

CASO CLÍNICO

IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS

Carbonell-Tatay.A, Torró Calatayud.R

INTRODUCCIÓN

Se trata de un caso clínico en el que se llega a un diagnóstico inesperado, por falta de rigor en la anamnesis.

No se trata de una negligencia pues en todo momento se obró con ética y profesionalidad.

Es más una mala interpretación de la hª que refiere el paciente y un relativo falso rigor al seguir los protocolos establecidos en un servicio de un Hospital.

RESUMEN

Paciente de 52 años con dolor abdominal en HD y anuria de 12 horas de evolución, mal diagnosticado de entrada, de diagnóstico de certeza muy difícil por la poca frecuencia en la forma de presentarse clínicamente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 52 años, diabético en tratamiento con ADO, hipertenso en tratamiento, con antecedentes de pancreatitis, obeso y sedentario. Exfumador.

Refiere Hª de visita a los servicios de urgencia de nuestro Hospital 48 horas antes, donde es diagnosticado de cólico biliar, practicándose ecografía que muestra barro biliar. La analítica dentro de los límites de la normalidad.

Nueva visita al servicio de urgencias menos de 24 horas antes de lo que referiremos a continuación y con resultado similar al anterior.

Ingresa con historia de 12 horas de evolución en la que refiere dolor en HD, con vómitos abundantes de contenido acuoso y un episodio mal definido de “agobio a nivel de torax y epigastrio y dolor intenso en zona inguinal derecha que le obliga a sentarse pero que desaparece con relativa rapidez”.

A la exploración el abdomen es blando y depresible, con dolor a la presión en HD. Murphy +. Buena coloración de piel y conjuntivas. Lengua muy seca con aspecto de deshidratación y saburral.

La analítica muestra 14.000 leucos con desviación izquierda. Urea de 60 mgrs y creatinina de 3 mgrs.

Se practica rx de abdomen que es anodina aunque parece apreciarse una imagen que podría corresponder a una litiasis de vesícula biliar.

Se practica Rx de torax siguiendo el protocolo prequirúrgico (luego se comentará)

Se practica ECG que es normal.

Ingresa con diagnóstico de cólico hepático/colecistitis (pendiente de ecografía) y deshidratación.

Se instaura tratamiento con sueroterapia en cantidad para hidratarlo, antibioticoterapia y analgésicos si los precisase.

Pasa la noche ingresado y la analítica de la mañana muestra un aumento claro de la urea y la creatinina. ANURIA. No refiere dolor.

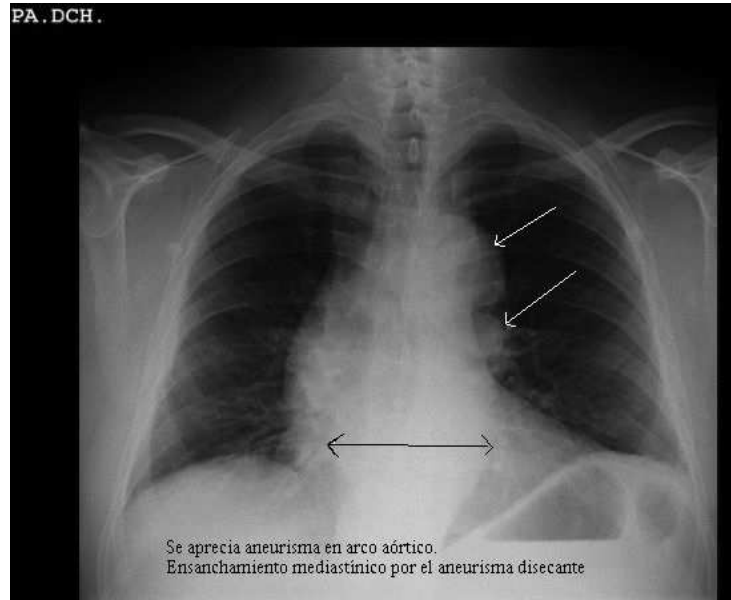
A pesar de estar consciente se coloca sonda uretral, sin salir ni gota de orina, después de recibir más de 4 litros de líquido desde doce horas antes.

Se le vuelve a rehistoriar, insistiendo en la última vez que orinó y se llega a la conclusión de que no ha orinado desde hace 24 horas. Insistimos en que explique el episodio de “agobio” referido anteriormente y la historia no varía.

Nos ponemos en contacto con el servicio de nefrología, explicando el caso y aunque sospechan que se trate de un insuficiencia renal aguda por deshidratación, se les remite con carácter urgente.

Se practica TAC, en donde se comprueba que existe un aneurisma disecante en arco aórtico que aunque parezca extraño es la causa de la obstrucción de las arterias renales y de la anuria.

Se interviene de urgencia el mismo día, en un servicio de cirugía cardiovascular, colocándose una prótesis en arco aórtico, con buen resultado.





DISCUSIÓN

¿ Porqué no se diagnosticó al ver la rx de torax?

Quizás no se buscaba ni se pensaba en esa patología hasta que se practicó la TAC.

¿ Se puede presentar esa patología con ausencia de dolor?

No es lo habitual, pero puede ocurrir. El caso es que en la anamnesis se pecó de poca insistencia en ciertos puntos. Deberíamos haber desmenuzado con más atención lo que el paciente contaba. La analítica no ayudó pues en ningún momento se apreció anemia ni signos de hemorragia. Las molestias no cuadraban con el diagnóstico real.

Hicimos mal en conformarnos con el diagnóstico de cólico hepatico/colelitiasis. Al ver los parámetros renales quizás deberíamos haber acertado el tiempo de valoración de su diuresis para poder llegar a una conclusión antes.

Pecamos de confiados al pensar que recuperaría la función renal al hidratarlo y no pensar en otras posibilidades diagnósticas hasta que se realizó la TAC.

La disección aórtica se caracteriza por la separación de las capas de la aorta producida por una columna de sangre que se origina en una ruptura de la íntima. Al ocurrir el desgarro intimal la presión hidrostática empuja, separando la capa íntima de la media y produciendo una falsa luz, además de un sitio de reentrada a la luz verdadera. La presencia del flujo pulsátil en esta falsa luz puede causar propagación proximal y distal de la disección.

Desde el punto estadístico, es más frecuente en pacientes en la 5ª década de la vida, cuya característica fundamental es el tabaquismo y sus consecuencias a nivel pulmonar y circulatorio. Anatómicamente, es más frecuente en ellos la presentación en aorta ascendente. Son factores importantes la HTA y la hiperlipemia.

Ante la sospecha de una disección aórtica el primer estudio que se solicita es una radiografía simple de tórax. Los signos que sugieren la disección son: dilatación del contorno aórtico, ensanchamiento del mediastino y gran diferencia entre los diámetros de la aorta ascendente y la descendente. Sin embargo, con una radiografía no se puede hacer el diagnóstico de disección ya que no muestra la separación de la luz verdadera de la falsa producida por el colgajo de la íntima, separación ésta que es el único criterio

para el diagnóstico definitivo. Además, 25% de los pacientes con disección aórtica exhiben una radiografía de tórax normal.

Para el diagnóstico definitivo se utilizan la ecografía transtorácica y transesofágica, la tomografía axial computadorizada, la resonancia nuclear magnética y la arteriografía.

La clasificación de Stanford la simplifica así: La tipo A, proximal o ascendente, con extensión o no al arco y aorta descendente. Tipo B distal o descendente .

El paciente con disección aórtica tipo B necesariamente debe ir a cirugía si presenta una de las siguientes complicaciones: progresión de la disección a pesar de la terapia médica, signos de oclusión de las ramas mayores de la aorta, oliguria o anuria por compromiso de arterias renales,(es el caso que nos ocupa) signos inminentes de ruptura como sangre en cavidad pleural o hemoptisis.

La disección aguda de la aorta torácica es la catástrofe más común de la aorta. Es dos o tres veces más frecuente que la ruptura del aneurisma aórtico abdominal; de no tratarse correctamente tiene una mortalidad del 90%.

El problema real de este caso fue que NO sospechamos el verdadero diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

Cooley DA. Acute and chronic dissection. En: Cooley DA ed. Surgical Treatment of Aortic Aneurysms. Philadelphia. WB Saunders Company 43, 1986

Rodríguez J, Melgarejo I, Roa C, Galán A. Evaluación del hematoma por ecocardiografía transesofágica (ETE) como signo temprano de la disección aórtica. Rev Col Cardiol 3(9): 554, 1991