

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

¿DIAGNÓSTICOS OMITIDOS O EXISTEN LAS CASUALIDADES EN CIRUGÍA?

Por:

Dr. Yoandy López De la Cruz

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de segundo año de Cirugía Cardiovascular. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructor de Cirugía General. ISCM-VC.

Descriptores DeCS:

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
CIRUGIA

Subject headings:

DIAGNOSIS, DIFFERENTIAL
SURGERY

Señor Editor:

Desde las primeras lecciones hipocráticas, en el siglo V a.n.e., una tendencia ha sido extremadamente frecuente en la práctica diaria de miles de médicos en el mundo: la proclividad de muchos a intentar encontrar siempre una sola enfermedad que explique todos los síntomas y signos del enfermo. Recuérdese que en un intento por buscar una explicación común al sufrimiento del paciente, fue precisamente Hipócrates el primero en usar el término "síndrome" para indicar un grupo unívoco de síntomas que él consideraba regularmente asociados¹; pero evidentemente no siempre es así; en ocasiones atendemos a individuos en los cuales coexisten más de una enfermedad, y al asociar sus dolencias a una sola, podemos cometer el fatídico error de omitir importantes diagnósticos.

En 1972, esto adquirió otro matiz cuando Rang describe el síndrome de Ulises, en referencia a la práctica clínica inducida por la recepción de resultados de laboratorios anormales, que no se esperaban². Esto refuerza lo anteriormente señalado sobre la comorbilidad. Así, al intentar encasillar a estos pacientes dentro de un solo síndrome, y tratar solamente las causas de este, hacemos una valoración poco científica de sus padecimientos.

En la práctica de la cirugía, no es poco frecuente dar casi como verdades absolutas que un paciente con apendicitis aguda no debe tener diarreas³, o fiebre de 40° C^{4,5}, o que la lateralización dolorosa del cuello uterino descarta la presencia de abdomen agudo quirúrgico y establece una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)⁶. Aunque esto parece ser cierto, pudiéramos preguntarnos: ¿no podría un paciente presentar una apendicitis aguda en el curso de una enfermedad diarreica aguda por cualquier causa, o viceversa?, ¿o sufrir, además del cuadro quirúrgico, otra enfermedad séptica capaz de elevar su temperatura a una cifra superior a la esperada en la apendicitis?; ¿o no podría tener una mujer, al mismo tiempo, una EIP y una afección intraabdominal quirúrgica? De los casos atendidos en nuestra corta experiencia, presentamos a continuación tres ejemplos que nos hacen reflexionar si realmente coinciden en un mismo individuo importantes enfermedades agudas en la práctica diaria de la cirugía, como se ha informado⁷, o solo omitimos importantes diagnósticos en la atención integral a nuestros pacientes.

El primer paciente, de 56 años, fue valorado en estado de deshidratación por intensos vómitos, y con precordialgia. Al realizar el examen físico inicial, se constató abdomen excavado, suave y depresible. El electrocardiograma mostró ondas T negativas en derivaciones concordantes, y la radiografía de abdomen simple fue negativa; sin embargo, su estado empeoró de manera súbita, y se instauró un estado de choque de causa no bien precisada. Se decidió realizar un ecocardiograma de urgencia que mostró hallazgos compatibles con la presencia de un trombo en cavidades izquierdas del corazón. Es ingresado por el servicio de Medicina, pero su estado mejoró ostensiblemente en las siguientes horas, y no presentó prácticamente ninguna alteración en la mañana. Un segundo ecocardiograma fue negativo, por lo que se decidió su egreso. Tres días después fue nuevamente valorado en nuestro cuerpo de guardia, de igual forma deshidratado a causa de vómitos, pero ahora con distensión y dolor abdominal en forma de cólicos, no obstante referirse que había defecado horas antes y estaba expulsando gases por el recto. El abdomen simple mostró esta vez niveles hidroaéreos, y al recogerse el antecedente de operaciones abdominales previas, se decidió ingresarlo en el servicio de cirugía con el diagnóstico de oclusión intestinal mecánica por bridas, e iniciar tratamiento médico. Sin embargo, en horas de la mañana siguiente se tomó la decisión de operarlo, ya que no se encontró suficiente mejoría radiográfica en la placa evolutiva que justificara prolongar dicha conducta. En la intervención quirúrgica, se encontró un tumor en íleon terminal y se realizó hemicolectomía derecha con ileotransversostomía.

La segunda paciente, de 62 años, fue ingresada en nuestra sala debido a oclusión intestinal mecánica por bridas, al presentar cuadro clínico compatible con esta enfermedad y tener antecedentes de operaciones abdominales. No se encontró otro hallazgo que pusiera en duda este diagnóstico, y su mejoría clínica con el tratamiento descompresivo pareció confirmarlo, por lo que fue egresada. Cuatro días después, nuevamente fue admitida en nuestra sala con el mismo diagnóstico del ingreso anterior. Sin embargo, esta vez, a los tres días de estadía hospitalaria presentó un cuadro febril nocturno, y en el examen físico realizado a la mañana siguiente se encontró signo de Bloomberg positivo, hallazgo este de nueva instauración. Se le realizaron los complementarios pertinentes de urgencia, donde el único elemento anormal encontrado fue leucocitosis de 14 000 leucocitos por campo, y se decidió practicar la intervención quirúrgica; en el acto operatorio se encontró una masa inflamatoria, tumoral o ambas en fosa ilíaca derecha, sin precisarse su relación con plastrón apendicular o neoplasia abscedada. Se realizó hemicolectomía derecha con ileotransversostomía.

La tercera paciente, de 46 años, fue atendida en el cuerpo de guardia por presentar dolor en epigastrio, mesogastrio y fosa ilíaca derecha, con vómitos y anorexia. Los complementarios iniciales señalaron 14 000 leucocitos por campo, y el tacto vaginal permitió descartar con bastante certeza la presencia de EIP, por lo que se decidió indicar laparoscopia diagnóstica. En dicho estudio no se encontraron signos de apendicitis o metroanexitis, pero se visualizó un segmento de asa de intestino delgado con signos de enteritis de marcada intensidad. Se decidió su ingreso con tratamiento antibiótico de amplio espectro, el cual fue efectivo, lo que quedó demostrado por la evidente mejoría clínica de la paciente, que egresó tras su culminación. Cuatro días después, nuevamente fue atendida por una distensión abdominal con ligero dolor en forma de cólicos, pero defecaba y expulsaba gases por el recto. La radiografía de abdomen simple mostró hallazgos compatibles con oclusión intestinal, la cual se atribuyó a bridas por operaciones abdominales previas. Luego de doce horas de tratamiento descompresivo, su situación clínica había mejorado ostensiblemente, lo que no ocurrió con las alteraciones radiográficas, por lo que se decidió operarla. En el acto quirúrgico se encontró una gruesa brida que comprimía un segmento de asa delgada, por lo que se realizó lisis de esta. Su evolución postoperatoria fue satisfactoria, y fue egresada cuatro días después.

Siguiendo la línea de análisis anterior, podríamos cuestionarnos si se omitieron en el primer paciente importantes elementos diagnósticos relacionados con el comienzo agudo de la enfermedad neoplásica en el primer ingreso, o si realmente presentó un cuadro cardiovascular, seguido, en la propia convalecencia, de una oclusión mecánica de causa tumoral. ¿Presentó realmente la segunda paciente una oclusión intestinal por brida con resolución médica, seguida de una obstrucción mecánica de causa tumoral, o fue un solo cuadro desde el comienzo, con una breve remisión intermedia, que hizo pensar que la enfermedad oclusiva inicial había resuelto? ¿Fue ciertamente un segmento de asa intestinal afectado por enteritis lo que se observó en la laparoscopia de la tercera paciente, y que posteriormente curó con tratamiento antibiótico; o se

trataba de una porción de asa isquémica aprisionada por una brida que más de diez días después fue encontrada y lisada en la intervención?. Quizás nunca hallemos las repuestas a estas preguntas y permanezcan siempre en el campo de la especulación médica. Sin embargo, consideramos que no es este detalle el más importante, sino el análisis y el debate que se derive de estas experiencias, y que nos obligue en el futuro a buscar hasta la saciedad el correcto diagnóstico que explique acertadamente el cuadro clínico íntegro de nuestro paciente y, una vez encontrado, volver a dudar de este.

Como colofón a esta carta, unos días antes de redactarla, atendimos en nuestra guardia a una joven de 18 años por un dolor periumbilical que se interpretó inicialmente como una hernia umbilical atascada. Sin embargo, en la intervención quirúrgica se encontró un hemoperitoneo de mediana cuantía por un foliculo hemorrágico sangrante, una apendicitis aguda y la hernia umbilical antes mencionada, pero no complicada. ¿Casualidad...?

Referencias bibliográficas

1. Llanio Navarro R. Síndromes. La Habana: Ecimed; 2002.
2. Arrieta Lezama J. Ulises y los asteriscos. Gac Med Bilbao. 2003;100:41-2.
3. Scout Jones R, Claridge J. Acute abdomen. In: Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. Sabiston textbook of surgery. The biological basis of modern surgical practice. Philadelphia: Elsevier; 2004. p. 1219-41.
4. Rally K, Cox C, Andrassy R. Appendix. In: Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. Sabiston textbook of surgery. The biological basis of modern surgical practice. Philadelphia: Elsevier; 2004. p. 138-400.
5. Rodríguez-Loechez Fernández J, Pardo Gómez G. Abdomen Agudo. En: García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Cirugía vol.3. La Habana: Ecimed; 2007. p. 1063-9.
6. Cutié E. Enfermedad inflamatoria Pélvica. En: Rigol O. Obstetricia y ginecología. La Habana. Ecimed; 2004. p. 319-22.
7. Sánchez Caballero D M, Hernández Cadena E, Flores Huerta V, Olivares Basilio A, Delgadillo Gutiérrez S, Caro López O. Síndrome abdominal agudo en adulto mayor con antecedente de trauma: Reporte de un caso. Trauma. 2003;6(1):34-6.

Recibido: 10 de julio de 2006

Aprobado: 22 de julio de 2008