PÉREZ GÓMEZ, PETRA

RM DE COLUMNA LUMBAR SIN CONTRASTE 08-03-2024

Discretos signos degenerativos con formación de osteofitos marginales anteriores de predominio en el segmento L1-L3. Discopatía degenerativa. Incipiente protrusión discal posterocentral L1-L2 con fisura del ánulo fibroso, que condiciona leve obliteración del espacio epidural anterior idem.

Incipiente protrusión discal posterocentral L2-L3.

Incipiente protrusión discal posterocentral L5-S1 que condiciona mínima obliteración del espacio epidural anterior.

Incipiente signos de hipertrofia-artrosis facetaria del segmento L2-S1.

Cono medular y raíces de cola de caballo sin hallazgos de interés, salvo presencia de quistes de Tarlov.

02/03/2022

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO EN SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA PENDIENTE DE SER LLAMADA. CUMPLE DE TTO MÉDICO. MENISCOPATÍA.

PLAN DE ACTUACIÓN-PRESCRIPCIÓN

AMITRIPTILINA 10 MG 24 COMPRIMIDOS ORAL. 1C/24H.

BROMAZEPAM 1.5 MG 30 CÁPSULAS ORAL. . 1C/8H->1E/1M.

ESLICARBAZEPINA 800 MG 30 COMPRIMIDOS ORAL. 0-0-0-1,50-0.

INDOMETACINA 25 MG 20 CÁPSULAS ORAL. 1C/24H.

IRBESARTAN 300 MG 28 COMPRIMIDOS ORAL. 1C/24H.

PALEXIA RETARD 25 MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACIÓN PROLONGADA. 1-0-0-2-0.

TIZANIDINA 2 MG 30 COMPRIMIDOS ORAL. 0-0-0-1-0.

Evolución REH CEX 07-Jun-2023

S. Lumbar irritación radicular L5-S1 derecha.

Tomo AINEs, neurolépticos, Tapentadol.

Recibió infiltración facetaria por unidad de dolor.

La hija es fisioterapeuta en la privada: la asiste a menudo, a pesar de ello: el dolor persistente somático y neuropático dermatoma L5-S1 derecha, sin clínica deficitaria neurológica en este momento, ni red flag.

RM de columna lumbar

incipiente protrusión discal posterocentral L1-L2 que condiciona leve obliteración del espacio epidural anterior.

Incipiente protrusión discal posterocentral L2-L3 que condiciona tenue obliteración del espacio epidural anterior y de manera leve en ambos recesos.

Incipiente protrusión discal posterocentral L5-S1 que condiciona mínima obliteración del espacio epidural anterior.

Incipientes signos de hipertrofia-artrosis facetaria del segmento L2-S1.

Cono modular y raíces de cola de caballo sin hallazgos de interés, salvo presencia asociada según descrito.

EMG de MMII 30-8-2022: radiculopatía L5-S1 derecha, de en intensidad leve 12 intensidad leve, de evolución crónica, sin signos de actividad degenerativa aguda en el momento de la exploración.

Plan:

• continuar con de TTo farmacológico.

• Dado persistencia de dolor, la paciente multimedicada, tratada con técnicas fisioterapéuticas, se deriva a valoración neuroquirúrgica (al parecer está emitida desde junio de 2022) por lo que no DUPLICO.

• Control.

PLAN DE TRATAMIENTO DE RECETA ELECTRÓNICA

• pregabalina 75 MG

• omeprazol 20 MG

• Manidipino 10 MG

• Irbesartan 300 MG

• Eutirox 112 microgramos

• paracetamol 1000 MG

• eslicarbazepina 800 MG

NEUROLOGÍA 01-MAR-2024

Evolución NRL CEX

paciente de 62 años en seguimiento por:

• Neuralgia del trigémino D V2 de etiología primaria en seguimiento por unidad del dolor, tratada con radiofrecuencia en 09/2023. Pobre respuesta a tratamientos médicos (ha probado carbamazepina, actualmente ESL hasta 1200 mg/día, Pregabalina 75 mg/12 horas y Palexia Retard 25 mg). Refiere efectos adversos con los tratamientos.

AP: no ACM, migrañas, hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo.

Evolución 09/2023: estable en cuanto a la neuralgia del trigémino.

TTO:

Zebinix 800 mg 0-0-1000

Omeprazol 20 mg

Irbesartan 300 mg

Eutirox 100

Palexia Retard 25 mg 1-0-2

Lyrica 75 mg, 75-0-75

PC: - AS (08/2024): Na2+ 113, ahora 134 (12/2023).

Evolución 01/03/2024: vuelve estar peor, está pendiente de repetir la radiofrecuencia (la primera sólo fue efectiva tres meses). Llevo dos semanas sin calambres, antes los tenía prácticamente cada día. Últimamente se desencadena con todo.

Plan:- decidimos no iniciar el de tto por ahora hasta valorar el nuevo de radiofrecuencia.

• Cita sucesiva en 3-4 meses, si no mejoría valorar iniciar lacosamida.

Endocrinología 11/03/2022

mujer de 61 años de edad, en seguimiento por hipotiroidismo primario post-quirúrgico. Se realizó tiroidectomía total en mayo de 2007 por bocio multinodular con nódulo dominante de 3 cm, con no otras complicaciones asociadas.

• Microcarcinoma papilar de tiroides de 1 mm.

• Hipotiroidismo primario post-quirúrgico infrasustituido.

ENDOCRINO CONSULTA 11-MAR-2022

Tiroidectomía total en mayo de 2007 por bocio multinodular con nódulo dominante de 3 cm, con hallazgo incidental de microcarcinoma papilar tiroideo de 1 mm.

Ánimo depresivo. Empeoramiento de la función tiroidea.

TSH 26.62

Eutirox 112 mcg 1-0-0.

24-nov-2021

REHABILITACIÓN LUMBALGIA

refiere que ha estado peor con su dolor facial, le realizamos guiado por escopia radiofrecuencia convencional 80° 60 seg en ganglio esfeno palatino derecho, comprobación de Rx neuroestimulación, punción dificultosa.

UDO CCEE

UDC: paciente referido por Dr Mauricio por dolor trigémino derecho segundo rama.

Actualmente examen anodinio: aunque refiere que es por el buen control de la medicación aunque los efectos secundarios de la misma le afectan en su vida laboral. Se propone hacer un bloqueo de ganglio esfenopalatino en vísperas de poder bajar la medicación o hacer una RF posterior, acepta.

11-jul-2022

se realizó bajo escopia bloqueo de ganglio esfenopalatino con fortecortin 8 mg + AL, sin incidencias.

SERVICIO DE NEUROLOGÍA

• RM cerebral: no se visualizan hemorragias intra ni extraaxiales ni alteraciones de la señal encefálica que sugieran patología intracraneal aguda.

No se identifican signos de restricción en secuencia difusión.

Aisladas lesiones puntiformes en sustancia blanca supratentorial de predominio frontal derechas, inespecíficas, en relación a lesiones Fazekas1.

Resto de morfología y señal de surcos y ventrículos dentro de la normalidad con correcta diferenciación de la sustancia blanca-gris.

Línea media centrada.

Cisternas basales preservadas.

Estructuras de fosa posterior sin hallazgos de interés.

Silla turca, cuerpo calloso y quiasma óptico sin hallazgo relevante.

Marcada ocupación de celdillas mastoideas bilateral.

En el estudio de troncos supraaórticos se visualiza correcta permeabilidad de ambos ejes carotídeos, sin visualizar signos que sugieran disección carotídea ni estenosis.

Eje vertebrobasilar sin alteraciones de interés, salvo leve dominancia derecha. No se identifican dentro de los límites del estudio signos que sugieran trombosis venosa cerebral.

Conclusión aisladas lesiones en sustancia blanca supratentorial, en relación a lesiones Fazekas 1.

Sin otros hallazgos de interés.

PLAN:

• Explicó manejo de medicación según evolución de la neuralgia. Dentro de un mes si ausencia de dolor retirar medio comp, si no empeoramiento tras un mes retirar otro medio, si reaparece el dolor volver a la dosis previa.

• Inicio Lexatin 1.5 para la ansiedad.

• Control evolutivo.