

Caso clínico para autodiscusión

Dr. Fernando Suárez Sánchez
Jefe de la Sección de Evaluación
de la Secretaría de Educación
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

Mujer de 21 años, soltera, enviada de la Compañía Mexicana de Transportación Aérea para evaluación médica, ya que habiendo hecho solicitud para trabajar como secretaria en dicha compañía, y haber superado los requisitos técnicoadministrativos, se tuvo que someter a examen médico rutinario de aspirantes, encontrándosele alguna alteración que se juzgó requería un estudio más profundo. La paciente pertenece a una familia de la clase media, y ocupa el tercer lugar entre cuatro hermanos. Sus hábitos higiénicos son adecuados, y su alimentación buena en aporte protéico. Fuma cinco cigarrillos al día desde los 18 años, y no practica ningún deporte organizado, aunque frecuentemente camina alrededor de dos kilómetros al día. No recuerda padecimientos comunes de la infancia, y sólo menciona amigdalitis

en tres o cuatro ocasiones, en las que recibió tratamiento irregular con algunas inyecciones y tabletas cuyo nombre ignora. Desde los 8 años de edad, concurre asiduamente al consultorio dental por caries múltiples. Refiere menarca a los 12 años, y desde entonces presenta ritmo menstrual de 28 X 3 días, quejándose de disnea ocasional en relación con el periodo menstrual. Al examen físico, aparenta menor edad que la referida, mide 1.56 m y pesa 48 kg; el tórax está adelgazado y con ligero aumento de la claridad a la percusión. el área cardíaca se encuentra dentro de los límites normales, con el apex en 5o. espacio intercostal izquierdo y línea medio clavicular donde a la palpitación se encuentra frémito de tipo diastólico. La frecuencia cardíaca es de 68 por minuto, rítmica; existe soplo diastólico con reforzamiento presistólico y brillantez del primer ruido en el área del foco mitral, así como desdoblamiento del segundo ruido en el foco pulmonar, el segundo ruido se encontró medianamente aumentado de intensidad. El abdomen y las extremidades se encontraron sin alteraciones.

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

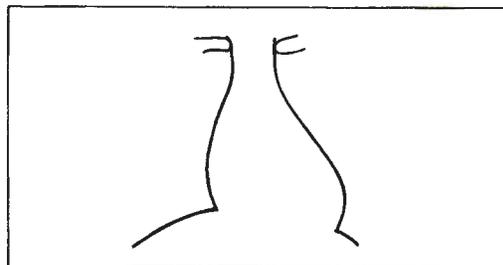
Segunda parte

Manejo

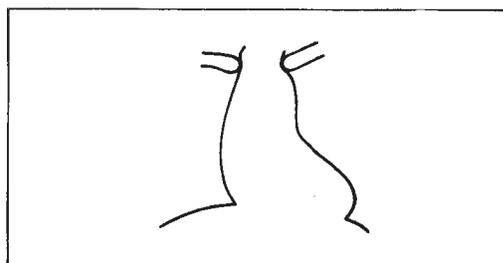
SECCION "A". Desde el punto de vista clínico, y con los datos referidos, se puede hacer diagnóstico de:

1. bronconeumonía (09)
2. insuficiencia aórtica (18)
3. infarto del miocardio (24)
4. estenosis mitral (06)
5. asma bronquial (28)

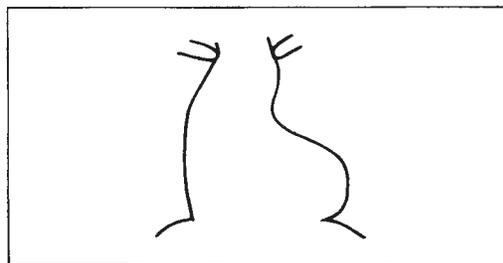
SECCION "B". Con este diagnóstico, espera encontrar una imagen radiológica como la de la figura:



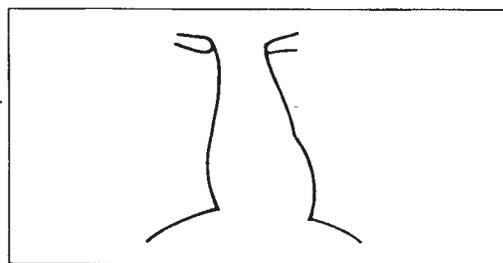
1. (16)



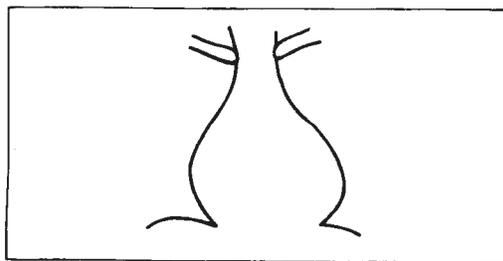
2. (11)



3. (27)



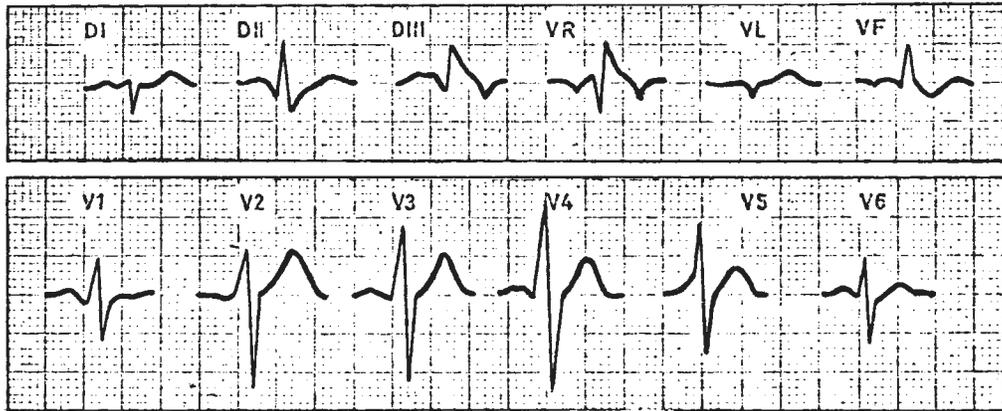
4. (03)



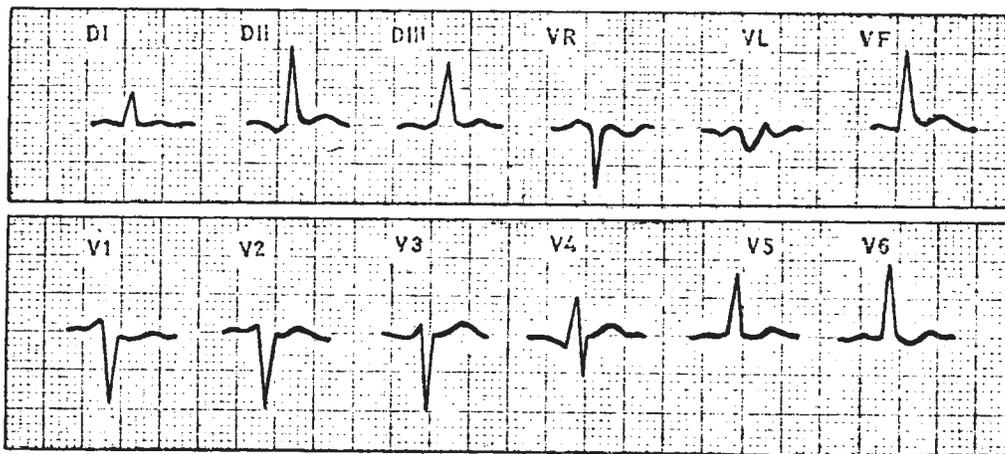
5. (23)

SECCION "C". Para completar el estudio correspondiente, se efectúa un trazo electrocardiográfico que espera encontrar con imá-

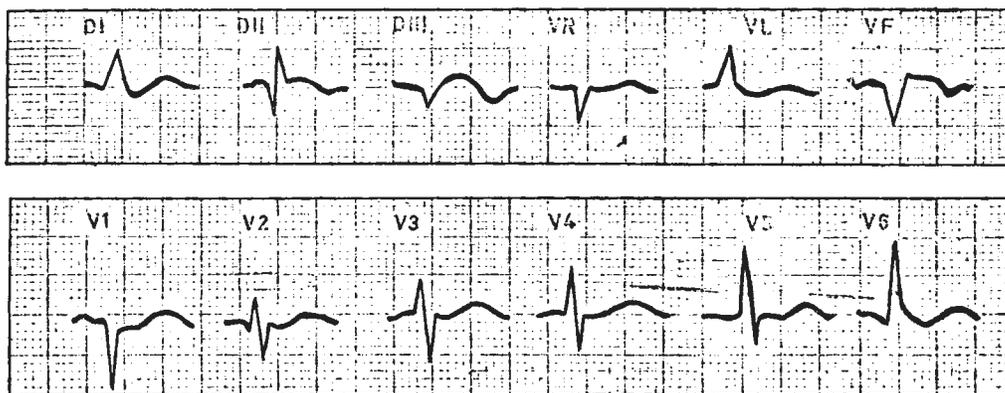
genes similares a las que se presentan en alguna de las siguientes figuras:



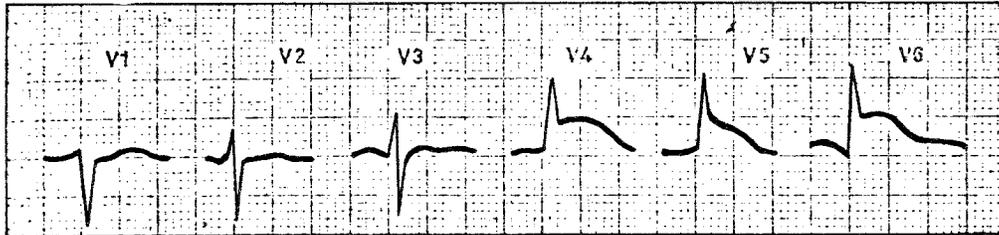
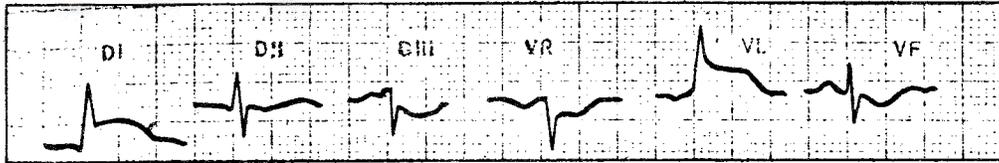
1. (05)



2. (17)

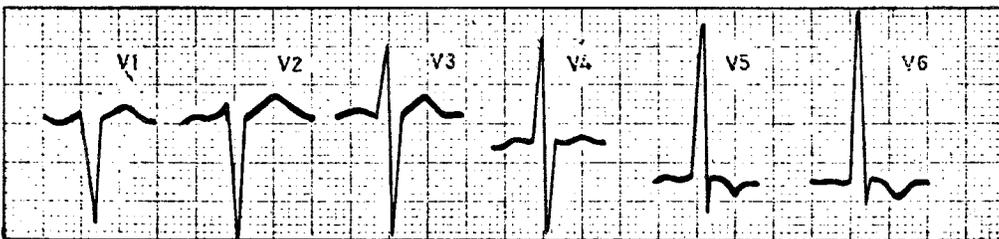
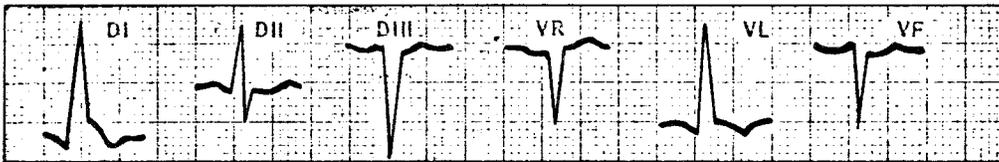


3. (12)



4.

(21)



5.

(08)

SECCION "D". Con los resultados del examen practicado a esta paciente, la medida terapéutica más útil en este momento es:

1. la comisurotomía (01)
2. la administración de digitálicos (20)
3. la administración de diuréticos (15)
4. la administración de quinidínicos (30)
5. ninguna de la anteriores (25)

SECCION "E". Las siguientes situaciones pueden indicarse en esta paciente, "excepto":

1. el embarazo (13)
2. el ejercicio físico (29)
3. los viajes en aeroplano (04)

4. la dieta a base de mariscos (17)

5. la conducción de automóviles (10)

SECCION "F". Hecho lo anterior, la paciente querrá saber cuál será su control, ulterior y usted deberá decirle:

1. que se olvide de su padecimiento (14)

2. que acuda al consultorio de algún cardiólogo (02)

3. que su padecimiento amerita vigilancia en este consultorio dos veces al mes (26)

4. que sería conveniente evaluación médica en este consultorio cada seis meses (07)

5. que antes de un año requerirá intervención quirúrgica 19)

Tercera parte

Sección de información

01. El objetivo de una intervención quirúrgica en caso de estenosis mitral es agrandar el orificio valvular estrechado y, por lo tanto, este procedimiento está indicado cuando el paciente sufre síntomas de intolerancia o progresión debido al impedimento mecánica de la estenosis mitral severa. En la selección de los pacientes para comisurotomía el médico debe valorar primero la posibilidad de mejoría con tratamiento no quirúrgico, la mortalidad operatoria en el caso particular, y la probabilidad de mejorar la función cardíaca y la longevidad como resultado de la intervención (Friedberg, C.K.: Diseases of the Heart. W.B. Saunders, Co., 2nd. Ed. 1956, p. 669). Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
02. El estudio de la paciente en este momento puede considerarse lo suficientemente adecuado para hacerse una idea del estado de su padecimiento. Es posible que en algún tiempo habrá de requerir investigación especializada, sobre todo cuando esté por decidirse tratamiento quirúrgico. En las condiciones actuales, no es necesario, el manejo de la paciente por un cardiólogo. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
03. Esta fotografía corresponde a la incidencia posteroanterior del estudio radiográfico de corazón de una paciente de 38 años afectada de insuficiencia aórtica reumática. Se nota el contorno izquierdo crecido y elongado, sobre todo en su porción inferior, lo que nos demuestra que el ventrículo izquierdo está hipertrofiado. Esta manifestación, de lesiones poco avanzadas, imprime al corazón una característica especial que se conoce como "configuración aórtica" (Friedberg, C.K.: Diseases of the heart. W.B. Saunders, Co., 2nd. Ed., 1956, p. 689). Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
04. En la actualidad, los viajes en aeroplano ofrecen garantías a los enfermos del corazón por las comodidades ambientales con las que se cuenta. El estado clínico de la paciente que nos ocupa no constituye, evidentemente, contraindicación para que se realicen viajes por vía aérea. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
05. Este trazo electrocardiográfico corresponde al 4o. de una serie obtenida de un paciente del sexo masculino de 74 años de edad admitido en el hospital dos días antes por haber presentado dolor retrosternal severo, de inicio súbito transitorio, disneizante y con irradiaciones hacia cuello y hombro izquierdos. En la sala de urgencias, se le encontró taquicárdico, hipotenso y sudoroso, y sin evidencias de congestión pulmonar. Ha sido tratado con reposo, tranquilizantes y vasodilatadores coronarios. A su ingreso, se le hizo diagnóstico de infarto del miocardio de la pared posterior, y se obtuvo un trazo un poco diferente al actual, debido a la edad del infarto. Aquí vemos Q profundas en D II, D III y aVF, y tanto las elevaciones como las depresiones del segmento ST que se habían observado en el primer trazo, han disminuido. Existe también inversión de la onda T en D II, D III y aVF. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
06. Efectivamente, la endocarditis reumática es responsable de la mayor parte de los casos de enfermedad valvular mitral. La estenosis afecta predominantemente al sexo femenino, y se requieren cerca de dos años a partir del primer ataque de valvulitis reumática para que se desarrolle la estenosis, que

es resultado de la fusión de las valvas a nivel de sus comisuras, de la calcificación del anillo valvular, de la rigidez de las valvas por fibrosis, y de la fusión y acortamiento de las cuerdas tendinosas que dan al aparato valvular una estructura canaliforme que ha originado que se le describa como "boca de pescado". El signo característico es un soplo diastólico de localización apical que puede ser francamente presistólico o con acentuación en la presístole. El primer ruido se encuentra acentuado y retrasado en la punta y el segundo parece duplicado, ya que existe una "coz" de las valvas cuando las abre la corriente sanguínea procedente de la aurícula izquierda; esto se conoce como "chasquido de apertura". Seleccione una opción de la sección B para seguir adelante.

07. La evaluación periódica de un paciente cardiológico fortuitamente descubierto y asintomático, conviene hacerla en lapsos no mayores de seis meses, a menos que exista sintomatología o signología antes de dicho periodo. Una buena cantidad de pacientes como la que nos ocupa, puede llevar una vida normal y no desarrollar complicaciones, sobre todo aquéllos que se atienen a las medidas higiénicodietéticas establecidas. Evidentemente que, en casos especiales como es el embarazo, la reacción de angustia severa, etc., se aconsejará a la paciente que acuda al médico para nueva valoración en el momento del problema.
08. Este trazo electrocardiográfico corresponde al de una paciente del sexo femenino de 50 años de edad, diabética, hipertensa y mal controlada durante varios años. Fue obtenido por el internista en la evaluación inicial. En él se observan datos francos de hipertrofia del ventrículo izquierdo como son la desviación del eje eléctrico hacia la izquierda, el gran voltaje de R en aVL, la depresión del segmento ST en V5 y

V6, y la inversión de la onda T en D I, aVL, V5 y V6. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

09. La bronconeumonía es una infección bacteriana aguda de los pulmones producida, en un porcentaje elevado de los casos, por neumococos. Clínicamente se caracteriza por comienzo súbito con escalofríos, fiebre, dolor de costado, tos y esputo herrumbroso. Las víctimas de este padecimiento tienen aspecto de muy enfermos desde la primera vez que se observan, siendo tal el grado de postración que en ocasiones los datos clínicos sólo pueden obtenerse de algún familiar o allegado. En el 70 por ciento de los casos, se presenta dolor torácico intenso que incluso puede preceder al calosfrío; es de carácter punzante y se exagera por la tos y la respiración profunda; está producido por la inflamación de la pleura como consecuencia de la característica localización periférica de la lesión inicial. La tos suele faltar al comienzo, pero puede ser síntoma predominante en el curso de la enfermedad; generalmente es productiva como resultado de la acumulación de moco y exudado en los bronquios. La fiebre es constante, y la temperatura suele llegar hasta los 40.5°C, por lo que la piel está caliente y húmeda. A veces, existe cianosis y es frecuente encontrar datos de consolidación pulmonar. Puede haber respiración bronquial con soplo tubárico y estertores crepitantes. El área precordial está dentro de los límites normales, y no presenta alteraciones auscultatorias, por lo que este padecimiento queda descartado en el diagnóstico diferencial del caso que nos ocupa (Cecil, R.C. y Loeb, R.F.: Tratado de Medicina Interna. Ed. Interamericana, S.A., 1960, pp 109-125). Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
10. Desde que se describió el cuadro clínico

co de la estenosis mitral, se ha dicho que este padecimiento es, dentro de la patología del corazón, el más disneizante, el más hemoptoizante, el más palpitante y el que en mayor grado se asocia a trastornos del ritmo, principalmente del tipo de la fibrilación auricular. Este último tarde o temprano conduce a trastornos de la circulación cerebral por accidentes de tipo embolígeno. Sin embargo, en ausencia de complicaciones como la señalada, los pacientes afectados de estenosis mitral no están incapacitados para conducir automóviles. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

11. Esta fotografía corresponde a la incidencia posteroanterior del estudio radiográfico de corazón de una jovencita de 12 años con persistencia del conducto arterioso, una de las cardiopatías congénitas más frecuentes, y que se presentan puras en cerca del 92 por ciento de los casos. Un hecho característico de este padecimiento a los rayos X es la prominencia del arco pulmonar en la porción superior izquierda de la silueta cardiovascular, lo que se conoce como "capelo radiológico de Zinn", y que representa la dilatación de la arteria pulmonar. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
12. Este trazo electrocardiográfico corresponde a una paciente de 21 años con historia de amigdalitis de repetición en su infancia y los datos clínicos correspondan a los descritos en el caso presentado. Observamos ondas P anchas y con muescas en D II y D III, aVF, V4, V5 y V6, así como P difásicas en V1, donde la fase negativa es ancha. Este tipo de ondas se conoce como P mitrales y evidencia de hipertrofia de aurícula izquierda. Seleccione otra opción de la sección C para seguir adelante.
13. Muchas pacientes con estenosis mitral

con buen tratamiento médico no tienen problemas durante el embarazo, y generalmente pueden completar de manera feliz el periodo de gestación. Casi no es aconsejable la valvulotomía durante este periodo, aunque el embarazo no es contraindicación formal. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

14. Este tipo de pacientes se debe evaluar periódicamente ya que en ocasiones, a pesar de un buen manejo higiénico y dietético pueden desarrollar complicaciones que, si no son atendidas oportunamente, los conducirían a problemas serios como son aquéllos relacionados con trastornos del ritmo. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
15. Por lo general, el empleo de diuréticos se hace en unión con los digitálicos en casos de insuficiencia cardiaca congestiva, y los resultados que se obtienen de su uso generalmente son buenos si se administran a dosis adecuadas, y si la función renal es buena. En muchas ocasiones, deben utilizarse aún en ausencia de edema visible, siempre y cuando haya habido vigilancia previa que haga suponer la colección de líquido en algunas zonas del organismo antes que éstas se hagan aparentes. Evidentemente, el caso que nos ocupa no requiere de este tratamiento. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
16. Esta fotografía corresponde a la incidencia posteroanterior del estudio radiográfico de corazón de un hombre de 57 años con pericarditis constrictiva y calcificación severa del pericardio. En este tipo de padecimientos la evidencia más definitiva de pericarditis adhesiva es precisamente la calcificación pericárdica; sin embargo, todo lo anterior no es indicativo de que exista, necesariamente, pericarditis constrictiva. Por lo general la silueta cardiaca es pequeña o de tamaño normal. La

sombra vascular de la derecha representa a la vena cava superior. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

17. Este trazo electrocardiográfico corresponde a un individuo del sexo masculino y de 18 años de edad obtenido en un examen médico rutinario auspiciado por la universidad donde estudia para obtener el título de Licenciado en Derecho. Es un trazo que se encuentra dentro de los límites normales, y podemos decir que corresponde a un corazón vertical desde el punto de vista eléctrico si observamos que aVF es semejante a V6; que en aVR la onda r es pequeña, la S profunda y la T invertida. El complejo de cavidad izquierda en aVL tiene QS e inversión de T. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
18. La insuficiencia aórtica es causada casi exclusivamente por fiebre reumática o sífilis, y sólo ocasionalmente puede ser el resultado de endocarditis bacteriana o trauma. Puede asociarse con hipertensión severa y aterosclerosis aórtica o aneurisma disecante de la aorta. Cuando es de tipo reumático, se presenta predominantemente en hombres. Cuando no hay complicaciones, los pacientes con insuficiencia aórtica pura o predominante pueden vivir sin darse cuenta de su padecimiento. Sin embargo, frecuentemente existen alteraciones en la dinámica vascular. El corazón crece enormemente y los grandes latidos supraesternales producen molestias en el cuello. Es frecuente que presenten dolor precordial, lo que se ha atribuido a disminución del flujo coronario por baja de la presión diastólica y aumento de la demanda sanguínea por la hipertrofia del corazón, sin embargo, desde 1949, Bing y cols. (Bull John Hopskins Hospital. 84:396, 1940) demostraron que el flujo sanguíneo coronario y el consumo de oxígeno del corazón se encuentran elevados en pacientes con insuficiencia aórtica. Obviamente lo anterior no tiene relación con el caso clínico que presentamos. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
19. Con el estudio efectuado a esta paciente no, es posible hacer conjeturas pronósticas de tal exactitud. Las estadísticas se muestran a favor de una diversidad de posibilidades en la evolución de estos pacientes aún en el caso, como el que nos ocupa, de curso asintomático. Podría ser angustiante para los pacientes hacer pronósticos de este tipo, sobre todo sin base firme. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
20. La frecuencia cardíaca que presenta esta paciente, así como la eficiencia contráctil del miocardio, son evidentemente adecuadas, por lo que no existe indicación para el empleo de este medicamento ya que, al no haber datos de insuficiencia cardíaca, su administración pudiera ser, inclusive, de cierto riesgo. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
21. Este trazo electrocardiográfico corresponde al de un paciente de 52 años que fue evaluado en su domicilio por dolor precordial de inicio súbito dos horas antes. La elevación del segmento ST en las derivaciones D I, aVL, V4 y V6 (precordiales laterales) y la depresión del mismo segmento en D II, D III y aVF hacen el diagnóstico de infarto del miocardio de pared anterior. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
22. A medida que pasa el tiempo, los pacientes afectados de cardiopatía reumática del tipo de la estenosis mitral suelen quejarse de debilidad y fatiga que pueden llegar a ser muy intensos y acompañarse de edema de pies y tobillos, primero como fenómeno pasajero quizá sólo en periodo menstrual o premenstrual pero después puede desarrollarse edema persistente. Las alteracio-

- nes en el movimiento de los líquidos de este tipo de pacientes se agravan cuando aumenta el aporte de sal en la dieta, por lo que es conveniente que se supriman todos los alimentos con gran contenido de cloruro de sodio como son los mariscos. Seleccione una opción de la sección D para seguir adelante.
23. Esta fotografía corresponde a la incidencia posteroanterior del estudio radiológico de corazón de un paciente de 17 años con tetralogía de Fallot. Los datos radiológicos de este tipo de pacientes fueron descritos por Papp desde 1931 (Papp, C.: Arch. d. Mal. du Coeur, 24: 249, 1931) y que, en resumen, se refieren al engrosamiento y prominencia de la porción inferior del contorno izquierdo del corazón con levantamiento de la punta que toma apariencia de nariz de oveja y que, asociada al crecimiento rectangular transversal, da lugar a una morfología típica que se conoce como "corazón en bota". Este contorno representa la hipertrofia y rotación del ventrículo derecho, y difiere de la configuración aórtica ya que, en esta última, el contorno izquierdo es elíptico y no cortado. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
24. Infarto del miocardio significa necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco debida a la interrupción del abastecimiento sanguíneo. Aunque generalmente es resultado de una oclusión coronaria aguda, el infarto del miocardio, también puede ocurrir sin obturación mecánica de una arteria coronaria, como en el caso de la reducción súbita en el volumen del contenido de oxígeno en la sangre coronaria por alteraciones hematológicas o circulatorias. Generalmente, se presenta como un accidente y el cuadro clínico se desarrolla sin *pródromos* de seguridad. Clásicamente se caracteriza por dolor retrosternal severo de tipo opresivo y con irradiaciones hacia cuello y ambos hombros, predominantemente el izquierdo, que persiste por varias horas y disminuye frecuentemente con la aplicación de morfina. El cuadro clínico es entonces totalmente diferente al que se presenta en la descripción del paciente que nos ocupa. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
25. Efectivamente, las condiciones clínicas, radiológicas y electrocardiográficas de esta paciente no obstante el diagnóstico elaborado, permiten mantenerla libre de medicación, por lo que en esta etapa sólo es útil recomendarle una serie de medidas higiénicas con objeto de mantenerla en buenas condiciones físicas y prepararla para una posible intervención quirúrgica en un momento de su evolución. Seleccione una opción de la sección E para seguir adelante.
26. Las condiciones clínicas de la paciente son satisfactorias. El diagnóstico, aunque evidente, ha sido un hallazgo en examen rutinario, lo que está en favor de la compensación del padecimiento. No esperaríamos que con exámenes tan frecuentes se pudiera beneficiar a la paciente. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.
27. Esta fotografía corresponde a la incidencia posteroanterior del estudio radiográfico de corazón de una paciente de 21 años afectada de estenosis mitral. En ella, podemos observar la prominencia del segmento pulmonar en el perfil izquierdo. Los vasos pulmonares e hiliares están discretamente congestionados. Hay congestión pulmonar crónica con densidades finamente moteadas o nodulares en ambos campos pulmonares. Manifiesta limitación de la reserva cardíaca, pero no hay signos físicos claros de insuficiencia cardíaca. Seleccione una opción de la sección C para seguir adelante.
28. El asma bronquial es un tipo de insuficiencia respiratoria por constricción de los bronquios y edema de su mucosa

causados por la respuesta de un árbol bronquial alérgicamente susceptible a estímulos irritativos alérgicos específicos, a estímulos irritativos alérgicos no específicos o a ambos. En su forma típica, aparece en paroxismos entre los cuales el estado del paciente es más o menos normal, pero también puede presentarse en forma ligera y continua con exacerbaciones; a veces el acceso agudo persiste días o semanas llamándosele entonces, estado de mal asmático. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

29. La estenosis mitral cursa asintomática en algunos pacientes en los que su descubrimiento ha sido a través de un examen sistemático. Sin embargo, cuando el padecimiento es de larga evolución, tienden a perder peso y a menudo presentan un cuadro de padecimiento crónico con emaciación y palidez. El ejercicio físico está condicionado a la

presencia o ausencia de actividad reumática y/o insuficiencia cardíaca pero en el caso de pacientes como el que nos ocupa, que cursan asintomáticos aún cuando han practicado ejercicio físico durante temporadas prolongadas, no conviene suspenderlo. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

30. El empleo de quinidina para el tratamiento de alteraciones del ritmo cardíaco fue introducido por Wenckebach desde 1927 (Wenckebach, K. F. y Winterberg, H. W. Engelmann, Leipzig & Berlin, 1927). El propósito de su administración es la restauración del ritmo sinusal a partir de fibrilación auricular. Evidentemente no es un medicamento indicado en una paciente como la que nos ocupa en quien no existen trastornos del ritmo cardíaco. Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante. □