

Caso clínico para autodiscusión

Dra. Mercedes Cantó Illa
Profesor Adjunto del Curso de
Introducción a la Especialización
Médica. Facultad de Medicina, UNAM.

Instrucciones

Esta es una Unidad de Autodiscusión diseñada para que aprenda a reconocer situaciones específicas, tales 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:

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

La primera parte lo coloca a usted delante de un problema real, y le proporciona todos los datos necesarios para que pueda empezar a tomar decisiones.

En la segunda parte, existe una serie de secciones colocadas en orden alfabético que presentan diferentes posibilidades de actuación; de entre ellas, usted 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 posibilidad 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 am-

plia información 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 están colocados en desorden, y 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.

EMPIECE AHORA CON LA PRIMERA PARTE

Primera parte

Caso clínico

Rosalinda Villaseca, enfermera de 38 años de edad, fue llevada a la sala de urgencias de un hospital general por sus angustiados familiares que la encontraron "sin sentido" pocos minutos antes. Desconocían si la paciente había tomado bebidas alcohólicas o "pastillas para dormir", pero sabían que su marido la había golpeado como lo venía haciendo desde varios meses atrás, fecha en que habían empezado a tener disgustos serios y frecuentes, lo que había dado lugar a que ella se quejara de dolor en diferentes partes del cuerpo en fecha reciente.

Al llegar al hospital, Rosalinda no respondía a las órdenes verbales, pero movía las cuatro extremidades cuando se aplicaban estímulo dolorosos. El médico que la revisó encontró gran resistencia cuando in-

tento separarle los párpados, y cuando por fin lograba separarlos éstos volvían a cerrarse rápidamente al cesar o disminuir la fuerza que había vencido dicha resistencia. Los globos oculares no se movían espontáneamente, las pupilas tenían 3 mm de diámetro y respondían bien a los estímulos luminosos. Las mucosas orales estaban un poco secas y ligeramente cianosadas; el aliento era fétido. Los ruidos cardiacos tenían buena intensidad y su frecuencia estaba moderadamente elevada. Había buena ventilación pulmonar. El abdomen estaba blando, depresible, y no contenían masas anormales. Las extremidades estaban flácidas y con reflejos miotáticos +1, la estimulación plantar provocaba respuesta flexora. Había varias equimosis en diferentes estados de involución. Se encontró temperatura corporal de 36.5°C, presión arterial de 120/80 mm de Hg, pulso de 90 X' y 14 respiración por minuto.

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

Segunda parte

Manejo

SECCION "A". Si se pudiera hablar del sustrato bioquímico de un desorden como el presentado por este paciente, mencionaríamos:

1. Los barbitúricos (09)
2. El alcohol (25)
3. Las catecolaminas y la serotonina (13)
4. La urea (05)
5. La glucosa (14)

SECCION "B". La sospecha diagnóstica se puede aclarar mediante:

1. Una determinación de barbitúricos en sangre (19)
2. Un electroencefalograma (12)
3. Un estudio radiológico de cráneo (11)
4. Una angiografía carotídea (24)
5. Una química sanguínea (23)

SECCION "C". El tratamiento indicado

para este tipo de pacientes se hace a base de:

1. Soluciones hipertónicas de glucosa intravenosas (07)
2. Diálisis peritoneal (22)
3. Electrochoques (18)
4. Tranquilizantes y/o estimulantes (03)
5. Inhibidores de la monoaminooxidasa (06)

SECCION "D". Con los datos anteriores se puede establecer el diagnóstico de:

1. Intoxicación por barbitúricos (04)
2. Estupor alcohólico (20)
3. Reacción de conversión (16)
4. Hematoma subdural (08)
5. Encefalopatía urémica (21)

SECCION "E". La complicación que más frecuentemente se presenta en este tipo de pacientes es:

1. La neumonía por aspiración (02)
2. El edema cerebral (15)
3. El suicidio (10)
4. Las úlceras de "stress" (17)
5. La leucodistrofia (01)

Tercera parte

Información

01. El término leucodistrofia fue originalmente propuesto para designar padecimientos caracterizados por degeneración progresiva hereditaria de la sustancia blanca del cerebro. En estos padecimientos, existe una falla de las células gliales para mantener la nutrición de los axones mielinizados, y para realizar efectivamente la degradación de los productos demolidos de la mielina hasta su fase final de grasa neutra y colesterol esterificado. Selecciona otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
02. Forma especial de neumonía secundaria producida por penetración de partículas alimentarias en las vías respiratorias, de material neoplásico de tumores de vías respiratorias altas, de la cavidad bucal o del esófago, o de moco vaginal o líquido amniótico en

los recién nacidos. Es frecuente en pacientes inconscientes, anestesiados, paralíticos con reflejo de la tos abolido (miastenia gravis, esclerosis lateral amnitrófica, dermatomiositis). Su localización más común es en los lóbulos inferiores. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

03. El análisis psíquico del enfermo revela claramente la influencia que tienen a menudo en las ideas de los histéricos el deseo de estar enfermos, ya que les proporciona un "refugio en la enfermedad". La terapéutica incluye la investigación de los factores que mantienen o provocan el conflicto con objeto de que se puedan eliminar. La crisis histérica se puede interrumpir con la inhalación de éter o amoníaco y, en caso de agitación, con la aplicación de diazepam por vía intramuscular, o clorpromacina. Deben retirarse los familiares y espectadores. Cuando la crisis ha pasado, se profundizará el estudio con paciencia y perseverancia para descubrir indicios de traumatismos psíquicos (psicoanálisis); posteriormente, deberá proporcionarse apoyo psiquiátrico. Seleccione una opción en la sección A para seguir adelante.
04. En el estupor o coma por drogas depresoras del sistema nervioso central, hay datos clínicos muy consistentes. La respiración se encuentra inhibida, las extremidades de los pacientes se encuentran flácidas y los reflejos miotáticos están disminuidos o ausentes, y pueden presentarse reflejos anormales. Entre los antecedentes de Rosalinda se encuentra la sospecha de ingesta de barbitúricos, pero la exploración física descarta este diagnóstico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
05. La concentración de urea en sangre es de 20-30 mg/100 ml como promedio, pero en ciertos casos, todavía normales, pueden registrarse cifras un poco superiores o inferiores. En los cuadros neurológicos agudos, puede presentarse uremia prerrenal discreta como sucede en casos de hemorragia cerebral, en ciertas encefalitis, hemorragias subaracnoideas, intoxicación por monóxido de carbono, traumatismos cerebrales, etc. Sin embargo, no es índice diagnóstico de ninguno de estos padecimientos. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
06. El uso de los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), como la felenzina e isoproniazida, medicamentos de enérgica acción antidepresiva, no es recomendable para todo tipo de pacientes; su manejo es difícil y sus efectos colaterales suelen ser graves (encefalopatía hipertensiva). Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
07. Las soluciones hipertónicas, por el fenómeno de la ósmosis, aumentan el flujo de agua al riñón y dificultan su reabsorción tubular, lo que determina su efecto diurético. A pacientes como la que estamos tratando, difícilmente podríamos ofrecerle ventajas con este tipo de soluciones; pero sí, en cambio, podríamos dar lugar a algunas complicaciones. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
08. El sangrado al espacio subdural puede ser consecuencia de lesiones cefálicas relativamente menores, y puede ocurrir con otros daños o lesiones del encéfalo. Por lo general, ocurre por ruptura de una vena subdural. El hematoma crece progresivamente apareciendo la sintomatología y la signología características al aumentar la presión intracraneana. Su tratamiento es la evacuación del hematoma. Aunque la paciente presentaba el antecedente de un posible traumatismo, la exploración neurológica fue negativa para cráneo hipertensivo. Seleccione otra opción en

esta misma sección antes de seguir adelante.

09. Actualmente, disponemos de métodos prácticos para la determinación de barbitúricos en sangre. El más ampliamente usado es el de la espectrofotometría ultravioleta de Goldbaum, siendo de gran utilidad para el diagnóstico diferencial del coma por la rapidez con que se puede realizar. La determinación hemática de barbitúricos aclara si la acción de la droga es corta o prolongada. Pero en el presente caso no existen alteraciones en el estado del alerta. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
10. En casos como el de la señora Villaseca, hay que tener muy presente el peligro de suicidio, por lo que es útil investigar el tipo de respuestas que la paciente obtiene de los demás cuando ostenta cuadros clínicos como el actual, la profundidad de la depresión, los intentos de suicidio previos, incluyendo los gestos suicidas, la coexistencia de enfermedades crónicas, y los antecedentes de suicidio en la familia más cercana. Constituye una complicación frecuente de este tipo de psicopatía. Seleccione una opción en la sección C para seguir adelante.
11. La radiografía de cráneo es un complemento exploratorio dentro de la clínica neurológica. Gran número de síndromes neurológicos aparecen como secundarios a lesiones craneanas: fracturas, malformaciones, osteomas, etc., y algunos procesos neurológicos pueden condicionar alteraciones en el cráneo, como el síndrome de hipertensión intracraneal y el meningioma; sin embargo, en casos como el presente, su utilidad diagnóstica es francamente dudosa. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
12. Las neuronas cerebrales desarrollan un potencial eléctrico de características propias en consonancia con su estructura y función. Desde su primera captación en 1924 por Berger, el registro de los potenciales cerebrales ha evolucionado hasta convertirse en un eficaz instrumento para la investigación fisiológica y para el diagnóstico clínico, recibiendo el nombre de electroencefalograma. No se emplea como índice diagnóstico, ni mucho menos de tal prioridad en pacientes con afección como la señalada en la señora Villaseca. Sin embargo, por el antecedente de posible traumatismo se considera útil si el estudio informa normalidad eléctrica como sucedió en este caso. Seleccione una opción en la sección E para seguir adelante.
13. Puede considerarse que no es una sola amina o metabolito cerebral la causa de la depresión, sino más bien un equilibrio entre las monoaminas cerebrales, especialmente aquéllas presentes en los sistemas mesolímbicos (serotonina y norepinefrina) que está correlacionado con el efecto y que, en un momento dado, la pérdida de este equilibrio determina ciertas alteraciones en los estados afectivos.
14. La determinación de glucosa en sangre nos indica valores normales de 80-120 mg/100 ml. En caso de excitación psíquica, puede haber una hiperglucemia fisiológica transitoria, de escasa magnitud y no seguida de glucosuria, por lo que su conocimiento nos proporcionaría muy dudosa ayuda diagnóstica. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
15. Frecuentemente consecutivo a traumatismos cerebrales (edema cerebral posconmocional); colaterales de tumores cerebrales y sintomático de los trastornos circulatorios, metabólicos e inflamatorios del propio encéfalo. El cuadro clínico puede ser variable, presentando signos de hipertensión intracraneana (cefalea, vómitos, papiled-

- ma, bradicardia, depresión, sensorial), no observado en el caso clínico aquí descrito. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
16. La ansiedad insoportable puede ser causa de deficiencia de las funciones motora o sensorial, lo que podría dar la apariencia de tranquilidad. Los enfermos con inmadurez, no sofisticados, son los más susceptibles de presentar casos clínicos como éste. Puede haber amnesia y disociación de ideas, como mecanismos de evasión. Ocurre más frecuentemente en mujeres; pero se la encuentra también en hombres, particularmente en las guerras. Los síntomas de conversión pueden ser difíciles de distinguir de los síntomas orgánicos, pero generalmente son atípicos y la exploración neurológica es negativa. Los ataques histéricos pueden ser difíciles de distinguir de las crisis epilépticas; sin embargo, los pacientes con convulsiones histéricas usualmente no pierden el conocimiento, no se lastiman y no pierden el control vesical ni anal. La exploración neurológica en el caso presentado no informa anormalidad y la signología que presenta es francamente voluntaria, afirmando la consideración diagnóstica. Seleccione una opción en la sección B para seguir adelante.
 17. Las úlceras de "stress" son auténticas úlceras agudas, poco extensas pero muy profundas, que pueden llegar hasta la serosa peritoneal. Se presentan como resultado de una reacción de alarma severa y sostenida; su tratamiento reviste grandes problemas y su curación es difícil. Cada vez se la encuentra con mayor frecuencia, aunque no constituye la complicación más frecuente de este tipo de pacientes. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
 18. El electrochoque sigue siendo uno de los mejores recursos terapéuticos en psiquiatría. Las depresiones severas, particularmente las formas psicóticas de la enfermedad maniaco-depresiva y la melancolía involutiva, responden a este tratamiento en forma satisfactoria; sin embargo, actualmente, se emplea con menos frecuencia porque la mayor parte de los enfermos no lo requieren. El cuadro clínico de la paciente que discutimos no encaja en ninguna de las posibilidades mencionadas. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
 19. Puede ayudarnos en el diagnóstico diferencial con otras intoxicaciones. El disponer de medios analíticos que permitan la identificación de los barbitúricos en la sangre u orina del paciente indudablemente facilita el proceso diagnóstico. Sin embargo, en el presente caso es posible que con el solo cuadro clínico podamos descartar un coma barbitúrico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
 20. El estupor alcohólico puede constituir un diagnóstico difícil siendo de utilidad el encontrar aliento alcohólico, la cara enrojecida, el pulso rápido, la presión arterial baja, y el inicio del cuadro con ataxia y confusión mental. La causa de los trastornos neurológicos en el estupor alcohólico suele ser la depresión de algunas neuronas del encéfalo. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
 21. La uremia puede producir confusión, agitación, apatía, depresión, estupor y coma; mialgias, temblores, fasciculaciones, mioclono y parestias transitorias así como convulsiones. No se ha demostrado relación entre la retención de azoados y la sintomatología y signología mencionadas, pero se la encuentra con mayor frecuencia cuanto más elevada sea dicha retención. La química sanguínea de la señora Villaseca es normal, por lo que puede descartarse esta posibilidad. Seleccione

Educación médica (concluye)

- otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
22. La diálisis peritoneal es un procedimiento útil y sencillo para el tratamiento de la uremia, que aprovecha las características físicas del peritoneo, sus propiedades de membrana semipermeable y su extensa superficie para establecer a través de ella un intercambio iónico y de otras sustancias cristaloides y difundibles entre la sangre y una solución apropiada introducida en la cavidad peritoneal. También puede usarse para extracción de otro tipo de sustancias tóxicas, como pudieran ser los barbitúricos. La paciente que nos ocupa no es candidato para este tipo de tratamiento por el diagnóstico que tiene. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
23. Los componentes químicos de la sangre son diversos, y sus valores varían según el procedimiento que se utilice para medirlos. El análisis químico de la sangre nos permite conocer la concentración de algunos de los elementos que puedan ayudarnos en el proceso diagnóstico. Los más importantes son la glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro y la reserva alcalina; así como también el ácido úrico, el magnesio y calcio y, en caso de padeci-
- mientos más específicos, la amilasa, amonio, fósforo, y proteínas. Por las condiciones clínicas de la paciente, el análisis químico de la sangre seguramente nos proporcionará datos de normalidad, lo que ayudaría poco para fundamentar un diagnóstico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
24. Las últimas relaciones que posee el árbol vascular con el encéfalo, sugirieron a Egas Moniz la posibilidad de estudiar radiológicamente el cerebro mediante el contraste de los vasos sanguíneos intracraneales. La angiografía cerebral, es la objetivación de la vascularización cerebral mediante la introducción de una sustancia opaca a los rayos X dentro de una de las grandes arterias. Es un estudio complementario en la investigación de formaciones aneurismáticas, procesos tumorales y accidentes vasculares cerebrales, pero sería de poca utilidad en una paciente como la que se discute. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
25. La determinación de alcohol en la sangre es específica y constituye una prueba forense o policíaca de la intoxicación alcohólica aguda. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.