

CASO PRÁCTICO 1

Acude a la consulta una señora de 42 años de edad porque desde hace unos 2 meses presenta episodios intermitentes de decoloración blanca, azul y roja en ambas manos provocadas por el frío y determinadas situaciones de estrés. Estas crisis suelen durar entre 15 a 20 minutos. Sus dedos son cada vez más sensibles al frío y se vuelven cianóticos con cierta frecuencia. Habitualmente, el cuadro comienza en uno o dos dedos de una mano y luego se extiende a ambas manos de forma simétrica. Los síntomas que se acompañan en estos episodios pasan por parestesias, entumecimiento y quemazón. Nos trae una fotografía de cuando presenta estas crisis:



En la exploración realizada de las manos no se objetivan cambios de la coloración, ni deformidades, ni úlceras digitales. La movilidad de los dedos es normal, sin rigideces ni limitaciones. La piel es seca y los pulsos periféricos están presentes y simétricos. La auscultación cardiopulmonar es normal con ausencia de soplos y arritmias. PA: 125/70 mmHg.

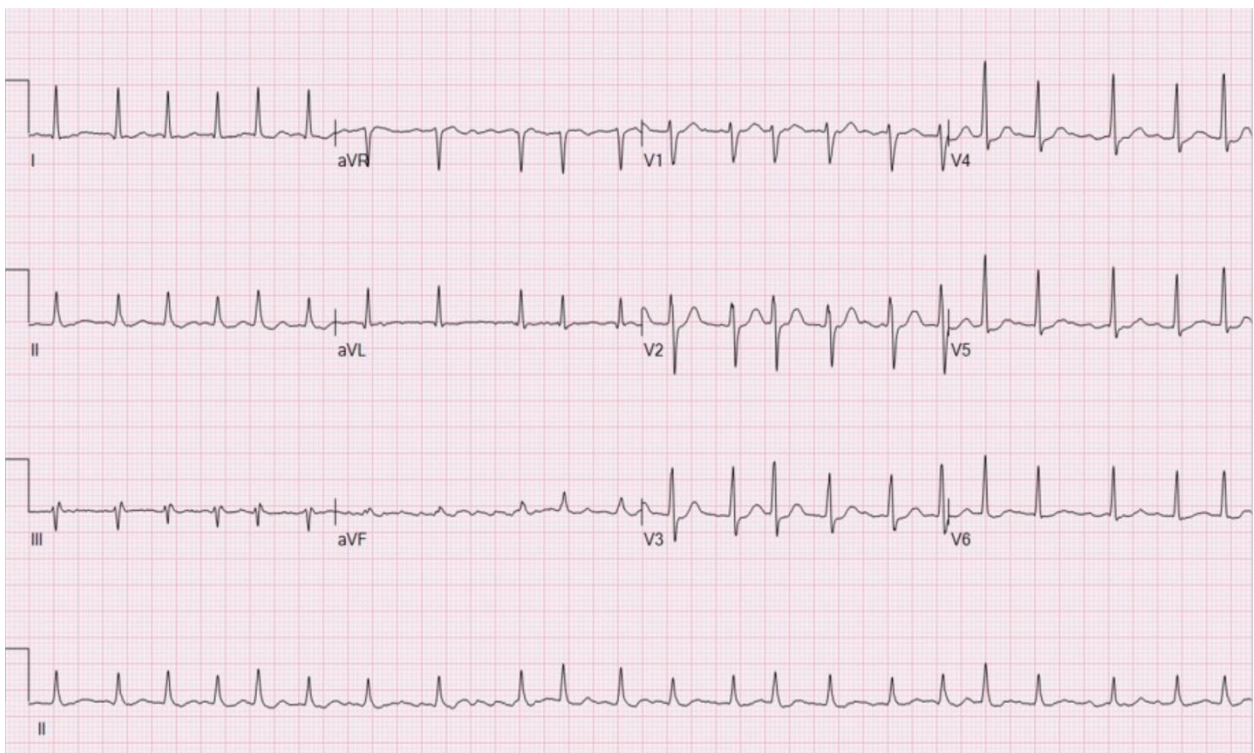
- 1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este caso?**
- 2. ¿Qué pruebas complementarias pediría a esta paciente?**
- 3. En aquellos casos en los que existan dudas diagnósticas, no se recomienda realizar pruebas de provocación (inmersión de manos en agua fría) y debemos asumir que el paciente presenta Fenómeno de Raynaud. ¿Cuál es el tipo más común de esta enfermedad, según su causa u origen?**
- 4. ¿Qué tratamientos no farmacológicos recomendarías a esta paciente?**
- 5. ¿Cuáles son los fármacos de primera elección en caso de que el tratamiento no farmacológico fuera insuficiente?**

CASO PRÁCTICO 2

Mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial controlada con enalapril 10 mg/día, diabetes mellitus tipo 2 tratada con metformina 850 mg/12 horas y dislipemia controlada con simvastatina 10 mg/día. No es fumadora. Acude a la consulta porque desde hace una semana refiere palpitaciones, cansancio y fatiga. No describe haber tenido disnea ni dolor torácico.

A la exploración física destaca una auscultación cardíaca arrítmica con una frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto y sin soplos. La auscultación respiratoria es normal y no existe ninguna focalidad neurológica. La presión arterial es de 138/85 mmHg.

Ante la clínica que presenta la paciente se decide solicitar electrocardiograma:



- 1. Ante la clínica de la paciente y el registro electrocardiográfico, ¿cuál es su orientación diagnóstica?**
- 2. Cite cinco factores de riesgo de esta patología.**
- 3. ¿Cuál es la complicación más importante que cabe prevenir ante esta patología?**
- 4. ¿Qué tratamientos indicaría a la paciente?**
- 5. ¿Estaría indicada la derivación a cardiología y por qué?**

CASO PRÁCTICO 3

Mujer de 70 años, con antecedentes personales de trastorno depresivo en tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de serotonina (ISRS), menopausia precoz y lumbalgia crónica.

Consulta por dorsalgia mecánica de unos 2 meses de evolución sin complicaciones neurológicas asociadas. Se solicita radiografía de columna dorsolumbar en la que se aprecian signos degenerativos compatibles con espondiloartrosis y pérdida de altura anterior (acuñamiento) del cuerpo vertebral de la séptima vértebra torácica (T7) compatible con fractura vertebral. En el estudio analítico básico y de metabolismo óseo no se detectan alteraciones.

Preguntas:

- 1. Explique qué tipo de fractura es más frecuente que presente esta paciente y si existen factores de riesgo para el desarrollo de la misma:**
- 2. ¿Qué tratamiento no farmacológico recomendaría en este caso?**
- 3. ¿Qué opciones farmacológicas consideraría en este caso?**