



## LISTADO CASOS CLÍNICOS 2010 RECIBIDOS

ORDEN	TITULO	C. DE SALUD
2010/01	<b>PSEUDOHIPOPARATIROIDISMO POR RESISTENCIA A PTH</b>	R1 Arriondas
	<b>Ponente:</b> <b>Autores:</b> González Corteguera, Esteban; González Díez, Pilar; Lazcano, Edgar; Quevedo Villegas, Carolina. <b>Tutor:</b> Francisco Manuel Lozano Sánchez-Pajares	
2010/02	<b>MÁXIMO DÉCIMO MERIDIO CONSULTA POR CEFALEA A DON CÉSAR</b>	R2 Cabueñes
	<b>Ponente</b> <b>Autores:</b> Álvarez Sellán, Ángela; Chudacik, Michal; Estrada Martínez, María, Fernández García, Luis Carlos; Giorgetti, M <sup>a</sup> Edith; Martínez Lobeto, Ruth M <sup>a</sup> ; Urbano Cámara, M <sup>a</sup> Luna <b>Tutor:</b> Juan Pérez Álvarez, M <sup>a</sup> José Fernández Vázquez	
2010/03	<b>A PROPÓSITO DE UN CASO DE DOLOR TORÁCICO</b>	R2 A.S. III
	<b>Ponente:</b> <b>Autores:</b> E. Fiorella Pacheco Ugarte, Verónica Rodríguez Rodríguez <b>Tutor:</b> Mercedes Pajín Collada, Begoña Paredes Ojanguren	
2010/04	<b>NEOPLASIA DE PULMÓN CON MTT</b>	R1 Cabueñes
	<b>Ponente:</b> <b>Autores:</b> Silvia Menéndez Tuñón, Pablo González García, Sally Salinas Herrero, Angélica Faviola Gutiérrez Antezan, Ana Gancedo García, Patricia Rocés Iglesias <b>Tutor:</b> Juan Pérez Álvarez, M <sup>a</sup> José Fernández Vázquez	
2010/05	<b>DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE</b>	R1 y R2 Álvarez Buylla
	<b>Ponente:</b> <b>Autores:</b> Álvarez Mieres, Isabel. Bujanda de Fuente, Elena. Fernández Bustamante, Pablo. Jaén Vera, M <sup>a</sup> Ángeles. Loarte Pasquel, Percy. Moreno García, Sara. Murube Ansoleaga, María. Pallavicine Rivera, Francisco <b>Tutor:</b> Begoña Álvarez Muñoz	



## LISTADO CASOS CLÍNICOS 2010 RECIBIDOS

2010/06	<b>DE / SÍNDROME DE TIETZE A TEPA</b>	R1 y R2 Jarrio
	<b>Ponente:</b> <b>Autores:</b> Amparo Mariño Díaz, Armando Miaja Fol, Margarita Ceñal Berjano, Caroly Calle Iza, Maria Luisa Marqués Espina, Carmen Luisa Fernández García. <b>Tutor:</b> Celestina Mastache de la Peña	
2010/07	<b>SINDROME RS3 PE</b>	R1 Cangas del Narcea
	<b>Ponente:</b> <b>Autores:</b> M <sup>a</sup> Ramona Suárez Suárez <b>Tutor:</b> Anselmo Fernández Suárez	
2010/08	<b>ESPONDILODISCITIS POR PSEUDOMONA</b>	R2 HUCA
	<b>Ponente:</b> <b>Autores:</b> Mario E. Guillén Alfaro, Rebeca Cachero Fernández, Lidia Díaz Rodríguez, Rebeca Fernández de Sanmamed, Aitor Arias Fernández, Alfredo Rodríguez García, J. Pablo Rodríguez Hernández, José Miguel Olmo Jiménez, Maite Domínguez Ayala, Belén Milla García, Diana Iglesias Alonso, Lucía Sobrino Díaz <b>Tutor:</b> Joaquín Vázquez Álvarez, Pablo Herrero Puente, Luis Marcelino Martínez Escotet	
2010/09	<b>ATAXIA AGUDA POST-INFECCIOSA</b>	R1 y R2 Hospital Valle del Nalón
	<b>Ponente:</b> <b>Autores:</b> R1 y R2 A.S. VIII <b>Tutor:</b> Ana Gutiérrez González	
2010/10	<b>INERCIA TERAPÉUTICA EN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR</b>	R1 y R2 Hospital de Jove
	<b>Ponente:</b> <b>Autores:</b> Sandra Bermúdez Fernández, Paulina Rodríguez Coello, Carolina Estrada Menéndez, Cristina Martín Tapia, Ariel Moreda, Arturo Rubio Castro, David A. Silva Sayago, David Solar Fernández <b>Tutor:</b> Concepción Fernández Fernández	



## LISTADO CASOS CLÍNICOS 2010 RECIBIDOS

2010/11	<b>MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD CELIACA</b>	R1 Hospital San Agustín
	<b>Ponente:</b> <b>Autores:</b> Bibiana Iglesias Martínez, Inés Olaya Velázquez, J. Cristóbal Panigua Marrero, Svitlana Sosnovska, Carmen Toyos Munárriz, Claudia Briyith Trujillo González <b>Tutor:</b> Mercedes Pajín Collada, Begoña Paredes Ojanguren	
2010/12	<b>TOS CRONICA A ESTUDIO</b>	R1 HUCA
	<b>Ponente:</b> <b>Autores:</b> Maria de Jesús González García, Hafid Gómez Lara Mier, Ma. Purificación Díaz Santos, Reyna Isabel Majano Parada, Ana Laura Rivero Pérez, Christian Ruiz Fernández, Lucia Terán Álvarez, José García Salas <b>Tutor:</b>	
2010/13	<b>Ponente:</b>	
	<b>Autores:</b> <b>Tutor::</b>	
2010/14	<b>Ponente:</b>	
	<b>Autores:</b> <b>Tutor:</b>	
2010/15	<b>Ponente:</b>	
	<b>Autores:</b> <b>Tutor::</b>	
2010/16	<b>Ponente:</b>	
	<b>Autores:</b> <b>Tutor Metodológico::</b>	

**XVIII ENCUESTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS**

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

**RESÚMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS**

N<sup>o</sup> de Registro: \_\_\_\_\_

**Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010**

**Autores:** González Corteguera, Esteban; González Díez, Pilar; Lazcano, Edgar; Quevedo Villegas, Carolina.

**Centro de Trabajo:** C.S Arriondas

**Población:** Arriondas/Les Arriondes (Parres)

C.P. 33520

**Teléfono de contacto:** 649201970

e-mail: trebanu\_valle@hotmail.com

**Palabras Clave:** Hipocalcemia, pseudohipoparatiroidismo, crecimiento

**TÍTULO:** PSEUDOHIPOPARATIROIDISMO POR RESISTENCIA A PTH.

**RESUMEN** (máximo 300 palabras)

Paciente de 57 años que acude a consulta de Medicina Interna remitida desde su Centro de Salud para estudio de hipocalcemia crónica.

**Antecedentes personales:** Intolerancia al ácido acetilsalicílico. Ex fumadora desde hace 3 años (37 paquetes/año). Hipertensa. Pesa 34.8 kg y mide 112 cm, aunque nació con talla normal pero con deformidades óseas que requirieron cirugía. (osteotomías para alineación de las tibias).

Anomalías en la dentición. Cardiopatía valvular reumática. Síndrome coronario agudo sin elevación del ST en 2003 con coronarias normales.

Presenta hipocalcemia crónica bien tolerada, objetivada por primera vez en 2008. No presentó clínica digestiva salvo ocasional tendencia a la diarrea. No presentó dolores musculares o fatigabilidad. Su ingesta de calcio habitual es de 500 cc de leche desnatada y uno o dos yogures al día.

Se encuentra consciente, orientada y colaboradora. Buen estado general. Normotensa, frecuencia cardiaca 80 lat/min, frecuencia respiratoria 12 resp/min, afebril, oximetría 98%.

Ausencia total de piezas dentarias. Resto de exploración de cabeza y cuello normal. Auscultación cardiopulmonar: soplo sistólico aórtico y mitral grado II/VI. Abdomen anodino. En las extremidades inferiores se observan cicatrices de las osteotomías, sin otros hallazgos patológicos.

Las pruebas de provocación no desencadenan tetania.

Al realizar analítica sanguínea se diagnostica anemia normocítica normocrómica. Resto del hemograma normal. Bioquímica: calcemia de 6.95, el resto es normal. Orina: calciuria de 13.10 y la fosfaturia de 0.20. Se realizó proteinograma, serología celiaca, determinación de PTH y de Vitamina D3, que resultaron normales.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 71 lpm sin otras alteraciones.

Estudio radiográfico: osteopenia generalizada, pseudofracturas en miembros inferiores, escoliosis dorsolumbar dextroconvexa, acortamiento de segundo y tercer metacarpianos.

Ecografía abdominal, tránsito intestinal, ecografía tiroidea y TC torácica y craneal fueron normales.

**Diagnóstico final:** hipocalcemia debida a pseudohipoparatiroidismo por resistencia a PTH. Pendiente de estudios para determinar posible osteodistrofia hereditaria de Albright.

**XVIII ENCUENTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS**

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

**RESÚMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS**

N<sup>o</sup> de Registro: \_\_\_\_\_

**Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010**

**Autores:** Residentes de 2º año de MFyC. Álvarez Sellán, Ángela; Chudacik, Michal; Estrada Martínez, María, Fernández García, Luis Carlos; Giorgetti, M<sup>a</sup> Edith; Martínez Lobeto, Ruth M<sup>a</sup>; Urbano Cámara, M<sup>a</sup> Luna

**Centro de Trabajo:** Hospital de Cabueñes

**Población:** Gijón C.P. 33394

**Teléfono de contacto:** 646294120/664451647 e-mail: estradi\_varius@hotmail.com

**Palabras Clave:** cefalea de tipo tensional, agentes antiinflamatorios no esteroides, insuficiencia renal aguda, nefritis intersticial

**TÍTULO:** “ MÁXIMO DÉCIMO MERIDIO CONSULTA POR CEFALEA A DON CÉSAR”

**RESUMEN (máximo 300 palabras)**

**ANAMNESIS:**

Varón de 32 años que presenta desde hace 2 meses cefalea fronto-temporo-occipital continua, diagnosticada por su médico de familia de características tensionales. Fue tratado con naproxeno un comprimido cada 12 horas. Por persistencia del dolor, asoció sin consultar, ibuprofeno 1 comprimido cada 8 horas.

En los últimos días, al persistir el dolor y por encontrarse nauseoso, con astenia, anorexia, nicturia y polaquiuria acude a Urgencias. Antecedentes personales:Albañil.No alergias conocidas. No hábitos tóxicos. No enfermedades crónicas. Apendicectomizado.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Afebril. TA: 138/81.Leve palidez cutánea. ACP normal. Abdomen anodino. No edemas MMII.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

Analítica: Hb 10,4. Plaquetas 459000.Leucocitos 10660. Cr 3,15

Orina: Proteinuria ++. Hematuria ++. Leucocitos +++

Se decide ingreso para estudio por Nefrología, durante su ingreso la creatinina aumenta hasta 4,3

TAC craneal: normal

ECO renal: Normal

Biopsia renal: hallazgos compatibles con nefritis intersticial aguda.

**DIAGNÓSTICO**

Relacionando esta biopsia con la medicación que tomó el paciente se piensa como etiología más probable que estos fármacos son los causantes del daño renal agudo debido a una nefritis intersticial de tipo inmuno-alérgico.

Se instaura, por ello, tratamiento con esteroides y retirada de antiinflamatorios, con mejoría progresiva de las cifras de creatinina hasta estabilizarse en 1,4

**XVIII ENCUESTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS**

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

**RESÚMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS**

N<sup>a</sup> de Registro: \_\_\_\_\_

**Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010**

**Autores:** \_\_E. Fiorella Pacheco Ugarte, Verónica Rodríguez Rodríguez \_\_\_\_

**Centro de Trabajo:** \_\_\_\_Área Sanitaria III-, Hospital San Agustín

**Población:** \_\_Avilés

**Teléfono de contacto:** \_\_610875519\_\_\_\_\_ **e-mail:** \_f\_pacheco\_ugarte@hotmail.com\_\_\_\_\_

**Palabras Clave:** \_Dolor - Torácico – Megaesófago. \_\_\_\_\_

**TÍTULO:** \_A propósito de un caso de dolor torácico.

**RESUMEN (máximo 300 palabras)**

1. Anamnesis: Mujer de 42 años, vecina de Pravia. Fumadora activa de 10 cig /día. Trabajadora en una empresa de plásticos, sin patología previa.

Enfermedad Actual: Acudió a urgencias refiriendo dolor en región torácica lado derecho de 3 días de evolución acompañado de fiebre. Sin presentar tos ni otra sintomatología.

Fue valorada en centro de salud previamente donde le diagnosticaron de ITU y pautaron tratamiento con Fosfomicina.
2. Exploración física: Afebril, TA: 97/63, FC: 80, Sat O<sub>2</sub>: 97% Buen estado general, despierta orientada en 3 esferas. A.P.-.

Ruidos respiratorios pasan bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados. A.C. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos audibles. Abdomen-.Blando depresible no doloroso a la palpación. Ap. Locomotor-. Eutrófico sin signos compatibles de tromboflebitis.
3. Exploraciones complementarias: Hemograma: 3 series dentro de límites normales. Bioquímica: PCR 5.15, resto dentro límites normales. Perfil de coagulación: Dentro de límites normales. Rx tórax-. Infiltrado periférico a nivel del lóbulo superior derecho y un pequeño infiltrado en campo medio izquierdo.
4. Diagnósticos diferenciales: Patologías de mediastino medio e inferior.
5. Exámenes Auxiliares: Gastroscoopia Megaesófago con retención alimentaria, cardias hipotónico compatible con Acalasia. Manometría esofágica: Trastorno motor en cuerpo esofágico compatible con Acalasia de cardias
6. Impresión diagnóstica: Neumonía bilateral, Megaesofago (Acalasia).

**XVIII ENCUENTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS**

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

**RESÚMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS**

Nº de Registro: \_\_\_\_\_

**Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010**

**Autores:** Silvia Menéndez, Pablo González, Sally Salinas, Angelica Faviola, Ana Gancedo, Patricia Rocés.

**Centro de Trabajo:** Hospital de Cabueñes.

**Población:** Gijón C.P: 33203

**Teléfono de contacto:** 985 338425 e-mail: regetepatry@hotmail.com

**Palabras Clave:** Neoplasia

**TÍTULO:** NEOPLASIA DE PULMÓN CON MTT.

**RESUMEN**

Varón de 78 años derivado a Urgencias del Hospital desde su centro de salud dolor en hemitórax izquierdo de características pleuro-mecánicas de cuatro meses de evolución resistente a tratamiento analgésico habitual, refiriendo síndrome general acompañante durante los últimos dos meses. El paciente es ingresado en el Sº de Medicina Interna para estudio de su síndrome constitucional, siendo trasladado al Sº de Neumología ante los hallazgos del TAC torácico (masa pulmonar + lisis costal por MTT). Se trata de un **adenocarcinoma estadio IV (T2N2M1)** pendiente de tto en el momento actual según decisión conjunta del Sº de Radioterapia y Oncología Médica.

**XVIII ENCUENTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS**

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

**RESÚMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS**

Nº de Registro: \_\_\_\_\_

**Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010**

Autores Álvarez, Isabel. Bujanda, Elena. Fernández, Pablo. Jaén, Mª Angeles. Loarte, Percy. Moreno, Sara. Murube, María. Pallavicine, Francisco.

Centro de Trabajo: Hospital Vital Álvarez Buylla.

Población: Murias, Mieres. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: 656523827 e-mail: ma10jave@yahoo.es \_\_\_\_\_

Palabras Clave: Dolor torácico, Wolf Parkinson White

**TÍTULO: DOLOR TORÀCICO EN PACIENTE HEMODINÀMICAMENTE INESTABLE**

**RESUMEN** (máximo 300 palabras)

Caso clínico:

Paciente de 76 años que acude a urgencias tras hora y media de dolor torácico opresivo, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular.

A su llegada al Servicio de Urgencias se encuentra hemodinámicamente inestable. El ECG muestra taquicardia de QRS ancho irregular por lo que se decide cardioversión eléctrica entrando en ritmo sinusal. El paciente es ingresado en el Servicio de Cardiología donde se le realizan pruebas complementarias tras las cuales es derivado a la unidad de arritmias del servicio de cardiología del Hospital Universitario Central de Asturias.

En dicho servicio y tras estudio electrofisiológico se llega a la impresión diagnóstica de Síndrome Wolf Parkinson Withe y fibrilación auricular preexcitada.

Como tratamiento se realiza ablación de vía accesoria lateral izquierda.

Breve descripción del síndrome y conclusiones.

Clínica, exploración, pruebas complementarias, diagnóstico, complicaciones y opciones terapéuticas.



**XVIII ENCUESTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS**

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

**RESÚMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS**

Nº de Registro: \_\_\_\_\_

**Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010**

**Autores:** Amparo Mariño Diaz, Armando Miaja Fol, Margarita Ceñal Berjano, Caroly Calle Iza, Maria Luisa Marqués Espina, Carmen Luisa Fernandez García.

**Centro de Trabajo:** Hospital de Jarrio

**Población:** Coaña \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_

**Palabras Clave:** Disnea, ACOS (anticonceptivos orales), TEP(tromboembolia pulmonar), TVP(trombosis venosa profunda), Infarto pulmonar.

**TÍTULO:** DE/SÍNDROME DE TIETZE A TEPA

**RESUMEN** (máximo 300 palabras)

**Motivo de Consulta:** Dolor pleurítico derecho

**Antecedentes:** 43 años, casada, 1 hijo, trabaja en hostelería, , no hábitos, no alergias, Reflujo gastroesofágico.

**Medicación Habitual:** Pantoprazol, Etinilestradiol + 150 mcg dosogestrel.

**Enfermedad Actual:** Pcte que el día 22/02/10, fue atendida en su domicilio por un dolor torácico, Ex F: dolor a la palpación en región subcostal derecha y murmullo vesicular)conservado,afebril y sat 02 95%, se deriva al hospital en donde además refiere disnea que cedió levemente con neobrufen; La analítica, el ECG y RX de torax eran normales, marcadores cardiacos negativos, Alta con naproxeno y omeprazol. El día 23/02/10 regresa al ambulatorio por persistir dolor, se administra diclofenaco IV y metamizol.

El día 24 comunica a su médico de cabecera que ha mejorado el dolor pero persiste la disnea encontrandose un MV disminuido en campo derecho, 27 respiraciones x min con saturación del 98%, se deriva al hospital para descartar TEP.

**Al ingreso:** Buen estado general, afebril, TA 117/82, FC 106 x min, no disnea en reposo. AC: Ritmica, no soplos. AP: disminución del murmullo vesicular en hemitorax derecho, el resto normal. Abdomen sin hallazgos, no edemas, ni signos sugestivos de trombosis venosa en MMII

**Exploraciones**

**Hemograma:** 11.300 leucos,Hb 13, VCM 89, plaquetas 225.000.

- Bioquímica: Glucosa, iones, pruebas de función renal normales. Pruebas hepáticas: AST 169, ALT 210, GGT 85, FA 169, amilasa 65, LDH 270, Perfil lipídico: Colest tot 293, LDL 212, Triglicéridos 198, HDL 41.
- PCR:31
- Coagulación: Dímero D 3.695, fibrinógeno 651, tasa protrombina 90%.
- IRN: 1,45.
- ECG: Ritmo sinusal.
- RX torax: Pinzamiento de ambos senos costodiafragmáticos.
- TAC torácico: Tromboembolismo pulmonar masivo bilateral e infarto pulmonar.
- ECO doppler miembros inferiores. Trombosis de vena poplítea derecha, la izq normal.

**Diagnostico:** TEP masivo bilateral + trombosis venosa profunda.

**Tratamiento:** Amoxi-clavulámico y Dicumarol.

**XVIII ENCUESTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS**

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

**Balgua@hotmail.com RESUMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS**

N<sup>o</sup> de Registro: \_\_\_\_\_

**Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010**

**Autores:** \_\_\_\_\_ M<sup>a</sup> Ramona Suárez Suárez \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: Cento de Salud de Cangas del Narcea \_\_\_ Población: Cangas del Narcea CP: 33800 \_\_\_ TLF: 620103744

\_\_\_ Email: [balgua@hotmail.com](mailto:balgua@hotmail.com) \_\_\_\_\_

\_\_\_ Palabras clave : Anciano.Poliartritis Edematosa. Síndrome RS3 PE \_\_\_\_\_

**TÍTULO:** \_ \_\_\_ SINDROME RS3 PE

**RESUMEN** (máximo 300 palabras)

**Anamnesis :**

Varón 70 años, consulta por dolor, tipo inflamatorio, de miembros superiores, edemas en las manos y rigidez matutina, 7 días de evolución, afebril. No cefalea, claudicación mandibular, lesiones cutáneas ni síntomas generales.  
Es hipertenso grado I a tratamiento con Clortalidona. No alergias medicamentosa conocidas ni hábitos tóxicos.

**Exploración física :**

Eupneico. Afebril. TA 130/85. Pesa 63 kg. Talla 1.60 cm. IMC 24.6%.

Exploración general normal. Pulsos temporales positivos

Exploración reumatológica: Destacan edemas con fovea en manos y polisinovitis aguda de muñecas, articulaciones metacarpofalangicas (MCP) e interfalangicas proximales (IFP) .

**Exámenes complementarios :**

Hemograma y Bioquímica general normal

VSG 1<sup>a</sup> hora : 29 mm/h

Proteína C reactiva (PCR) : 30.3

Factor Reumatoide (FR) : negativo

ANA : negativo

Marcadores tumorales : normales

Radiografía de tórax : normal

TAC Abdominopelvico : sin hallazgos

**Evolución :**

Con el diagnostico de Síndrome RS3 PE se pauta tratamiento con esteroides con remisión completa .

**Diagnostico :**

El Síndrome RS3 PE (Sinovitis simétrica seronegativa remitente del anciano con edema y fovea) descrito en 1985 por McCarty y col.

Afecta a mayores de 60 años

Se presenta como poliartritis aguda de articulaciones MCF e IFP con edemas en dorso de manos. Pueden afectarse hombros, muñecas, tobillos y pies (también edematosos).

El diagnostico es clínico, analítica normal. FR negativo por definición. En ocasiones elevados los Reactantes de fase aguda y la VSG, o ANA débilmente positivo. HLA B-7 presente en el 59% de pacientes.

El diagnostico diferencial debe hacerse con otros procesos reumatológicos del anciano: Artritis reumatoide , Polimialgia Reumática. Más raramente con Espóndiloartropatías, Artritis microcristalinas, Artritis psoriasisicas, Sarcoidosis aguda, Enfermedad de Wipple y Conectivopatias.

Puede tratarse de una manifestación paraneoplasica. Tumores relacionados: linfomas, Leucemias, Carcinoma gástrico, endometrial y páncreas.

Los Corticoides a dosis bajas conducen a la remisión completa y persistente del cuadro en 6-18 meses

**XVIII ENCUESTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS**

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

**RESÚMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS**

N<sup>a</sup> de Registro: \_\_\_\_\_

**Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010**

**Autores:** Mario Guillén, Rebeca Cachero, Lidia Díaz, Rebeca Fernández, Aitor Arias, Alfredo Rodríguez, J. Pablo Rodríguez, José Miguel Olmo, Maite Domínguez, Belén Milla, Diana Iglesias, Lucía Sobrino (R-2 área IV)

**Centro de Trabajo:** HUCA

**Población:** Oviedo C.P.

**Teléfono de contacto:** 686786766 e-mail: dralid@hotmail.com

**Palabras Clave:** Discitis, Pseudomona, Piperacilina

**TÍTULO:** Espondilodiscitis por Pseudomona

**RESUMEN** (máximo 300 palabras)

Varón de 71 años con antecedentes de cardiopatía isquémica tipo infarto, artrosis, cólicos renales de repetición e hipertrofia benigna de próstata, con múltiples tratamientos.

Acude por primera vez a consulta por fiebre sin foco, diagnosticándose de viriasis.

Segunda consulta, tres días más tarde, por febrícula con urgencia miccional, se realiza tira de orina (positiva) e iniciándose tratamiento con ciprofloxacino.

Tercera visita un mes después, por fiebre (37,9°C), y ante ausencia de foco se piden pruebas complementarias, donde destacan elevación de proteína C reactiva, fibrinógeno, ferritina y procalcitonina con perfil de inflamación aguda en el proteinograma.

Urinocultivo positivo a Pseudomona aeruginosa, por lo que se trata como Infección del tracto Urinario recurrente con Ciprofloxacino 14 días

Tres meses más tarde vuelve con fiebre y dificultad para la micción. Tira de orina dudosa y tratamiento con Amoxicilina/Clavulánico 14 días. Al día siguiente acudimos a domicilio por fiebre de 39,5°C, dolor lumbar, diarrea y agotamiento. Se deriva al Hospital ingresando en Medicina Interna por síndrome febril sin foco de probable origen bacteriano, recibiendo antibioticoterapia endovenosa y alta.

A los dos días dolor lumbar, en fosa renal derecha, con irradiación a extremidad inferior, tratado con diclofenaco.

Una semana después, quejoso, síndrome general, con elevación de velocidad de sedimentación globular, Proteína C reactiva y ferritina, anemia microcítica.

Nueva derivación, ingreso y más estudios complementarios con criterios de espondilodiscitis en gammagrafía ósea. Se realiza tratamiento con Piperacilina/Tazobactán durante 8 semanas y analgesia y antibióticos vía oral al alta 3 meses.

Control evolutivo a los 2 meses, con buen estado general, vida activa normal y normalización de parámetros (radiología de columna, hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda). En tomografía computerizada evolución a anquilosis D11-D12 y pseudoartrosis D12-L1

**XVIII ENCUENTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS**

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

**RESÚMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS**

Nº de Registro: \_\_\_\_\_

**Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010**

Autores: \_\_\_R1-R2\_\_\_\_\_

Centro de Trabajo: \_HOSPITAL VALLE DEL NALON\_\_\_\_\_

Población: \_\_\_LANGREO\_\_\_\_\_ C.P. 33934\_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_616925163\_\_\_\_\_ e-mail: fer.tamargo@gmail.com\_\_\_\_\_

Palabras Clave: \_\_\_MAREO. ATAXIA CEREBELOSA AGUDA. MONONUCLEOSIS INFECCIOSA\_\_\_\_\_

**TÍTULO:** ATAXIA AGUDA POST-INFECCIOSA

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Mujer de 19 años, sin hábitos tóxicos ni alergias farmacológicas. No cirugías. Neumonía lingular al año de edad. Asma Extrínseca. Dermatitis atópica.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Sin interés.

**TRATAMIENTO HABITUAL:** Ninguno.

**ENFERMEDAD ACTUAL:** Acude por cuadro de inestabilidad de 3 días de evolución, referente a bipedestación y marcha. Fue tratada por su médico de atención primaria con sulpiride. No cefalea, ni fiebre, no diplopia, disfagia, disartria, nauseas, ni vómitos. Antecedente de Mononucleosis infecciosa, tres semanas antes documentada serologicamente.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** Tensión Arterial 124/76. Frecuencia Cardíaca: 64. Temperatura: 36.

Auscultación Cardio-Pulmonar: Normal.

Abdomen y miembros inferiores: Normal.

Neurológico: No meningismo. Fondo de ojo normal. Pupilas y pares normal. Fuerza normal. Reflejos osteotendinosos ++ simétricos. Reflejo cutáneo plantar flexores. Sensibilidad normal. Pruebas cerebelosas con leve dismetria dedo-nariz izquierda, resto normal. Marcha con discreta característica atáxica, sin lateropulsión definida, con dificultad para el tandem .

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN URGENCIAS:**

Análítica: Hemograma, Glucosa, Urea, Creatinina, Iones, PCR: Normales.

ALT: 38.

E.C.G: Ritmo sinusal, normal.

Rx de Tórax: Normal.

TAC Craneal: Normal.

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

RMN Craneal: Normal.

Coagulación: Normal.

VSG: 34.

Sedimentos y Sistemático de orina: Normal.

GGT: 37.

Vitamina B12 y Ácido Fólico: Normal.

Serología Lues y Brucella: Normal.

**COMENTARIO - EVOLUCIÓN:** Paciente con antecedentes de reciente mononucleosis infecciosa que ingresa por cuadro atáxico de aparición brusca. Durante su ingreso se estabiliza clínicamente y en los días previos al alta, inicia una discreta mejoría. No presento otras complicaciones sistémicas ni neurológicas.

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

Ataxia Aguda Post-infecciosa.

Antecedentes de Mononucleosis Infecciosa.

**TRATAMIENTO:**

No precisó durante el ingreso.

**XVIII ENCUENTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS**

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

**RESÚMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS**

Nº de Registro: \_\_\_\_\_

**Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010**

**Autores:** Sandra Bermúdez, Paulina Coello, Carolina Estrada, Cristina Martín, Ariel Moreda, Arturo Rubio, David Silva, David Solar

**Centro de Trabajo:** Fundación Hospital de Jove

**Población:** Gijón C.P. 33212

**Teléfono de contacto:** 689619504 e-mail: arturorubiocastro@gmail.com

**TÍTULO:** INERCIA TERAPÉUTICA EN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

**RESUMEN** (máximo 300 palabras)

Varón de 62 años (2/12/1994), que acude a consulta de forma habitual, con antecedentes de asma bronquial, TBC pleural en 1990, espondiloartrosis cervical, adenoma prostático, hepatopatía etílica y cuadro de hematuria asintomática leve. No HTA, DM ni DL. En esta visita se hace una toma de TA, obteniéndose cifras de 160/85. FC 96 lpm. Peso 80 kg. En sucesivas visitas se obtendrán cifras de TA similares (TA limítrofe/alta) de forma repetida.

En 07/1998 se pauta amlodipino 10mg/24h en una visita médica en Galicia, por cifra de TA de 180/100.

En 06/1999 se diagnostica de HTA, pautando dieta sin sal.

En 1997 se hace ECG, estudio de proteinuria (2g/24h), y ecografía renal (normal). Posteriormente se detectó glomerulonefritis de cambios mínimos.

Por otra parte, en 04/1995 se detectan cifras de TG 268, y Colesterol 273, pautando tratamiento con dieta. Se repiten analíticas cada 6 meses durante 2 años, manteniendo cifras altas de TG y colesterol en todas ellas. En todo este tiempo se mantuvo tratamiento con dieta. Se introduce gemfibrozilo 950 mg/24h tras 2 años de la primera analítica.

En 08/1998 se detecta glucemia basal de 115. Los valores en analíticas posteriores son todos > 100, con solo un valor > 126. En el momento actual todavía no se ha realizado una prueba de SOG. Se recomendaron medidas dietéticas.

El objetivo de este caso es resaltar un hecho frecuente en AP, la inercia terapéutica, o el tratamiento conservador de factores de riesgo cardiovascular a través de un caso clínico real. Asimismo, pretendemos con este caso proponer pautas de actuación en la prevención primaria de eventos cardiovasculares, de forma más o menos intensiva en función de las características del paciente.

TBC: tuberculosis; TA: tensión arterial; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; DL: dislipemia; ECG: electrocardiograma; TG: triglicéridos; SOG: sobrecarga oral de glucosa.

**XVIII ENCUESTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS**

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

**RESÚMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS**

N<sup>a</sup> de Registro: \_\_\_\_\_

**Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010**

**Autores:** Bibiana Iglesias, Inés Olaya, Cristóbal Panigua, Svitlana Sosnovska, Carmen Toyos, Claudia Trujillo

**Centro de Trabajo:** Hospital San Agustín

**Población:** Avilés C.P. 33400

**Teléfono de contacto:** 651614142

**e-mail:** [iolaya@telecable.es](mailto:iolaya@telecable.es)

**Palabras Clave:** Enfermedad celiaca.

**TÍTULO:** Manifestación clínicas de la enfermedad celiaca

**RESUMEN (máximo 300 palabras)**

**Anamnesis:**

paciente de 50 años, sin alergias medicamentosas, exfumador, como antecedentes personales patológicos están: escurfola de la infancia, saturnismo hace aproximadamente 10 años , amputación del primer dedo de pie izquierdo por accidente.

Medicación habitual: Fe(Hierro) por vía oral desde hace 2 semanas por ferropenia

Antecedentes familiares: hija diagnosticada de Enfermedad Celiaca hace año y medio

Enfermedad actual: Paciente con anticuerpos antitransglutaminasa positivos, remitido desde su centro de salud por fiebre vespertina de tres semanas de evolución que se acompaña de sudoración nocturna, precedida desde hace dos semanas de diarrea líquida, sin causa aparente, ni productos patológicos, ni lesiones dérmicas, no artritis, ni artralgias. Desde hace tres semanas presenta pérdida de aproximadamente 7 kilogramos. El paciente refiere múltiples episodios de diarrea a lo largo de su vida.

**Exploración física:**

Constantes normales. Adenopatias periféricas no palpables. Auscultación pulmonar: normal. Auscultación cardiaca: normales. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni viceromegalias. Extremidades: no edemas ni flebitis.

**Exploraciones complementarias:**

Hemograma y bioquímica: macrocitosis, hipercromía, ferropenia, PCR 3,58, linfopenia 700, eosinofilia, función renal e iones normales, déficit de vitamina B12, ácido fólico, anticuerpos antitransglutaminasa Ig A: 7.75U/ml.

Hemocultivos seriados negativos, coprocultivo y urinocultivos estériles. Punción ósea: normal. Radiografías : Tórax: normal.

Abdomen: luminograma inespecífico. Baciloscopias: Negativas.

Gastroscopia con biopsia de segunda porción de duodeno: afectación mucosa duodenal compatible con enfermedad celiaca.

TAC abdominal: extensas adenopatías retroperitoneales y mesentéricas. Descartar linfoma como primera posibilidad.

**: Diagnóstico:**

Enfermedad celiaca, síndrome de malabsorción, anemia ferropénica, posible linfoma no Hodgkin de células T.

XVIII ENCUESTRO REGIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA  
Y JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS

Gijón 29 y 30 Abril de 2010

RESÚMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

Nº de Registro: \_\_\_\_\_

Fecha Límite: 26 de Marzo de 2010

Autores: \_Maria de Jesus Gonzalez Garcia, Hafid Gomez Lara Mier, Ma. Purificacion Diaz Santos, Reyna Isabel Majano Parada, Ana Laura Rivero Perez, Christian Ruiz Fernandez, Lucia Teran Alvarez, Jose Garcia Salas

Centro de Trabajo: \_Area IV.

Población: \_\_\_\_ Oviedo, Asturias \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_652 61 61 47\_\_e-mail: [mariajesus.gonzalezg@sespa.princast.es](mailto:mariajesus.gonzalezg@sespa.princast.es) , [dr.hafid@hotmail.com](mailto:dr.hafid@hotmail.com) , [chrisis\\_rufe@yahoo.com](mailto:chrisis_rufe@yahoo.com) , [reynaisabel91@hotmail.com](mailto:reynaisabel91@hotmail.com) , [jjgs2006@yahoo.com](mailto:jjgs2006@yahoo.com) ,

Palabras Clave: \_\_\_\_Tos Cronica, Multitratada, \_\_\_\_\_

TÍTULO: \_"TOS CRONICA A ESTUDIO"

RESUMEN (máximo 300 palabras)

RESUMEN:

Mujer de 67 años, con tos de 15 años de evolución, en accesos que le dificultan la respiración.

Desde los 50 años tiene tos continua, igual día y noche, que cuando lleva un rato tosiendo no la deja respirar. Obstrucción nasal crónica y rinorrea que empezó al mismo tiempo que la tos. Nota opresión en la parte anterior y superior del tórax, con dificultad tanto al inhalar como al exhalar. Disnea e reposo coincidiendo con la tos. Pirosis frecuente y reflujo, con aerofagia principalmente después de las comidas que también le corta la respiración. Cuando come avellanas presenta tos y atragantamiento de forma inmediata, que cede espontáneamente con un poco de agua en 10 minutos. Disfonía. No nota mejoría con ninguno de los ttos.

Actualmente está en estudio de tos crónica, habiendo sido estudiada por múltiples especialistas y con una batería de estudios completos sin poder determinar la causa de origen de la Tos.

**Estudios complementarios:** Broncoscopias y biopsias transbronquiales test aspergillus negativo y esofagoscopia normal. Espirometrías. Analíticas. IgE, ANA, ANCA, HLA negativos.

Gasometrías arteriales. RX. Tórax. . En 2000 Tac senos paranasales, cuello y tórax normal.

**Diagnóstico diferencial:** Asma de control difícil. RGE. Rinitis crónica. Bocio compresivo. Alergias

**Diagnóstico:** 1. Obstrucción bronquial no reversible severa, resistente a los corticoides , sin inflamación eosinófila y con remodelación bronquial, de etiología desconocida. 2. Rinitis crónica. 3. RGE con hernia de hiato. 4. S. Ansioso depresivo. 5. Bocio por hipertiroidismo con I131. 6. Cefalea tensional.

**Tratamiento :** Corticoides, Broncodilatadores, Antihistamínicos.

**Evolución:**

La disnea ha ido en aumento, haciéndose de mínimos esfuerzos. La paciente refiere mejoría de los síntomas nasales, tose menos tanto de día como de noche, ya no se tiene que levantar arias veces por la noche por los episodios de tos que la ahogaban. Cumple el tto.