

Caso clínico para autodiscusión

Dr. J. C. Maldonado Carrasco *

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 amplia 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

A. H. J., de 35 años de edad, con antecedentes heredo familiares de cáncer de estómago en el padre. Proviene de medio socioeconómico bajo, con malos hábitos higiénico-dietéticos, alcoholismo positivo desde los 16 años (llega a la embriaguez una vez por semana), tabaquismo positivo (15 cigarrillos al día). Originario de Tinguistengo, Edo. de México y se dedica profesionalmente a las ventas.

Inicia su padecimiento hace aproximadamente 18 horas con dolor súbito en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho y dorso, que se exacerba con el decúbito supino y mejora al sentarse; se acompañó de náusea y vómito de contenido gástrico, en 5 ocasiones.

* Residente de Medicina General, Hospital General Adolfo López Mateos.

Está consciente, sudoroso, febril (38.5° C), taquicárdico, con tensión arterial de 110/70 y palidez moderada de piel. Uresis presente de caracteres macroscópicos normales y constipación de 3 días de evolución, ojos con discreto tinte icterico. En área cardiaca sólo se detecta discreta taquicardia (95 x'), campos pulmonares limpios y bien ventilados. Abdomen moderadamente distendido, doloroso a la palpación en epigastrio y mesogastrio, ruidos peristálticos disminuidos en frecuencia e intensidad sin viceromegalias. Extremidades y exploración neurológica normales.

CONTINUE AHORA EN LA SECCION "A" DE LA SEGUNDA PARTE.

Segunda parte

Manejo

SECCION A. El examen de laboratorio considerado como de mayor utilidad en este caso es la:

1. Biometría hemática completa (05)
2. Bilirrubinas en sangre (11)
3. Amilasa y lipasa sérica y urinaria (25)
4. Transaminasas séricas y fosfatasa alcalina (02)
5. Examen general de orina (09)

SECCION B. Este cuadro sugiere etiología:

1. Infecciosa (01)
2. Por fuga de enzimas y lisis tisular (18)
3. Obstructiva con inflamación atrás de la obstrucción (21)
4. Inflamación benigna de linfáticos mesentéricos (14)
5. Por perforación de víscera hueca (23)

SECCION C. En el estudio radiográfico usted esperaría encontrar:

1. Aire libre en cavidad (12)
2. Ileo moderado mostrando edema interasa y asa centinela (04)
3. Cálculos vesiculares (13)
4. Psoas borrados y gas en intes-

tino delgado, así como imagen de vidrio despolido (20)

5. No esperaría encontrar datos orientadores a la patología de base (17)

SECCION D. Con los datos positivos que usted ha podido reunir, el diagnóstico de su paciente es:

1. Apendicitis aguda (15)
2. Ulcera péptica perforada (07)
3. Linfadenitis mesentérica aguda (22)
4. Colecistitis aguda (16)
5. Pancreatitis aguda (06)

SECCION E. El tratamiento del paciente debe hacerse mediante:

1. Ayuno, succión gástrica y relajantes de músculo liso I.V. (24)
2. Medidas generales de sostén (19)
3. Cirugía de urgencia (10)
4. Ayuno, succión gástrica, anticolinérgicos I.V. y meperidina (03)
5. Antiácidos, dieta láctea y cimetidina o quirúrgico (08)

Tercera parte

Información

01. Aunque se desconoce exactamente la patogénesis de este padecimiento la etiología infecciosa actualmente no se considera como causa directa para la presentación y desarrollo de este cuadro. Seleccione otra opción de la Sección "B".
02. La elevación de las transaminasas séricas y la fosfatasa alcalina usualmente la encontramos en los procesos que afectan a la vesícula biliar. Seleccione otra opción de la Sección "A".
03. Estas son algunas medidas que bien llevadas a cabo representan prácticamente la respuesta para resolver una gran mayoría de estos casos, siendo pues el conjunto de estas medidas las adecuadas para combatir este tipo de patología.
04. Estos datos radiológicos son los más sugestivos del proceso que nos ocupa, pero no constituyen de ninguna ma-

- nera un diagnóstico. Encontramos usualmente un intestino delgado distendido por gases y un "asa centinela" situada en el cuadrante superior izquierdo. Para seguir adelante seleccione una opción de la Sección "B".
05. La biometría hemática en este caso puede mostrar datos de leucocitosis importante pero no es indicativa del caso que nos ocupa, pues estos datos nos los darían diversos procesos mórbidos infecciosos u obstructivos. Seleccione otra opción de la Sección "A".
06. Este cuadro cursa habitualmente con:
 Dolor epigástrico agudo de instalación súbita, frecuentemente irradiado a la espalda.
 Náusea, vómito, postración y diaforesis.
 Dilatación abdominal y dolor a la palpación en epigastrio o mesogastrio.
 Fiebre, antecedentes de episodios previos o de excesos alcohólicos o alimenticios.
 Para seguir adelante seleccione una opción de la Sección "E".
07. Este cuadro cursa habitualmente con:
 Instalación súbita de dolor epigástrico frecuentemente irradiado a espalda o a cuadrante inferior derecho. A veces asociada a náuseas y vómito seguidos de una disminución del dolor durante algunas horas y posteriormente rigidez "de tabla" del abdomen, fiebre, rebote positivo, ausencia de ruidos intestinales, leucocitosis y taquicardia. Seleccione otra opción de la Sección "D".
08. Este grupo de medidas son muy útiles para combatir los estados de hiperacidez complicados, no así para la patología que nos ocupa. Seleccione otra opción de la Sección "E".
09. En el 25% aproximadamente de las pancreatitis agudas encontramos en el E.G.O. proteinuria, cilindruria y glucosuria. Por la baja frecuencia de presentación no representan un examen confiable para el presente caso. Seleccione otra opción de la Sección "A".
10. Sólo indicado en cuadros apendiculares de urgencia para los fines del presente caso clínico de autodiscusión. Seleccione otra opción de la Sección "E".
11. La elevación de las bilirrubinas totales en sangre se observan con mayor frecuencia en patología obstructiva o inflamatoria de vesícula biliar o procesos tóxico-inflamatorios de hígado principalmente. Aunque en este caso se observa tinte subictérico de conjuntivas, no sería un estudio indicativo de primera línea. Seleccione otra opción de la Sección "A".
12. Este hallazgo radiográfico es prácticamente exclusivo de la perforación de víscera hueca y se detecta el aire libre en cavidad en la placa simple de abdomen y en la telerradiografía de tórax, bajo una o ambas cúpulas diafragmáticas. Seleccione otra opción de la Sección "C".
13. Los cálculos vesiculares rara vez se descubren al observar una placa simple de abdomen, siendo la colecistografía oral el procedimiento de elección, refiriéndose que algunas ocasiones puede ser la causa de cuadros como el que nos ocupa en este momento. Seleccione otra opción de la Sección "C".
14. Esta opción no guarda ninguna relación en cuanto a poder explicar la patogénesis de nuestro caso. Seleccione otra opción de la Sección "B".
15. Este cuadro cursa habitualmente con:
 Dolor a la palpación en cuadrante inferior derecho, hiperestesia y signos de irritación peritoneal.
 Anorexia, náuseas, vómito y constipación.
 Fiebre de baja intensidad y leucocitosis con neutrofilia.
 Seleccione otra opción de la Sección "D".
16. Este cuadro cursa habitualmente con:
 Dolor intenso, estable e hiperestesia

Educación médica (concluye)

- en hipocondrio derecho o epigastrio.
Náusea y vómito.
Ictericia, fiebre y leucocitosis.
Seleccione otra opción de la Sección "D".
17. En este caso usted debe esperar, conociendo la fisiopatología de este padecimiento, encontrar algunos datos radiográficos que si bien nunca debe hacerse un diagnóstico por medio de métodos paraclínicos, éstos resultan siempre muy orientadores para una conclusión diagnóstica. Seleccione otra opción de la Sección "C".
18. Dentro del 80% de causas que se postulan como explicativas de la patogenesis de este padecimiento, encontramos a la "fuga" de enzimas originadas por lisis tisular consecutivas a múltiples factores como lo son: enfermedades de las vías biliares, alcoholismo, traumatismos abdominales, causas vasculares y alérgicas principalmente. Para seguir adelante seleccione una opción de la Sección "D".
19. Son muy adecuadas en los cuadros bien diagnosticados como linfadenitis mesentérica aguda, aunque ante la duda en algunas ocasiones está justificada la exploración quirúrgica al no poder reconocer un cuadro apendicular agudo. Seleccione otra opción de la Sección "E".
20. Esta imagen es característica de procesos que cursan con líquido libre en cavidad abdominal, dando esta imagen "en vidrio despulido" que a su vez "borra" las sombras de los músculos psoas. Seleccione otra opción de la Sección "C".
21. Los cuadros que caracterizan a la patología obstructiva con inflamación por detrás del sitio de la obstrucción, son generalmente del tipo de los encontrados en los procesos vesiculares agudos o de vías biliares. Seleccione otra opción de la Sección "B".
22. Este cuadro cursa habitualmente con:
Dolor constante periumblical.
Anorexia, náusea y vómito, fiebre hasta de 39.5° C.
Dolor a la palpación en cuadrante inferior derecho con signos mínimos o ausentes de irritación peritoneal.
Leucocitosis, generalmente por encima de 15,000.
Antecedentes de infección respiratoria alta reciente o actual.
Seleccione otra opción de la Sección "D".
23. La perforación de víscera hueca no es indicativa de este cuadro, los síntomas y signos son debidos a irritación peritoneal, aunque algunas de las complicaciones pueden dar cuadros agregados por penetración a otros órganos huecos. Seleccione otra opción de la Sección "B".
24. Este tipo de terapéutica está indicado en cuadros de colecistitis aguda, cediendo mediante estas medidas el espasmo que ocasiona el cuadro doloroso central y la sintomatología acompañante, no siendo suficientes para la resolución del cuadro que nos ocupa. Seleccione otra opción de la Sección "E".
25. La amilasa en suero se eleva en menos de 24 horas (en el 90% de los casos) y vuelve a la normalidad al tercer día, la lipasa sérica aumenta más lentamente y persiste durante algunos días más. La amilasa en orina muestra cifras elevadas por más tiempo que la amilasa sérica (útil en diagnósticos retrospectivos). Un cociente de depuración amilasa/creatinina mayor de 5.5% indica habitualmente pancreatitis aguda (de cierta utilidad en el diagnóstico diferencial de la hiperamilasemia). Seleccione una opción de la Sección "C", para seguir adelante.