

## Caso clínico para autodiscusión

Dr. Manuel Ramiro Hernández  
Jefe de la sala de urgencias del Hospital  
General 1o. de de Octubre, ISSSTE.

### Instrucciones

Esta es una Unidad de Autodiscusión diseñada para que aprenda a reconocer situaciones específicas tal como se presentan en la vida real. Constituye un tipo de material didáctico que, además de permitirle la valoración de su capacidad de detección y manejo de problemas, le instruye para que lo haga de manera adecuada si es que la desconoce. La unidad consta de tres partes que son:

- 1a. La presentación del problema
- 2a. La exposición de las posibilidades de manejo del problema
- 3a. El análisis de las decisiones en el manejo del problema

La primera parte lo coloca ante un problema real y le proporciona los datos necesarios para que pueda empezar a tomar decisiones.

En la segunda parte, existe una serie de secciones colocadas en orden alfabético y que contienen diferentes opciones de actuación; de entre ellas, deberá escoger la más conveniente para la solución del problema planteado. A menos que reciba indicaciones específicas, sólo podrá escoger una opción de entre las cinco presentadas en cada sección. Una vez seleccionada la opción que consideró adecuada, deberá pasar a la tercera parte de la unidad y revisar el párrafo que corresponda al número que se encuentra entre paréntesis al final de la opción escogida.

La tercera parte le proporcionará infor-

mación acerca de la repercusión que sus decisiones van teniendo sobre el problema que está manejando. Toda la información contenida en esta parte se encuentra separada en párrafos identificados con números que corresponden con los que se encuentran al final de cada una de las opciones de las diferentes secciones de la segunda parte. Para evitar que usted se distraiga con información que no ha solicitado, los párrafos en esta sección no siguen un orden lógico, pero cada uno de ellos contiene, además, todas las instrucciones necesarias para que pueda seguir adelante con el manejo del problema. Ponga mucha atención en el contenido de esta tercera parte, ya que no podrá pasar de una decisión a otra mientras no haya recibido indicaciones precisas.

### Primera parte

#### Caso clínico

La señora A.M.C. es una ama de casa de 48 años de edad, que acudió a la sala de urgencias por cuadro clínico iniciado media hora después de que comió "antojitos". Refirió dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, de instalación rápida, de tipo pungitivo, intenso y continuo, que se irradiaba hacia la región subescapular derecha, y se acompañaba de vómito de contenido alimentario que no disminuía la intensidad del dolor, tampoco lo logró la buscapina que alguien le aplicó intramuscular. Desde hace diez años, se sabe diabé-

tica, por lo que toma 1.5 de tolbutamida diariamente, pero descuida su dieta y es obesa desde los 8 años de edad. Tuvo VIII gestas, II abortos y VI partos eutócicos y sin complicaciones, el último de los cuales fue a los 41 años; padece de insuficiencia venosa en miembros inferiores desde hace 15 años; en los últimos meses ha presentado disnea a los medianos esfuerzos, y ocasionalmente dolor de tipo punzante en región precordial, de algunos segundos de duración y generalmente relacionado con el ejercicio físico intenso.

Al examen físico, se la encontró muy inquieta, quejándose continuamente, con ambas manos puestas en el epigastrio, discretamente pálida y diaforética, con mucosas orales muy deshidratadas, taquicardia de 120 por minuto, y ruidos cardiacos rítmicos y muy velados. El abdomen estaba moderadamente distendido, doloroso a la

palpación en toda su extensión, pero mucho más intensamente en hipocondrio derecho y epigastrio; los ruidos peristálticos se encontraron de intensidad disminuida en todo el abdomen. Había edema blanco, blando y doloroso hasta el tercio inferior de ambas piernas en las que los trayectos venosos eran visibles y dolorosos a la palpación. Presión arterial 170/100 mm de Hg; temperatura 37.5°C; y 36 respiraciones por minuto.

El laboratorio informó:

Hbna. 14.2 g % Hcto. 46%; 12,700 leucocitos con 21% de linfocitos, 79% de segmentados

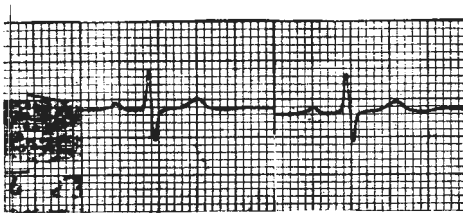
Glucosa en sangre 200 mg%

Amilasa sérica 220 U

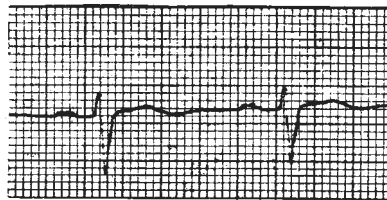
Bilirrubina directa 1.5 mg% e indirecta 0.8 mg %

Transaminasa glutámica oxalacética 36 U y pirúvica 28 U

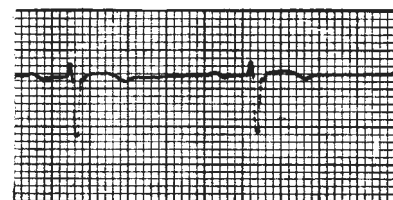
### Electrocardiograma



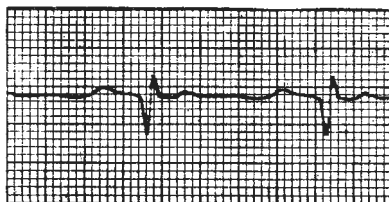
D I



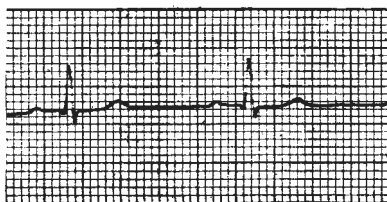
D II



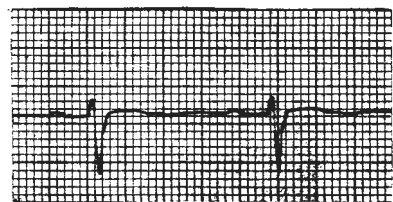
D III



AVR

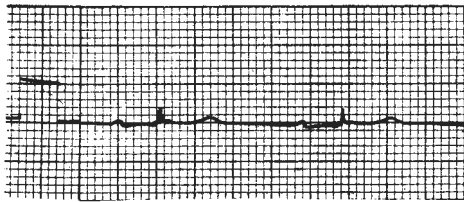


AVL

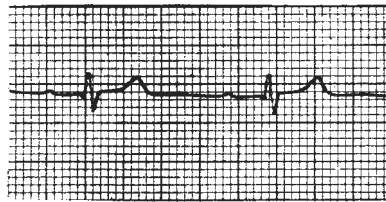


AVF

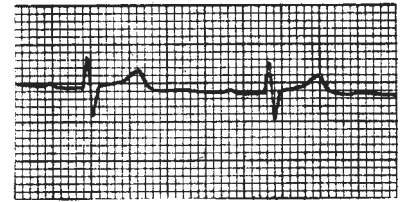
## Caso clínico



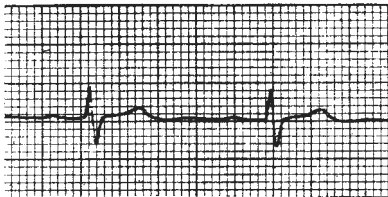
V 1



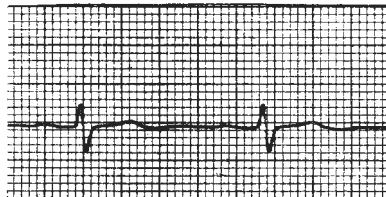
V 2



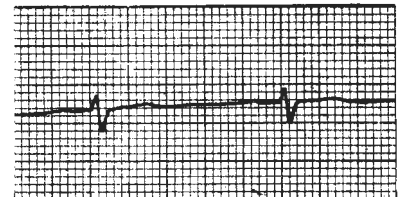
V 3



V 4



V 5



V 6

PASE AHORA A LA SECCION "C" DE LA SEGUNDA PARTE

### Segunda parte

#### Información

SECCION "A". La causa más frecuente de este padecimiento es:

1. Litiasis vesicular (17)
2. Carcinoma de la vesícula y vías biliares (07)
3. Colangitis supurada (12)
4. Hiperparatiroidismo (03)
5. Fibrosis quística del páncreas (23)

SECCION "B". El tratamiento de esta paciente debe ser:

1. Médico conservador (04)
2. Laparotomía inmediata (14)
3. Colecistostomía (09)
4. Médico inicial; quirúrgico diferido (21)
5. Mediante maniobras endoscópicas (19)

SECCION "C". La sintomatología y los datos obtenidos al examinar a esta paciente hacen que el diagnóstico más probable sea:

1. Infarto agudo del miocardio (15)
2. Descontrol de la diabetes (10)
3. Apendicitis aguda (05)
4. Pancreatitis aguda (25)
5. Colecistitis aguda (01)

SECCION "D". La complicación más fre-

cuenta en este tipo de pacientes es:

1. Insuficiencia renal aguda (20)
2. Obstrucción intestinal (08)
3. Pícolecisto (13)
4. Tromboembolia pulmonar (18)
5. Carcinoma del páncreas (22)

SECCION "E". De los siguientes estudios, el de más utilidad diagnóstica es la:

1. Placa simple de abdomen (06)
2. Colangiografía transvenosa (02)
3. Arteriografía del tronco celiaco (11)
4. Peritoneoscopia (16)
5. Gammagrafía hepática (24)

### Tercera parte

#### Manejo

01. Tratándose de una mujer obesa y multigesta, aunque no tenga antecedentes de intolerancia a las grasas, suele suceder que el cólico agudo sea la primera manifestación de este padecimiento. Presenta todas las características clínicas del cólico vesicular: dolor fijo, continuo, intenso, de instalación brusca, de larga duración, con irradiación hacia tórax y con sensibilidad anormal en el cuadrante superior derecho. La leucocitosis encontrada también apoya el diagnóstico. La

- amilasa sérica suele elevarse moderadamente, quizá por trastornos en el flujo pancreático. Seleccione una opción en la sección E para seguir adelante.
02. La colangiografía intravenosa suele ser de poca utilidad para iniciar el estudio de este tipo de pacientes en quién la vesícula generalmente está excluida. Esto no le quita importancia al estudio, pero debe reservarse para periodos asintomáticos del padecimiento. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  03. Las causas inmediatas de hiperparatiroidismo primario son adenomas simples o múltiples de las paratiroides. Se trata de un proceso en el cual hay anomalías químicas del suero y líquido extracelular por producirse un exceso de hormona paratiroidea. La coincidencia relativamente frecuente de tumores de células insulares pancreáticas y tumores hipofisarios con los de glándulas paratiroides hace sospechar una causa común. Cuando están afectados, los huesos presentan osteítis fibrosa quística generalizada y los riñones pueden presentar nefrolitiasis o nefrocalcinosis, ya que aumenta la concentración de calcio sérico y urinario por disminución del fósforo sérico. Sin embargo, la composición química de los cálculos biliares no tiene que ver con la alteración de las paratiroides. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  04. El tratamiento debe ser conservador, pero condicionado a la evolución. En general, se procede a tratar el cuadro agudo con analgésicos, ayuno y succión gástrica. Pero este tratamiento no puede mantenerse por tiempo indefinido, ya que sólo es sintomático, y no resuelve el problema básico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  05. Aunque la apendicitis aguda puede presentarse a cualquier edad, es más frecuente entre los 10 y los 35 años. Por lo general, el cuadro clínico se inicia con dolor en epigastrio que al cabo de unas horas es más intenso en la fosa iliaca derecha, donde se encuentran datos de irritación peritoneal. El tacto rectal y el vaginal provocan dolor, y a menudo ponen en evidencia un plastrón en la fosa iliaca derecha, datos que no existen en el caso clínico de la paciente que hemos presentado. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  06. La radiografía simple de abdomen descubre datos de irritación peritoneal (íleo), y algunas veces puede evidenciar litiasis y/o aire en vías biliares, aunque el hecho de que éstas no aparezcan, no descarta el diagnóstico. Este examen es de gran importancia para el estudio de urgencia de pacientes con alteraciones abdominales agudas, pues suele ser suficiente para hacer decisiones de manejo. Seleccione una opción en la sección A para seguir adelante.
  07. El carcinoma de la vesícula biliar suele ir asociado con cálculos, y por lo tanto es más frecuente en mujeres. Puede originarse en cualquier parte de la víscera, y el cuadro clínico a que da lugar dependerá en gran parte del sitio anatómico donde se localice. En cualquier caso, el hígado puede hipertrofiarse y tomar aspecto nodular. Sin embargo, este padecimiento se presenta más comúnmente como consecuencia, y no como causa, de colecistitis. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  08. La obstrucción intestinal puede definirse como la disminución, ausencia o inversión del curso normal del contenido intestinal, por oclusión total o parcial, o inadecuada propulsión. Aunque en el lenguaje común esta de-

- nominación significa generalmente un obstáculo mecánico verdadero, debe entenderse que ésta es una concepción restringida, y que la obstrucción también puede ser producida por trastornos de la motilidad intestinal consecutivos a influencias vasculares o nerviosas. Uno de los factores que obstruyen la luz del intestino puede ser de tipo intraluminal (por obturación), y las causas más comunes en este caso son los cuerpos extraños, cálculos biliares e intestinales, bezoares y vermes parásitos. Sin embargo, no es la complicación más frecuente de los padecimientos como el que nos ocupa. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
09. Es factible drenar la vesícula biliar, extraer cálculos y colocar un drenaje, procedimiento que está indicado cuando el curso del padecimiento es malo, se presenta obstrucción de vías biliares, o el riesgo quirúrgico es alto. Sin embargo, no está indicado en el caso de la paciente que estamos tratando. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  10. Se ha descrito que los pacientes con descontrol severo de la diabetes presentan dolores abdominales que, en no pocas ocasiones, desconciertan al clínico y pueden confundirse con prácticamente cualquier cuadro abdominal agudo. En el caso de la paciente que presentamos, existe un descontrol moderado de la diabetes, pero no encontramos datos de acidosis metabólica ni trastornos de conducta, por lo que es difícil atribuir a esta posibilidad el cuadro abdominal. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  11. La arteriografía del tronco celíaco, además de ser un procedimiento de alta morbilidad, no tiene indicación en este caso ya que los datos que proporciona son más útiles para el estudio de pacientes con otro tipo de padecimientos como pudieran ser las lesiones ocupativas del hígado, entre otras. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  12. Suele aparecer como consecuencia de estasis biliar por cálculos o neoplasia en individuos que han padecido infección de las vías biliares. Varios agentes piógenos causan colangitis supurada, pero el bacilo coli y el estreptococo son los más comunes y, con frecuencia, se hallan en las vías biliares antes de producirse la estasis biliar. En otros casos, la infección de los conductos biliares obstruidos es probablemente hematógena. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  13. El piocolecisto casi siempre es secundario a obstrucción del cístico, por lo que la vesícula se halla llena de bilis y secreciones que se infectan secundariamente. En general, cursa con datos de toxinfeción y hay antecedentes de cólicos vesiculares previos; frecuentemente puede palparse una masa dolorosa en el cuadrante superior derecho del abdomen, y existen datos de irritación peritoneal. Constituye una eventualidad que puede surgir en el curso del padecimiento de la paciente que nos ocupa y, de hecho, es la complicación más frecuente del mismo. Seleccione una opción en la sección B para seguir adelante.
  14. La cirugía de urgencia en este caso se reserva para aquellos paciente que presentan signos de ruptura inminente de vesícula biliar, perforación de la misma, o piocolecisto, y nuestra paciente no tiene estas complicaciones. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  15. La gran mayoría de los infartos agudos del miocardio inician sus manifestaciones clínicas con dolor en epigastrio como el referido por esta paciente, so-

- bre todo los que tienen su asiento en la cara diafragmática del corazón. El cuadro clínico de la paciente que presentamos destaca varios factores de riesgo para la instalación de este padecimiento; sin embargo, los datos obtenidos por la exploración abdominal y la normalidad en las determinaciones enzimáticas deben guiar nuestro pensamiento diagnóstico hacia otra posibilidad que se pueda fundamentar mejor. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
16. Por peritoneoscopia, se puede estudiar la vesícula inflamada y los cambios periviscerales secundarios; sin embargo, es un estudio difícil de realizar en los pacientes que cursan con dolor tan intenso, y encierra el peligro de desencadenar complicaciones graves como pudiera ser la ruptura de la vesícula biliar. No se recomienda como estudio de urgencia en los pacientes con cuadros clínicos como el mencionado. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  17. La colecistitis aguda casi siempre surge como complicación de calculosis biliar. Los cálculos que se forman en la vesícula biliar generalmente pueden ser expulsados de ella y, a menudo, se enclavan en el conducto cístico produciendo obstrucción secundaria, la que ocasiona un proceso inflamatorio conocido como colecistitis aguda. Seleccione una opción en la sección D para seguir adelante.
  18. Esta es una complicación frecuente en todo paciente encamado, y con más posibilidad aún en aquéllos que presentan insuficiencia venosa de miembros inferiores. Sin embargo, no es la complicación que se presenta con más frecuencia en los pacientes como la que nos ocupa. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  19. Existe una maniobra endoscópica y radiológica para la extracción de cálculos de las vías biliares, generalmente residuales del colédoco. Sin embargo, en este momento no existe ninguna indicación para intentar el procedimiento en nuestra paciente. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  20. Este padecimiento exige una decisión diagnóstica rápida, y en cierto sentido constituye una urgencia médica; por cuanto si el diagnóstico de la causa subyacente es necrosis tubular, el médico debe restringir rigurosamente el ingreso de agua y sodio. La conservación del equilibrio líquido del paciente que sufre necrosis tubular aguda es parte del llamado tratamiento "conservador", que también incluye atención a la alimentación, infecciones y funciones orgánicas generales. La decisión de someter a diálisis al enfermo con necrosis tubular aguda es problema terapéutico que sólo cede en importancia al tratamiento conservador adecuado, en los primeros días de la enfermedad. Se ha mencionado la asociación de patología renal con procesos que cursan con ictericia severa, pero no se ha demostrado la existencia de insuficiencia renal aguda como complicación de colecistitis aguda. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  21. En el tratamiento de la colelitiasis entra en juego un gran número de medidas medicoquirúrgicas. En general, ante el ataque agudo de colecistitis no complicada, debe darse tratamiento médico con analgésicos, antimicrobianos, succión gástrica y soluciones parenterales. La gran mayoría de los ataques pueden ser tratados con estas medidas y estudiarse después para decidir otro mejor. En los casos en que no hay respuesta satisfactoria al empleo de este tipo de tratamiento, y en los

### Caso clínico (concluye)

- que persiste el dolor, aparecen signos crecientes de inflamación o de ictericia obstructiva, o se presentan datos de abdomen agudo, está indicado el tratamiento quirúrgico.
22. Constituyen la neoplasia más frecuente del páncreas, se presentan entre la sexta y séptima década de la vida y son más comunes en el hombre que en la mujer en relación 2:1. La mayor parte de ellos se originan en la cabeza del órgano y casi siempre son adenocarcinomas. Infiltran el páncreas en forma característica, obstruyendo frecuentemente los conductos; en etapa temprana invaden estructuras vecinas y causan metástasis en ganglios linfáticos regionales, hígado, pulmón, peritoneo, suprarrenales y otros órganos. Tienen gran tendencia a afectar los linfáticos perineurales y, cuando se hallan en la cabeza del páncreas, a penetrar en la pared del colédoco. Sin embargo, no se le ha visto como complicación del padecimiento que nos ocupa. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
23. Esta es una enfermedad hereditaria de los niños y adolescentes por disfunción de las glándulas exócrinas. En los casos plenamente desarrollados, hay enfermedad respiratoria crónica, deficiencia pancreática, concentración anormalmente elevada de electrolitos en el sudor y, eventualmente, cirrosis del hígado que ocasionalmente origina hipertensión portal. Dada la índole focal del proceso, las pruebas funcionales hepáticas suelen dar resultados normales y la ictericia es mínima o nula. No se le ha visto siquiera asociada a colecistitis. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
24. La gammagrafía hepática es de poca utilidad para el estudio de pacientes como el presentado, ya que a lo más nos indicaría que el lecho vesicular es amplio, dato que no nos debería sugerir el diagnóstico que estamos tratando de comprobar. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
25. Es un diagnóstico a tomar en cuenta porque los antecedentes y el padecimiento actual son bastante sugestivos, y aunque se describe clásicamente que la irradiación del dolor en este padecimiento es en hemicinturón, esto no es obligado. Suele haber vómitos que no alivian el dolor. En contraste con la gravedad de los síntomas, y el hecho de que el paciente se observe muy enfermo, los signos físicos suelen ser pocos; el único positivo quizá, sea la sensibilización dolorosa en el epigastrio o cuadrantes abdominales altos. La pared abdominal no suele estar rígida, ni cuando hay necrosis grave, pero la distensión del abdomen es frecuente. En algunos casos de necrosis hemorrágica grave, se observa coloración azulada equimótica de la piel de los flancos (signo de Turner) o alrededor del ombligo (signo de Cullen). Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante. □

