

SUPUESTO 1

Varón de 64 años que acude a la consulta del médico de familia por lesión de piel a nivel torácico. Jardinero de profesión. Sin alergias medicamentosas conocidas. HTA. Insuficiencia renal crónica; último aclaramiento de creatinina, de hace 9 meses: 39 ml/min. Apendicectomía en la infancia. Sigue tratamiento con amlodipino 5mg cada 24 h.

Diez días antes comenzó con dolor urente en costado izquierdo, que el paciente atribuía a un sobreesfuerzo previo podando plantas. Refería malestar general, cefalea y febrícula. En su centro de salud interpretaron que era un dolor de origen osteomuscular y se le prescribió paracetamol 500 mg cada 8 h, sin objetivarse mejoría. Tres días después de esa consulta aprecia inicio de erupción progresiva en la piel, sobre la misma zona del dolor, por lo cual vuelve a consultar a las 24 horas siguientes del principio del rash. A la exploración, se encuentra afebril, se objetiva lesión eritematosa en franja de costado izquierdo, sobre la que asientan, pápulas y vesículas de 2-3 mm agrupadas en racimos. La región es sensible a la palpación. Ver figura de exantema establecido.



- 1) Cuál es el diagnóstico clínico?
- 2) ¿Qué agente produce la erupción? Factores de riesgo, ¿cuáles de ellos se dan en este paciente?
- 3) Pruebas de laboratorio. Cuándo estarían indicadas. Qué pruebas realizaría en este paciente.
- 4) Tratamiento del paciente. Principios generales de tratamiento tópico y sistémico contra la etiología, si estuviera indicado, en función de las condiciones clínicas basales del paciente.

-EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL CASO (I): Las lesiones van evolucionando por grupos sucesivamente de vesículas a pápulas, pústulas y costras, localizadas siempre de modo restringido unilateralmente en la misma región metamérica del costado izquierdo. Refiere parestesias y dolor en dicha zona. Diez días después del inicio de la erupción el paciente es traído por un familiar a la consulta porque manifiesta incoherencias en su lenguaje, describiéndolo como un lenguaje repetitivo, aquejando además debilidad generalizada y tendencia a la somnolencia, con febrícula. No refiere traumatismo craneal previo. En la exploración neurológica no se observa asimetría facial, sí se constata tendencia al sueño, presentando lenguaje incoherente; obedece a órdenes simples, pero no obedece a órdenes complejas, no signos meníngeos, moviliza extremidades de forma activa; no se observan asimetrías. A la exploración cardiopulmonar y abdominal no se aprecian alteraciones.

- 5) Ante el antecedente dermatológico, ¿qué complicación hay que sospechar de la misma enfermedad?
- 6) Descartadas en urgencias otras causas por pruebas de imagen, bioquímicas y microbiológicas, se practica una prueba invasiva no quirúrgica junto con técnica molecular que confirma la etiología de dicha complicación clínica. ¿qué prueba es?
- 7) El paciente, después de recibir tratamiento etiológico en el hospital durante 14 días, presenta una clara mejoría y es dado de alta. ¿qué fármaco se le pautó, con qué dosis y por qué vía?

EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL CASO (II): Dos meses después del inicio de la erupción, incluso ya desvanecida ésta, el paciente sigue refiriendo dolor en la misma zona. Dicho dolor, de carácter paroxístico, urente, acompañado de parestesias y alteración de la sensibilidad, se incrementa por la noche y se desencadena por estímulos no dolorosos, no dejándole descansar. No ha transcurrido periodo asintomático (sin dicho dolor) tras la resolución de la erupción. No ha mejorado con paracetamol 500 mg cada 6 h junto con tramadol 100 mg cada 12 h. Según la escala visual analógica (EVA), el paciente refiere un dolor moderado-grave (puntuación 6).

- 8) ¿Cómo se llama esta complicación? ¿Cuáles son sus factores de riesgo en este paciente? ¿Cómo se puede prevenir su gravedad ante la presencia del exantema? ¿Cómo manejaría el dolor en este paciente teniendo en cuenta su patología de base?

SUPUESTO 2

Varón de 67 años de edad que refiere astenia progresiva de meses de evolución acompañada ocasionalmente de mareos y palpitaciones e incluso disnea. Anímicamente estable, buen apetito, buen descanso, actividad física moderada que ha disminuido paulatinamente por la astenia. No ortopnea, no disnea paroxística nocturna, no edemas en miembros inferiores.

Antecedentes personales: HTA, Dislipemia, Intervención de apendicitis, sin otras patologías a destacar, no fumador.

En la exploración física se aprecia palidez como único hallazgo patológico, mantiene buenas constantes con TA 132/68 mm Hg, FC 81 lpm, SAT 97%, las palpitaciones y la disnea le aparecen normalmente en actividad física no en reposo. Auscultación Pulmonar y Cardíaca sin hallazgos significativos. Refiere síndrome de piernas inquietas y parestesias, pulsos periféricos palpables y simétricos. Abdomen blando, depresible, no doloroso y sin palpación de masas. En el último mes dos episodios de glositis sin infección por hongos.

En el hemograma aparece: Hematíes $3.2 \cdot 10^6/\mu\text{l}$, Leucocitos $8.82 \cdot 10^3/\mu\text{l}$, Plaquetas $161 \cdot 10^3/\mu\text{l}$, Hb de 8 g/dl. VCM 70 fl. La Sideremia de 20 $\mu\text{g/dl}$, Transferrina 480 mg/dl. Capacidad de fijación del hierro 460 $\mu\text{g/dl}$. PCR 0.3 mg/dl. VSG 11 mm/h.

ECG: ritmo sinusal a 75 FC, sin alteraciones significativas en la repolarización.

- 1) ¿Cuál sería su aproximación diagnóstica con estos datos?
- 2) ¿Qué datos importantes del análisis de sangre faltan y cómo deberían estar para confirmar su diagnóstico?
- 3) Explique cómo ha llegado a ese Diagnóstico, interprete el supuesto práctico con los datos clínicos y laboratorio.
- 4) ¿Con qué otras patologías de características similares (hemoglobina baja y microcitos) haría diagnóstico diferencial? Explique las diferencias más importantes a tener en cuenta en los datos de una primera analítica que pide usted en la consulta de Atención Primaria.
- 5) En este paciente en concreto, ¿Cuál sería la etiopatogenia más frecuente que usted podría sospechar? ¿Qué pruebas pediría para llegar al diagnóstico etiológico? ¿Cuál sería la prueba más fiable para el diagnóstico de esta patología?
- 6) Indique el Tratamiento a seguir, formas de administración y duración estimada.

SUPUESTO 3

Una mujer de 68 años de edad experimenta pérdida de la memoria y confusión. Su hija refiere un declive progresivo en la función cognitiva de la paciente en el último año. La madre vive sola desde hace muchos años, pero recientemente ha empezado a perder la capacidad de valerse por sí misma. Su hija señala que se ha aislado y ha perdido interés en sus actividades habituales, como la jardinería y la lectura. La paciente siempre fue una ama de casa meticulosa, pero últimamente aprecia que usa la misma ropa varios días y su casa está desordenada y sucia. Parece ansiosa y confundida, y llama a su hija varias veces al día, preocupada de que sus vecinos, antes buenos amigos, la espían. Niega incontinencia fecal o urinaria, y no ha tenido cefaleas ni inestabilidad para la marcha. En general, la paciente ha sido muy sana y solo toma hidroclorotiazida para la hipertensión. Nunca ha fumado y bebe alcohol solo en raras ocasiones. En la exploración física, su Tensión arterial es de 116/56 mmHg, frecuencia cardíaca de 78 bpm, temperatura de 37°C y frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto. Su peso es de 72 kg y su talla de 1.60 m. Está bien nutrida e hidratada, su estado afectivo durante la exploración es plano. Está orientada en cuanto a persona y lugar, pero está un poco confundida respecto a la fecha. Las exploraciones de cabeza, cuello y cardiovascular no muestran alteraciones, igual que la del abdomen. No hay edema en las extremidades. El examen neurológico revela que los pares craneales permanecen intactos y las funciones motora y sensitiva están en límites normales. El examen del cerebelo y la marcha resultan normales. El Miniexamen del estado mental (MMSE, Mini Mental State Examination) muestra una calificación de 24 sobre 30.

- 1) Diagnóstico más probable, aproximación diagnóstica.
- 2) Diagnóstico diferencial.
- 3) Identificar causas reversibles y tratables.
- 4) Pruebas de laboratorio y estudios de imagen.
- 5) Tratamientos que propondrías.