) del 21%** (hazard ratio 0.79; 95% intervalo de confianza, 0.69 a 0.90; p<0.001) de eventos cardiovasculares mayores (tomados en conjunto). También resultó significativa la reducción de ictus y la aparición de albuminuria como eventos independientes.

En cuanto a los efectos secundarios graves, el tratamiento intensivo se asoció con un aumento significativo en episodios de hipotensión sintomática, desequilibrios electrolíticos y lesiones renales agudas, frente al tratamiento convencional. Sin embargo, la mayoría

de estos eventos fueron manejables y no resultaron en un aumento significativo de la mortalidad global.

Resulta necesario valorar la **relevancia clínica** de los hallazgos, que no aporta el estudio. Se centra en la RRR, sin hacer referencia a la reducción del riesgo absoluto (RRA) ni al número de pacientes necesarios a tratar (NNT), que hemos calculado con ayuda de ChatGPT. Para el **evento primario compuesto** (ictus no fatal, IAM no fatal, insuficiencia cardíaca tratada/u hospitalizada o muerte CV), considerando un total de eventos de 393/6414 (6.13%) en el grupo intensivo frente a 492/6407 (7.68%) en el estándar, se obtiene una RRA ≈ 1.55% y un **NNT ≈ 64 pacientes** durante un seguimiento mediano de 4.2 años.

Para ictus solamente, por ejemplo, los eventos son 284/6414 (4.43%) frente 356/6407 (5.56%), lo que arroja un RRA de 1.13% y un NNT ≈ 89 en 4.2 años.

El artículo publica número de eventos y tasas por 100 persona-años, pero **no** proporciona explícitamente el riesgo acumulado Kaplan-Meier a un tiempo fijo; por eso el NNT anterior se ha calculado con los porcentajes crudos (eventos/n aleatorizados), que puede ser una aproximación aceptable. En cambio, si aproximamos con las **tasas** (1.65 vs 2.09 por 100 persona-años) asumiendo riesgo constante a lo largo de 4.2 años, se obtiene un RRA ≈ (2.09-1.65)×4.2/100 = 1.85% y un NNT ≈ 54.

Una limitación del estudio para su aplicación en nuestro medio es el ámbito de estudio en China. Otra es que parte del estudio se realizó durante la pandemia. Así mismo, la RRR de cada evento tomado de forma aislada no resultó significativa, salvo para el ictus, lo que limita la extrapolación de las conclusiones. Por ejemplo, no existe una significativa reducción de mortalidad por cualquier causa.

Existe una recomendación extendida en guías clínicas⁽²⁾ de buscar objetivos de TAS más bajos en DM2 que en el resto de la población hipertensa, aunque

estudios previos como el ACCORD⁽³⁾ no lograron demostrar una reducción significativa en la incidencia de eventos adversos a largo plazo. Sin embargo, otros ensayos apuntan en sentido contrario a favor de la eficacia del control intensivo^(4,5,6)

La aparición de efectos secundarios asociados al tratamiento intensivo, como la hipotensión ortostática (con el incremento del riesgo de caídas), alteraciones en el equilibrio electrolítico y la necesidad de polifarmacia para alcanzar objetivos tensionales más estrictos, ha generado reticencia entre los profesionales para adoptar metas de TAS tan bajas.

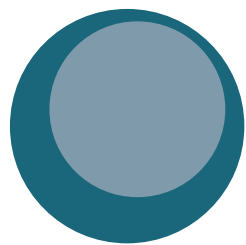
La mejoría en el pronóstico CV atribuida al control intensivo de TAS en DM2 abre la puerta a reconsiderar las recomendaciones actuales, siempre bajo un enfoque individualizado y con una adecuada valora-

ción del riesgo-beneficio. El incremento en efectos secundarios graves como hipotensión, alteraciones electrolíticas y daño renal sugiere la necesidad de un seguimiento clínico cuidadoso, especialmente al extrapolarlo a poblaciones con características diferentes a la china del estudio.

En conclusión, el estudio demuestra que un control intensivo de la TAS en DM2 puede reducir el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en población de alto riesgo. Sin embargo, la relevancia clínica de estos resultados debe valorarse con cautela, por el NNT alto que implica tratar muchos pacientes mucho tiempo para prevenir un evento CV. La decisión debe individualizarse, considerando el balance entre beneficios y riesgos, comorbilidad y posibilidad para manejar posibles complicaciones derivadas del tratamiento intensivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bi Y, Li M, Liu Y, Li T, Lu J, Duan P, et al. Intensive blood-pressure control in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2025;392(12):1155–67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2412006>
2. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J* [Internet]. 2024;45(38):3912–4018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
3. ACCORD Study Group, Cushman WC, Evans GW, Byington RP, Goff DC Jr, Grimm RH Jr, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* [Internet]. 2010;362(17):1575–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1001286>
4. SPRINT Research Group, Lewis CE, Fine LJ, Beddhu S, Cheung AK, Cushman WC, et al. Final report of a trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* [Internet]. 2021;384(20):1921–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1901281>
5. Zhang W, Zhang S, Deng Y, Wu S, Ren J, Sun G, et al. Trial of intensive blood-pressure control in older patients with hypertension. *N Engl J Med* [Internet]. 2021;385(14):1268–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2111437>
6. Liu J, Li Y, Ge J, Yan X, Zhang H, Zheng X, et al. Lowering systolic blood pressure to less than 120 mm Hg versus less than 140 mm Hg in patients with high cardiovascular risk with and without diabetes or previous stroke: an open-label, blinded-outcome, randomised trial. *Lancet* [Internet]. 2024;404(10449):245–55. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01028-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01028-6)



CARTA AL DIRECTOR

COMENTARIOS A LA EXPOSICIÓN PÚBLICA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 1

■ Miguel Ángel María Tablado
Médico de Familia. CS Canillejas y Grupo de Trabajo de Diabetes de la SoMaMFyC

Recientemente desde el Ministerio de Sanidad (Guías de Práctica clínica del Sistema nacional de Salud- SNS) se ha iniciado el proceso de exposición pública de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Diabetes Mellitus Tipo 1 (DT1). Nuestro Grupo de Trabajo Diabetes de SoMaMFyC forma parte de los Grupos de Interés (GI) invitados a participar en este proceso, cuyo objetivo es permitir que organizaciones del ámbito de la salud, ajenas a la elaboración y revisión de la GPC, puedan contribuir mediante sus aportaciones a la mejora del contenido del borrador.

Queremos exponer en esta carta al director nuestras propuestas desde la revisión exhaustiva de la literatura y aportando la visión holística propia del médico de familia que también atiende, diagnostica y trata la DT1 y sus complicaciones.

Nuestra primera aportación es referente al diagnóstico de la DT1 perfectamente detallado en la GPC. En concreto en el diagnóstico diferencial. Los médicos de familia nos encontramos en ocasiones pacientes con un debut tardío de personas entre 25 y 35 años. Creemos que el texto es poco acertado pues en esta franja etaria se debe considerar igual de probable una diabetes llamada monogénica que una DT1. Y por tanto como diagnóstico diferencial no debemos perder el tiempo en valorar fenotipos o clínica compatible, sino solicitar casi en paralelo al debut los anticuerpos citados en la GPC y los test genéticos correspondientes^{1,2,3}.

El segundo aporte de nuestro grupo tiene que ver con la anterior respecto al acceso a las pruebas diagnósticas de DT1. Dado que la GPC debe ser un documento consensado con primaria (base del diagnóstico y posible screening), debiera existir una referencia a la obligatoriedad de que los anticuerpos diagnósticos puedan ser solicitados por todo el personal sanitario que atiende a estos pacientes, y se pueda determinar lo antes posible (para evitar el debut en cetosis). Esto incluye pediatras de atención primaria, enfermeras de familia y médicos de familia (actualmente en el territorio español y dependiendo de gerencias asistenciales se pueden o no).

También considera nuestro grupo de trabajo que en referencia a las recientes publicaciones sobre tratamiento en fases prediabéticas con éxito con el anticuerpo monoclonal teplizumab y su aprobación por las agencias reguladoras al respecto, así como el debate sobre el screening poblacional y el reciente consenso de las Sociedades (SED, SEEN, SEEP)⁴. Consenso sobre cribado, estadificación y seguimiento de la diabetes tipo 1 en estadios preclínicos: consenso de las sociedades científicas SED, SEEN y SEEP. Queremos que quede claro que por parte de atención primaria nos parece que este citado documento debiera contar con el consenso de los pediatras, médicos y enfermeras de atención primaria, pues cualquier screening poblacional o screening dirigido y los seguimientos posteriores de los “no enfermos” debe realizarse en y desde la atención primaria.

En otra línea del documento al referirse al abordaje de las enfermedades intercurrentes de los pacientes con DT1 se habla de un “equipo diabetológico” que no está definido previamente. La cartera de servicios de atención primaria no hace distinción en la atención a los pacientes con DT1 en atención primaria por lo que el “equipo diabetológico” no es ninguna referencia válida. Debiera referirse a todo el personal sanitario que tiene responsabilidad en estos pacientes y más en situaciones intercurrentes extrahospitalarias. Es competencia de los médicos y enfermeras de familia, así como de los servicios de urgencias extrahospitalarios muchos de ellos fundamentados en la atención primaria, estar formados y atender a este perfil de pacientes con la máxima calidad.

Tampoco nos parece oportuno que las personas con DT1 como desarrolla la GPC tengan una línea de teléfono o telemática ex profeso para las patologías intercurrentes que les surjan. Se vinculan al paciente y familia con un servicio telefónico que se desconoce quién lo atiende, durante cuánto tiempo y cuál es la solución que da al problema dependiendo de la gravedad. P. ej. ¿Puede activar un servicio tipo 112 en paralelo ante situación de coma? La atención primaria y los servicios de urgencias extrahospitalarias deben y están formados para dar salida a todos y cada uno de los problemas de un paciente con DT1.

Respecto a la complicación más grave de los pacientes con DT1 (cetosis) nuestra opinión es que en los servicios de urgencia extra hospitalarios y centros de salud exista el test sanguíneo de detección de 3-hidroxibutirato o tiras para los medidores de glucosa que determinan cuerpos cetónicos como prioridad.

Por último, la revisión nos permite aportar comentarios sobre consideraciones no tenidas en cuenta en la guía. A nuestro criterio nos gustaría aportar:

1. La guía adolece de un enfoque de género, la mujer con DT1 tiene otras prioridades sin resolver

que debe ser un esfuerzo colectivo el abordar y más desde el Ministerio de Sanidad.

2. La parte del embarazo debiera llevar un subepígrafe que hiciera referencia al fomento de la lactancia y los beneficios de la misma.
3. Debiera existir una referencia a los trastornos psicológicos y en concreto de la alimentación propios de la mujer con DT1 (diabulimia)^{5,6}.
4. Debiera existir una referencia a los trastornos en la menopausia y DT1⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hattersley AT, Patel KA. Precision diabetes: learning from monogenic diabetes. *Diabetologia*. 2017 May;60(5):769-777 <https://doi.org/10.1007/s00125-017-4226-2>
2. Chung WK, Erion K, Florez JC, Hattersley AT, Hivert MF, Lee CG et al. Precision Medicine in Diabetes: A Consensus Report From the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2020 Jul;43(7):1617-1635 <https://doi.org/10.2337/dci20-0022>
3. Hattersley AT, Greeley SAW, Polak M, Rubio-Cabezas O, Njølstad PR, Mlynarski W, Castano L, Carlsson A, Raile K, Chi DV, Ellard S, Craig ME. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: The diagnosis and management of monogenic diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes*. 2018 Oct;19 Suppl 27:47-63 <https://doi.org/10.1111/pedi.12772>
4. Consenso sobre cribado, estadificación y seguimiento de la diabetes tipo 1 en estadios preclínicos: consenso de las sociedades científicas SED, SEEN y SEEP | Sociedad Española de Diabetes
5. Carreira M, Anarte MT, Ruiz De Adana MS, et al. Depresión en la diabetes mellitus tipo 1 y factores asociados. *Med Clin*. 2010;135(4):151-5. 2. Nicolau J, Masmiquel L. Trastornos de la conducta alimentaria y diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr*. 2015;62(7):297-9. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.02.027>
6. Trujillo Olivera LE, Nazar Beutelspacher A. Autocuidado de diabetes: una mirada con perspectiva de género. *Estud Demog urbanos*. 2011;26(3):639-70. <https://doi.org/10.24201/edu.v26i3.1377>
7. Maria Tablado MA. Diabetes tipo 1 y menopausia. *Revista Médicos de Familia*. Abril 2025. 27(1) 70-73. <https://www.somamfyc.com/publicaciones-listado/revistas/revista-medicos-de-familia-vol-27-n1/>