

## Caso clínico para autodiscusión

Dra. Mercedes Canto Illa  
Profesor Adjunto del Curso de  
Introducción a la Especialización.  
Facultad de Medicina, U N A M

### 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.

### Primera parte

#### Caso clínico

El Sr. José Luis Pérez V. es contador público y auditor de una fábrica de plásticos; se ha presentado al Servicio de Urgencias de un hospital general refiriendo sintomatología de dos horas de evolución iniciada al estar cortando el césped de su jardín. El cuadro clínico se caracteriza por dolor punzitivo en hemitórax izquierdo, cara anterior, que se exacerba con los movimientos respiratorios y las tos. En un principio, la intensidad del dolor era mayor que la que presentaba a su llegada a la sala de urgencias. Al interrogatorio, refirió que desde dos años antes tosía todas las mañanas con expectoración blanca amarillenta abundante. Negó fiebre, y refirió tabaquismo de 20 cigarrillos al día desde la edad de 18 años; el Sr. Pérez tiene actualmente 61.

Al examen, se lo encontró alerta, cooperativo, angustiado, con frecuencia respirato-

ria de 30 por minuto y bien hidratado. No se halló ingurgitación yugular; en tórax, existía disminución de la movilidad, sobre todo del lado izquierdo. Frémito vocal disminuido y timpanismo aumentado en todo el hemitórax izquierdo. Los ruidos cardiacos se encontraron rítmicos y con frecuencia de 98 X'. El abdomen estaba blando, depresible, no doloroso y sin visceromegalias ni irritación peritoneal. Las extremidades no presentaban alteraciones, y sólo se apreció ligera cianosis distal. Presión arterial de 160/90 mm de Hg.

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

### Segunda parte

#### Manejo

SECCION "A" El cuadro clínico podría corresponder a:

1. Atelectasia (17)
2. Tórax flácido (21)
3. Neumotórax (22)
4. Hemotórax (23)
5. Taponamiento cardiaco (18)

SECCION "B" En caso de que a este paciente se le encontraran crepitaciones en el tejido subcutáneo del cuello y del tórax, se pensaría en la existencia de:

1. Enfisema espontáneo del mediastino (07)
2. Gangrena gaseosa (03)
3. Desplazamiento del mediastino (16)
4. Fístula broncopleural (06)
5. Pleuritis crónica adhesiva (13)

SECCION "C" Con los datos contenidos en la historia clínica, se puede establecer el diagnóstico de síndrome de:

1. Kartagenes (19)
2. Condensación pulmonar puro (09)
3. Rarefacción pleural (12)
4. Guillain Barré (10)
5. Dressler (24)

SECCION "D" El padecimiento se podría asociar a casos de:

1. Sarcoidosis (11)
2. Tuberculosis (01)

3. Absceso pulmonar (05)
4. Mediastinitis aguda (15)
5. Quiste pericárdico (08)

SECCION "E" Analizando el interrogatorio se podría pensar que la etiología del dolor torácico en este paciente es de tipo:

1. Miocárdico (02)
2. Aórtico (14)
3. Pulmonar (20)
4. Gastrointestinal (25)
5. Musculoquelético (04)

### Tercera parte

#### Información

01. Generalmente, no hay relación causal entre la tuberculosis activa y el neumotórax espontáneo simple. Cuando la rotura de una lesión tuberculosa activa causa neumotórax, suele ir acompañada de exudado, y entonces se conoce como hidroneumotórax. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
02. La identificación inmediata del dolor torácico relacionado con enfermedades cardiacas, desde los puntos de vista diagnóstico y terapéutico, es de suma importancia, y el factor etiológico más frecuente es la arteriopatía coronaria. El dolor torácico consecutivo a enfermedad coronaria abarca varias posibilidades que van desde la angina de pecho hasta el infarto del miocardio. Friedberg describe la angina de pecho como un síndrome clínico caracterizado por ataques paroxísticos de dolor u opresión con localización retrosternal, irradiación a la región precordial y extremidad superior del lado izquierdo y, en ocasiones, a otras áreas vecinas; está desencadenado por esfuerzos o emociones, y a menudo también por otros factores, y se calma rápidamente con el reposo o los nitratos. El cuadro clínico del caso presentado no corresponde a las características de dolor torácico de participación miocárdica. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

03. La infección por clostridios es más frecuente después de lesiones musculares extensas, particularmente del muslo, observándose a menudo en heridas complicadas por fracturas expuestas o por incrustamientos de cuerpos extraños. Puede percibirse el gas a la palpación de los tejidos. En el paciente, no existe antecedente alguno que apoye esta patología. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
04. Los síntomas de pared torácica son causa frecuente de dolor de tórax que requiere diferenciación del dolor cardíaco. El síndrome de Tietze es una enfermedad inflamatoria localizada en los cartílagos costales o en las costillas centrales superiores (a la exploración se encuentra tumefacción dura fusiforme localizada en los cartílagos costales). El dolor torácico es a menudo síntoma de espondilitis anquilosante o de osteoartritis cervical (el dolor es secundario a compresión de las raíces nerviosas). También pueden ser secundarios a bursitis subacromial, flebitis aguda, fractura de costilla, virosis, etc.; en todos los casos anteriores, existen otros datos para el diagnóstico con los que no se cuenta en el presente caso. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
05. Efectivamente, cuando la rotura ocurre a través de una zona infectada, como en pacientes con tuberculosis, carcinoma o absceso pulmonar (padecimientos que el paciente no tiene), lo que suele producirse es un pnoneumotórax o un hemonemotórax infectado, y no un neumotórax espontáneo. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
06. La fístula broncopleurales persistente es un problema frecuente y molesto en pacientes con neumotórax, como el del caso que nos ocupa, pero su manifestación no son las crepitaciones en tórax y cuello. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
07. Este trastorno puede ocurrir después de la rotura de un alveolo pulmonar con aire, disecando a lo largo de los vasos y extendiéndose a mediastino. El dolor retrosternal opresivo, acompañado de distensión venosa y cianosis, puede ser causa de diagnóstico equivocado de infarto del miocardio. Es complicación del neumotórax, y efectivamente se reconoce por las crepitaciones en cuello y tórax o se percibe como un crujido (síndrome de Hammand).
08. Las aberraciones en el desarrollo del saco pericárdico pueden llevar a la formación de divertículos o quistes pericárdicos que son sacos uniloculares de pared delgada que contienen líquido transparente incoloro. La delgada pared del tejido conjuntivo sólo está tapizada de endotelio. Esta entidad no se encuentra relacionada con el neumotórax espontáneo. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
09. El síndrome de condensación pulmonar puro puede proporcionar la siguiente signología física: retracción del hemitórax, movilidad disminuida, vibraciones vocales aumentadas, matidez a la percusión, respiración sopiante o soplo tubario, broncofonía patológica, pectoriloquia sonora y pectoriloquia áfona. Este síndrome se encuentra en distintos padecimientos, en algunas formas de tuberculosis pulmonar, principalmente de predominio fibroso; esclerosis pulmonar, y en algunos tipos de tumores. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
10. Se conoce con el nombre de síndrome de Guillain Barré un tipo agudo particular de neuropatía periférica con trastornos sensitivos y motores ascendentes y simétricos que, en ocasiones, son capaces de provocar insuficiencia respiratoria. Los enfermos con neuropatía periférica pueden presentar un síndrome sensitivo puro, un síndrome mo-

- tor puro o, lo que es más frecuente, un síndrome mixto. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
11. La rotura pulmonar espontánea puede ser una complicación de los siguientes padecimientos: asma bronquial, berilirosis, esclerodermia, silicosis, fibrosis pulmonar idiopática y sarcoidosis. Continúe ahora con la sección B para seguir adelante.
  12. El esquema físico del síndrome de rarefacción pleural abarca hemitórax abombado, movilidad torácica disminuida, vibraciones vocales abolidas y murmullo vesicular ausente. Dentro de las variedades del síndrome de rarefacción pleural se encuentra el neumotórax. Continúe ahora con la sección A para seguir adelante.
  13. Esta entidad se refiere a las adherencias pequeñas entre la pleura visceral y la parietal. Constituye un hallazgo casi obligado de autopsia, y no tiene significado clínico. Cuando el engrosamiento es intenso y difuso, pueden ocurrir alteraciones de la mecánica pulmonar. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  14. Todo dolor torácico intenso y súbito debe sugerir el diagnóstico en un paciente con hipertensión, embarazo, coartación aórtica, trauma torácico contuso, o cualquiera de los estigmas del síndrome de Marfán. El dolor se ha descrito como de laceración o desgarramiento, y la localización es variable. La auscultación puede mostrar un soplo de insuficiencia aórtica o disminución de los ruidos si ha ocurrido taponamiento cardíaco. Ninguno de los datos anteriores se encontró en el paciente. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  15. Puede asociarse con infección profunda faríngea tiroidea o cervical, neumonía piógena, y diversas virosis y rickettsiasis, pero no con neumotórax espontáneo. El dolor por detrás del apéndice xifoides, agravado por la respiración al extender la cabeza o al bostezo, es manifestación frecuente. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  16. Cuando el bronquio principal de un lado está completamente obstruido, el mediastino se desplaza hacia el lado opuesto durante la espiración, sigue allí hasta la inspiración y luego vuelve a su posición. Son causas comunes del desplazamiento, varios tipos de deformidad torácica, hidrotórax, neumotórax, atelectasias y adherencias pleurales. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  17. La atelectasia es una de las complicaciones más frecuentes que afectan al enfermo grave, constituye una amenaza constante después de cirugía abdominal, torácica, neurológica o cardíaca. Después de una toracotomía o de una lesión de pared torácica, el paciente tiende a adoptar una posición que limita el movimiento de la porción ipsilateral, con lo que disminuye el dolor pero contribuye a la estasis de secreciones, lo que desarrolla una atelectasia progresiva. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  18. El cuadro clínico característico es el de un individuo en estado de choque, pero con venas cervicales distendidas que demuestran una elevada presión venosa; está inquieto, con hipotensión y presión diferencial muy pequeña. No se perciben pulsos periféricos, la diuresis es nula, y los ruidos cardíacos distantes. Las radiografías muestran ensanchamiento del mediastino. Ninguno de los signos anteriores se ha referido para nuestro caso clínico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  19. La dextrocardia completa suele asociarse con inversión semejante de las vísceras intestinales. La asociación de

- dextrocardia con esta última condición, bronquiectasias y sinusitis, se conoce con el nombre de síndrome de Kartagenes. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
20. Dentro de las enfermedades que cursan con dolor torácico, se encuentra la embolia pulmonar aguda, la pleuritis, el pneumomediastino y el pneumotórax; esta última entidad se caracteriza por dolor torácico intenso de comienzo súbito con irradiación frecuente al hombro o a la espalda, que suele empeorar con la inspiración profunda y se acompaña de disnea y ortopnea. Puede sospecharse el diagnóstico cuando hay antecedentes de enfermedad pulmonar crónica o de traumatismos de tórax, y se confirma fácilmente por examen físico y estudio radiológico. Continúe ahora con la sección C para seguir adelante.
  21. La observación de la integridad de la pared torácica es esencial para evaluar la dinámica respiratoria. Durante la inspiración, el volumen de la cavidad torácica y la presión torácica negativa aumentan, al irse desplazando las costillas hacia afuera y bajar el diafragma. En lesiones graves, cuando hay fractura de varias costillas en dos o más lugares, se crea un "segmento aislado" que es pasivamente impulsado hacia dentro al inspirar y hacia fuera al espirar. Este movimiento paradójico de la pared torácica suele denominarse tórax flácido. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  22. Se produce neumotórax por cualquier proceso en el que se establezca una comunicación entre atmósfera y espacio pleural que permita la penetración del aire. Ocurre un neumotórax espontáneo por rotura de la pleura visceral, y se observa, sobre todo, cuando se rompen bulas enfisematosas. Las adherencias visceroparietales pueden contribuir a la rotura si hacen tracción de una zona debilitada del pulmón durante la tos; tales adherencias pueden romperse cuando el pulmón se colapsa por rotura de una bula enfisematosa a cualquier nivel. En un paciente con antecedentes de tabaquismo fuertemente positivo, la tos de predominio matutino, productiva, crónica, y el cuadro clínico relatado en el presente caso, así como los datos de exploración física, nos hacen sospechar la existencia de un neumotórax espontáneo, al romperse una bula de enfisema. Continúe ahora en la sección D para seguir adelante.
  23. El hemotórax suele resultar de una lesión del pulmón o de vasos intercostales u otros de la pared torácica. La compresión del pulmón por un coágulo es peligrosa ya que dificulta la ventilación y es frecuente la producción de atelectasias y neumonía. No existe antecedente traumático en el paciente que nos ocupa. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  24. El síndrome de Dressler, o de postinfarto, se halla más a menudo relacionado con un infarto del miocardio transmural reciente con sintomatología y signología de pericarditis. En ocasiones, puede pasar clínicamente inadvertido. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
  25. Pueden simular cardiopatía grave, la hernia del hiato diafragmático y otras anormalidades de la parte superior del tubo gastroduodenal. El dolor esofágico se produce con más frecuencia por el alimento, es de tipo urente, se relaciona con la postura y desaparece con los antiácidos. Otros problemas abdominales que pueden dar dolor torácico reflejo son la colecistitis, la úlcera péptica y la pancreatitis. El cuadro clínico presentado no corresponde a lo caracterizado en esta opción. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.