

importancia y debe incluir: nivel de conciencia, signos meníngeos, pares craneales (sobre todo III, IV y VI), campimetría por confrontación, fondo de ojo, valoración de fuerza y sensibilidad y reflejos osteotendinosos.

Los signos de alarma para una cefalea son⁴:

- Cefalea intensa, de comienzo agudo, insólita.
- Cefaleas de frecuencia o intensidad crecientes.
- Cefalea siempre del mismo lado, excepto: cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia del trigémino, hemicránea continua.
- Con manifestaciones acompañantes: alteración psíquica, crisis comiciales, focalidad neurológica, papiledema, fiebre, signos meníngeos, náuseas, vómitos que no se puedan explicar por enfermedad sistémica (excepto migraña).
- Precipitada por esfuerzo, tos o cambio postural.
- Cefalea en edades extremas.
- Características atípicas o sin respuesta al tratamiento correcto.
- Presentación predominantemente nocturna, salvo cefalea en racimos.
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos.

Criterios de derivación desde Atención Primaria a Urgencias²:

- Cefaleas con claros signos de alarma.
- Datos de hipertensión intracraneal (dolor persistente, náuseas, vómitos, aumento con Valsalva o decúbito, síntomas visuales).
- Focalidad neurológica de inicio reciente (sensitiva, motora, lenguaje, visual).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population-A prevalence study. *J Clin Epidemiol.* 1991;44:1147-57.
2. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache.* 1998;38:497-506.
3. Calero Muñoz S, Castillo Obeso J, Martínez Eizaguirre JM, García Fernández ML, Moreno Álvarez P, Tranche Iparraguirre S. Cefaleas en Atención Primaria. *FMC Form Med Contin Aten Prim.* 2008;15:1-32. Protocolo 3:.
4. Gil JA, González C, Fernández M, Gómez F, Jurado CM, Heras JA, et al. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). *Criterios de derivación. Semergen.* 2012;38:241-4.

B. de Pablo Márquez^{a,*}, G. Tresserras Giné^b,
D. Pedrazas López^c y D. García Font^c

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^b Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^c Servicio de Urgencias, Equip d'Atenció Primària Abrera, Abrera, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com
(B. de Pablo Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.04.011>

Trombo flotante libre en carótida interna y riesgo vascular, a propósito de un caso



Free floating thrombus in the internal carotid and vascular risk: Presentation of a case

Mujer de 71 años, hipertensa, diabética tipo 2 y dislipémica de 15 años de evolución en tratamiento con inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina, ramipril, 5 mg/día, betabloqueante, bisoprolol, 2,5 mg/día, calcio antagonista, amlodipino 5 mg/día, insulinas tipo mezclas (Lispro más NPH: neutra, protamina Hagedorn): Mix 25-Mix 50-Mix 25 (50-16-30 UI), respectivamente, metformina/sitagliptina 1.000/50 mg/día, simvastatina/ezetemiba 40 mg/10 mg/día, clopidogrel 75 mg/día y pantoprazol 40 mg/día. Sin evidencia de neoplasias ni otros estados de hipercoagulabilidad. No refiere antecedentes de cardiopatía isquémica ni evento cerebral ni datos de demencia vascular ni

amaurosis. Intolerancia digestiva a ácido acetilsalicílico.

Acude a nuestra consulta por «sensación de mareos inespecíficos» desde varias semanas sin clara clínica de vértigo, sin pérdida de conocimiento ni focalidad neurológica, por lo que se valora la realización de ecografías para búsqueda de arteriosclerosis iniciando la valoración con troncos supraaórticos (TSA).

En la exploración física, la paciente se encuentra consciente, orientada en tiempo y espacio. Presión arterial: 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca: 75 lpm. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardíacos regulares, no soplos, murmullo vesicular conservado. Resto de EF, sin alteraciones significativas. En analítica (realizada hace 3 semanas por control de enfermedades crónicas) solo destaca dislipemia aterogénica. Se realiza electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm. No datos de isquemia aguda ni arritmias. Radiografía cervical anteroposterior y lateral, destaca artrosis cervical. Índice tobillo brazo (realizado hace 2 años): 1,3 (sugestivo de calcificación).



Figura 1 Trombo reciente en arteria carótida interna derecha, segmento proximal, pared anterior de 5 × 3 mm en 2D y en Doppler.



Figura 2 Reconstrucción en angiotomografía de arteria carótida interna derecha, sin visualización del trombo.

En nuestra consulta de atención primaria se realiza la primera ecografía carotídea objetivando trombo reciente en segmento proximal de pared anterior de 5 × 3 mm en arteria carótida interna derecha y placa de ateroma en bulbo carotídeo derecho, sin datos de estenosis significativa hemodinámicamente (fig. 1) y se remite a hospital de referencia previo contacto con el servicio de radiodiagnóstico.

En urgencia hospitalaria se realiza ecografía de TSA objetivando el mismo hallazgo, la tomografía axial cerebral destaca infarto lacunar temporal izquierdo sin evidencia de hemorragia/isquemia aguda, ingresa con tratamiento crónico y heparina de bajo peso molecular (HBPM) tipo enoxaparina a dosis profiláctica y tras 72 h de hospitalización desaparecen los mareos y recibe el alta a su domicilio con el mismo tratamiento de ingreso. A los 25 días se realiza angiotomografía de carótidas que revela importante aterosclerosis generalizada, sin estenosis significativa ni trombos (fig. 2).

Discusión

La historia natural de la existencia de trombo flotante libre en carótida (TFLC) es desconocida. Se define ecográficamente como un trombo alargado unido a la pared arterial con flujo circunferencial y movimiento cíclico relacionado con el ciclo cardíaco.

En la literatura revisada se comenta que más del 90% de los pacientes presentan focalidad neurológica. La existencia de TFLC es una condición clínica rara, incidencia actual desconocida, mayor frecuencia en varones que en mujeres, relación 2:1. La arteria carótida interna es la más frecuente (75%), y la enfermedad con que se relaciona con más frecuencia es la arteriosclerosis¹.

Las guías clínicas para el tratamiento del TFLC no son claras debido a la rareza de esta condición y a la falta de estudios comparativos entre el tratamiento médico (anti-coagulación y/o antiagregación) y el tratamiento quirúrgico (colocación de *stent*, endarterectomía o *bypass*)²⁻⁴.

Nuestro caso fue tratado con HBPM por no presentar un deterioro clínico neurológico progresivo agudo. El caso que presentamos es anecdótico en un paciente con un importante riesgo vascular y es el primer caso publicado en la literatura científica española de estas características, según nuestra búsqueda bibliográfica.

La progresiva implementación del estudio ecográfico con eco-doppler en el estudio de la enfermedad cerebrovascular extracraneal permite realizar una exploración en pacientes con un potencial riesgo vascular, mejorando nuestro conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad vascular y agilizar el diagnóstico de lesiones carotídeas asintomáticas.

La implementación de la ecografía en atención primaria, cumpliendo los requisitos de formación establecidos⁵, mejoraría la estratificación o re-estratificación de los pacientes

con riesgo moderado vascular y permitiría diagnosticar situaciones como la de este caso entre otras.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo.

Bibliografía

1. Ferrero E, Ferri M, Viazzo A, Labate C, Pecchio A, Berardi G, et al. Free-floating thrombus in the internal carotid artery: Diagnosis and treatment of 16 cases in a single center. *Ann Vasc Surg.* 2011;25:805-12.
2. Combe J, Poinsard P, Besancenot J, Camelot G, Cattin F, Bonneville JF, et al. Free-floating thrombus of the extracranial internal carotid artery. *Ann Vasc Surg.* 1990;4:558-62.
3. Park JW, Lee DH, Choi CG, Kim SJ, Suh DC. Various endovascular approaches to the management of free floating carotid thrombi: A technical report. *J Neurointerv Surg.* 2012;4:336-8.
4. Elijovich L, Mainali S, Doss V, Arthur A, Watridge C. Medical management of free-floating carotid thrombus. *Clin Neurol Neurosurg.* 2013;115:1532-5.
5. Vicente-Molinero A, Aznar-Cantín S, Yáñez-Rodríguez F. Ecografía en Atención Primaria: estado de la cuestión. *Semergen.* 2009;35:58-61.

M. Frías Vargas^{a,d,*}, E. Tavera Santos^b,
E. Carrasco Carrasco^{c,d} y B. López Uriarte^a

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Campohermoso, Humanes de Madrid, Madrid, España

^b Neumología, Clínica Unión Médica, Santiago de los Caballeros, República Dominicana

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Abarán, Abarán, Murcia, España

^d Grupo de Vasculopatías, Semergen

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drfrias_v@hotmail.com

(M. Frías Vargas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.04.007>

Angioleiomioma cutáneo



Cutaneous angioleiomyoma

Presentamos el caso de una mujer de 68 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, y de cuyos antecedentes personales destaca una hipertensión en tratamiento con enalapril 20 mg y una artrosis en rodilla derecha. En cuando a los antecedentes quirúrgicos, fue intervenida de una fractura de cadera en 2004 y se le extirpó en el ámbito hospitalario un angioleiomioma en 2007.

La paciente fue derivada a cirugía menor de su centro de salud por presentar un nódulo milimétrico doloroso, localizado en región pretibial, de meses de evolución.

En la exploración física se palpaba a nivel pretibial un nódulo subcutáneo de 3-5 mm de diámetro próximo a cicatriz de herida de cirugía previa. Destacaba el importante dolor que presentaba, la paciente, a la palpación superficial de dicho nódulo sin presentar otras alteraciones a nivel dérmico. El resto de la exploración física resultó anodina.

Tras valorar con la paciente el riesgo-beneficio de su extirpación, debido al tamaño milimétrico de la lesión, se decidió exéresis dada la clínica que presentaba y la limitación funcional que le producía dicho dolor.

Bajo anestesia local, se realizó escisión en ojal y extirpación en bloque haciendo hemostasia con puntos reabsorbibles y cutáneos con seda, sin complicaciones.

Se cursó anatomía patológica cuyo informe e imágenes fueron los siguientes:

Elipse de piel de 1,5 × 0,5 cm que en superficie no muestra lesión. Al corte, formación nodular subcutánea, sólida,

de 0,4 cm de parénquima homogéneo blanquecino, constituido por numerosos vasos, de luces colapsadas, inmersos en músculo liso proliferativo de características benignas (figs. 1 y 2). Diagnóstico: angioleiomioma.

El angioleiomioma^{1,2}, también conocido como leiomioma vascular, es un tumor raro, solitario y benigno, que se origina por la proliferación de células musculares en las paredes vasculares.

Su frecuencia es difícil de estimar dado que la mayor parte no se suele extirpar ni se realiza diagnóstico anatomopatológico³.

Generalmente, se manifiesta como un nódulo doloroso en personas en torno a 30-50 años. Su localización puede ser en cualquier región corporal, sin embargo, es más frecuente en miembros inferiores⁴.

Por lo general, es difícil su diagnóstico hasta que no se extirpa y se hace la anatomía patológica. A su vez, debe considerarse el diagnóstico diferencial⁵ con angiomiolipoma y leiomiomas.

Los angiomiolipomas suelen tener localización renal y estar en asociación con esclerosis tuberosa. Sin embargo, los de localización cutánea se diferencian del angioleiomioma por la presencia de tejido adiposo en el interior del tumor (3% angioleiomiomas; 30% angiomiolipomas). Por otro lado, los leiomiomas generalmente se manifiestan como una masa firme pero indolora, lo que permite diferenciarlo de los anteriores.

El tratamiento⁶ consiste en una simple escisión con una baja tasa de recurrencias (en torno al 0,4%).

En 1973, Morimoto⁷ clasificó los angioleiomiomas en 3 clases histológicas: sólidos (siendo estos los más frecuentes y de aparición sobre todo en mujeres), venosos y cavernosos