Caso clínico para autodiscusión

Dr. Mario Hernández Yáñez
Profesor Ayudante de Clínica
de Cardiovascular,
Fac. de Medicina, UNAM.

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, 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.

EMPIECE AHORA CON LA PRIMERA PARTE

Primera parte

Caso clínico

Hombre de 43 años, albañil, conducido por sus familiares al hospital general de la ciudad porque en las últimas 24 hrs. había presentado tres vómitos con aspecto de poso de café en cantidad aproximada de 250 ml en cada ocasión; además, el paciente había venido presentando inquietud creciente, desconocimiento ocasional de situaciones y personas familiares, así como temblor muy ostensible de los dedos en los últimos días. Por interrogatorio, se supo que ingería de 2 a 3 litros de pulque diariamente, y que cada 8 días durante los últimos 25 años. Llegaba a la intoxicación alcohólica aguda con ron y otras bebidas destiladas. Al inicio del cuadro actual había ingerido bebidas alcohólicas en gran cantidad, y

diariamente durante aproximadamente 15 días.

En el examen físico, se le encontró confuso y con ictericia subconjuntival mínima, hipotonía de los globos oculares e hidratación inadecuada de las mucosas orales. Su corazón latía rítmicamente con frecuencia de 110 por minuto. Los campos pulmonares se encontraron sin alteraciones; había red venosa colateral visible y de circulación ascendente en cara anterior del tórax y del abdomen; este último estaba globoso y con aumento de la sonoridad a la percusión. No se pudo aclarar con precisión la existencia de crecimiento de los órganos abdominales o de masas extrañas. Al tacto rectal, se encontraron hemorroides no sangrantes y heces de color rojo negruzco. Las extremidades mostraban un temblor fino que se parecía "aleteo", y que predominaba en manos. La temperatura corporal se determinó en 36.8°C, la presión arterial en 100/70 mm de Hg, y había 18 respiraciones por minuto. Por laboratorio se encontró hemoglobina de 12 g y hematocrito de 45.

PASE AHORA A LA SECCION "A"

Segunda parte

Manejo

SECCION "A". Con los datos proporcionados en el relato clínico, el diagnóstico sindromático que se infiere es el de:

1. Hematemesis (09)
2. Choque en fase de estancamiento (18)
3. Anemia aguda (12)
4. Sangrado de tubo digestivo alto (22)
5. Gastritis por alcoholismo (05)

SECCION "B". Los datos presentados en el relato clínico son suficientes para que pueda señalar como posibilidad diagnóstica de tipo nosológico la:

1. Gastritis hemorrágica (24)
2. Úlcera péptica perforada (01)
3. Discrasia sanguínea (10)
4. Gastritis urémica (04)

5. Cirrosis hepática y erosión de várices esofágicas (14)

SECCION "C". Con la impresión que el cuadro clínico de este paciente le debe haber dejado, el estudio paraclínico más útil para una evaluación más profunda del estado evolutivo del padecimiento es:

1. El recuento de plaquetas en sangre (07)
2. La angiografía selectiva del tronco celiaco (21)
3. La cuenta plaquetaria y de reticulocitos (03)
4. La determinación plasmática de transaminasa pirúvica, tiempo de protrombina y amonio (25)
5. La rectosigmoidoscopia (11)

SECCION "D". Con la información acumulada, ya se puede indicar un tratamiento que, en el caso que nos ocupa, supone una secuencia de procedimientos; es por ello que usted ordena que:

1. Se tomen muestras sanguíneas para otros exámenes de laboratorio, y se transfundan 1,200 ml de concentrado globular (17)
2. Se efectúe lavado gástrico, y se conecte la sonda al equipo de succión (02)
3. Se administre solución salina isotónica intravenosa a 40 gotas por minuto, mientras espera resultados de laboratorio (06)
4. Se coloque una sonda de Sangestaken, y se infle el balón correspondiente mientras se trasfunde sangre total (13)
5. Se coloque una sonda nasogástrica para lavar el estómago con agua fría, se instale una venoclisis con solución de Hartman, y se envíe al paciente a estudios de gabinete (23)

SECCION "E". Aún después de haber efectuado las medidas iniciales en forma adecuada, el riesgo de su paciente todavía es

alto y por ello usted ordena que:

1. Sea observado en la sala de urgencias durante cuando menos 24 hrs. más, y se egrese posteriormente si sus cifras tensionales son estables (16)
2. Sea sometido a una laparotomía exploradora (15)
3. Sea enviado a la sala de cuidado intensivo (19)
4. Sea hospitalizado en una sala de medicina interna una vez iniciada la hemotransfusión (08)
5. Sea completamente estudiado mediante evaluación de la función hepática, serie esofagogastroduodenal, esplenopografía, gammagrama de hígado y biopsia hepática (20)

Tercera parte

Información

01. El sangrado constituye el primer síntoma de úlcera péptica en el 10% de los casos aproximadamente; pero la úlcera péptica se perfora solamente en el 1% de ellos, y no siempre esta situación produce sangrados. Lo que es evidente en estos casos, es el cuadro clínico catalogado como "abdomen agudo", y que en la mayoría de las ocasiones requiere tratamiento quirúrgico. Evidentemente, no es congruente con los datos de que disponemos. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
02. El lavado gástrico lleva implícito traumatismo esofágico que, por la impresión diagnóstica que debe tener usted, trataría de evitar a toda costa. Por otro lado, la succión gástrica sirve tan sólo para limpiar el estómago de restos sanguíneos, pero no le resolverá el trastorno hemodinámico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
03. La información ofrecida por esta determinación nos da idea del funcionamiento de la medula ósea cuya depresión raramente determina sangrado del tubo digestivo como primera manifestación, por lo que su utilidad, en el caso que nos ocupa, sería poco menos que nula. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
04. Desde luego que las gastritis urémicas pueden llegar a determinar sangrado del tubo digestivo; sin embargo, es muy raro que ésta sea la primera y única manifestación de insuficiencia renal. En el relato clínico ofrecido, no se identifican más datos sugestivos. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
05. La gastritis por etilismo se ha diferenciado como entidad nosológica y, aunque indudablemente puede determinar un sangrado de tubo digestivo alto, se manifiesta más frecuentemente por vómitos copiosos de contenido mucoso, malestar general, desequilibrio hidroelectrolítico moderado y evolución autolimitada. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
06. Siempre será de utilidad tener disponible una vía venosa en los pacientes graves, debiéndose valorar cuidadosamente el tipo de solución con la que se mantendrá permeable; pero, esperar resultados de laboratorio ante un cuadro clínico evidente, constituye un serio error de omisión. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
07. El número de plaquetas desciende en la púrpura trombótica trombocitopénica que se asocia con sangrados de diversos sitios, o en las fases avanzadas o terminales de las coagulopatías por consumo. Pero, como su impresión clínica no se ha orientado hacia este tipo de patología, el examen resulta de poca utilidad. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
08. Habiendo determinado como origen del

sangrado la erosión de várices esofágicas por hipertensión portal secundaria a cirrosis hepática, usted no puede asegurar que dicho sangrado no aumentará en las próximas horas o que se agravará al descomprimir el esófago. La vigilancia de estos pacientes debe hacerse, en la actualidad, en unidades especializadas y bien equipadas que permitan un mejor manejo de las situaciones de urgencia implícitas en los enfermos como el que nos ocupa. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

09. Hematemesis significa vómito de contenido hemático, y no es un síndrome, es apenas un signo. El síndrome es el primer intento de organización de la información clínica disponible bajo conceptos fisiológicos y fisiopatológicos que le permiten iniciar medidas correctivas urgentes y continuar el proceso diagnóstico por líneas mejor delimitadas que logran mayor eficiencia de la acción médica. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
10. Si por discrasia sanguínea entendemos la presencia de alteraciones en los mecanismos normales de la coagulación, las manifestaciones clínicas que esperearemos serán sistémicas y, en el relato informativo del caso clínico que nos ocupa, no existen datos de sangrado sistémico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
11. La rectosigmoidoscopia es muy útil para el diagnóstico en caso de sangrado de tubo digestivo bajo y, clínicamente usted ya ha señalado que el sitio probable de la lesión no es precisamente éste, por lo que no hay indicación formal para efectuar el estudio. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
12. El término de anemia aguda es discutible; sin embargo, se acepta convencionalmente como tal a la pérdida brus-

ca de cuando menos 750 ml de sangre, lo que da lugar a síntomas derivados de la hipoxia tisular por falta de transportadores de oxígeno. El paciente que nos ocupa ha presentado pérdida de 750 ml, pero de vómito en poso de café, lo que no debe hacer pensar en este tipo de situación. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

13. Pasar sondas con balón esofágico es una medida muy oportuna en pacientes con estigmas de insuficiencia hepática y manifestaciones de sangrado del tubo digestivo alto. El trauma de la sonda es equiparable, pero la de este tipo le permite iniciar tratamiento de inmediato. La transfusión de sangre total le repondrá volumen, transportadores de oxígeno y factores plasmáticos de coagulación. Debe insistirse en la necesidad de que la sangre que se aplique sea de extracción reciente. Continúe ahora en la sección "E" para seguir adelante.
14. Las hepatopatías ocupan el segundo lugar como causa de sangrado de tubo digestivo, de tal manera que se hace impositivo buscar estigmas de insuficiencia hepática en todo paciente que sangra de vías digestivas. Con mucho, las várices esofágicas erosionadas son la causa principal de este tipo de sangrado. La integración diagnóstica de mayor jerarquía reviste extraordinaria importancia, especialmente para las medidas terapéuticas subsecuentes, sin olvidar lo relevante que son los pasos iniciales del proceso diagnóstico integral. Continúe ahora con la sección "C" para seguir adelante.
15. La exploración quirúrgica del abdomen rara vez tiene indicación en casos de sangrado de tubo digestivo. El paciente que nos ocupa tiene evidencia clínica de insuficiencia hepática agudizada, y el riesgo quirúrgico es tan alto como innecesario, por lo que se considera contraindicada. Seleccione otra opción

- en esta misma sección antes de seguir adelante.
16. Todo paciente con sangrado del tubo digestivo requiere documentación diagnóstica plena. El caso que nos ocupa es grave, y se debe estudiar completamente bajo vigilancia médica estricta, ya que la posibilidad de un nuevo episodio es grande, y de ocurrir fuera del hospital podría ser de graves consecuencias para el paciente. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
 17. Evidentemente que a cualquiera le gustaría tener más información de laboratorio, pero ésta no modificaría la terapéutica. Por otro lado, transfundir concentrado globular a un paciente con sangrado activo no resuelve completamente la situación, ya que sus necesidades son de volumen, transportadores de oxígeno y elementos plasmáticos de la coagulación. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
 18. El estado de choque tiene fisiopatología común en diversas entidades nosológicas, reconociéndose clínicamente una primera etapa o fase de simpaticotonía generalizada con reacomodo del volumen circulante; y una segunda fase, llamada de estancamiento, muy grave y a menudo irreversible, que se identifica clínicamente por colapso venoso, hipotensión arterial, aumento del ácido láctico en sangre y oliguria extrema, datos todos ellos, que no existen en el relato del caso que nos ocupa. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
 19. Usted apenas ha evitado que se desarrollen complicaciones por choque hipovolémico y, estando su paciente gravemente enfermo y existiendo tan sólo un estudio inicial, su control debe hacerse en los sitios cuya existencia se justifica para la atención de este tipo de individuos, por lo que su decisión es correcta. El manejo adecuado del caso le ha valido distinción y agradecimiento por parte del paciente.
 20. Es siempre alentador para el médico ver el resultado positivo de su tratamiento inmediato. Surge ahora la responsabilidad de un pronóstico a plazo mayor, y nuevas medidas de control con respecto a él; entonces, indudablemente, el estudio del paciente tendrá que seguir adelante hasta que el diagnóstico quede bien fundamentado. Sin embargo, las primeras 24 hrs. del paciente que ha tenido un sangrado del tubo digestivo alto deberán utilizarse, en la mayor parte de los casos, para vigilancia y terapéutica rutinaria. El manejo excesivo de pacientes como el que nos ocupa puede llegar a producir más alteraciones que las originales. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
 21. Los estudios angiográficos se han empleado para localizar el sitio de sangrado de los órganos abdominales. Recordemos solamente que el estudio se inicia con una aortografía para obtener una panorámica de la circulación y, posteriormente, seleccionar la zona "sospechosa". El método es potencialmente peligroso, y tiene una eficacia diagnóstica del 85%. No se considera indicado en esta etapa del estudio. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
 22. Este es el mejor diagnóstico sindromático que puede hacerse en el momento, puesto que le permite identificar de inmediato la gravedad de la situación clínica del paciente y aplicar el tratamiento correctivo inicial más adecuado. La causa frecuentemente hallada corresponde en forma notoria, a una patología gástrica. Continúe ahora en la sección "B" para seguir adelante.
 23. Los lavados con agua fría no están indicados, porque al efecto vasoconstrictor relativo que pudieran tener se opone el osmótico negativo que tiende a depletar de electrolitos al paciente.

Educación Médica (concluye)

Recuerde también que la solución de Hartman contiene lactato, por lo que no deberá usarse en casos de hepatopatía evidente, ya que al no metabolizarse dará lugar a empeoramiento del problema. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

24. Gastritis hemorrágica es un término clínico poco ortodoxo que corresponde anatómicamente a la pérdida de continuidad de la mucosa gástrica en forma multifocal y frecuentemente asociada con lesiones puntiformes. Obedece a causas múltiples, siendo el empleo de la aspirina una de las más frecuentes. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
25. Puesto que usted ha determinado clínicamente que el sangrado es secundario

a una afección hepática manifestada por los datos de hipertensión portal, podría afinar su impresión valorando la existencia de alteraciones del hepatocito propiamente, por lo que la determinación de transaminasas pirúvicas le será de gran utilidad, ya que en caso de daño del hepatocito ésta se encontrará elevada. El nivel plasmático del amonio también se eleva en la insuficiencia hepática agudizada. Los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete rara vez desechan una impresión diagnóstica elaborada sobre una buena semiología de la historia clínica y, por ello, es que precisamente deben solicitarse de preferencia, sólo los que nos proporcionen información positiva. Continúe ahora con la sección "D" para seguir adelante.