

SECCIÓN DE LAS PREGUNTAS

MICRO-HISTORIAS

A cargo del Dr. TITO H. CÁRCAMO

Una señora de 67 años de edad es admitida al Hospital General, **quejándose** <1Ü un agudo y lancinante dolor epigástrico que se le ha venido presentando por espasmos. Refiere haber tenido algunos vómitos grisáceos y mucosos en las últimas 16 horas previas a su ingreso, un asiento color café oscuro. Al **examen** físico se nota que el abdomen **está** notablemente distendido y muy **sensible a la presión profunda** y se ven ocasionalmente algunas ondas peristálticas.

Nº 1.—¿Cuál es su probable diagnóstico?

- a) Apendicitis aguda.
- b) Pancreatitis aguda.
- c) Diverticulitis.
- d) **Obstrucción** intestinal.
- e) Ninguno **de** los anteriores

No." 2.—¿Cuál sería el aporta diagnóstico más importante?

- a) E'. descubrimiento de un color púrpura en combinación con los vómitos y una concentración de HNO₃.
- b) El descubrimiento de una reacción positiva a la proteína "C".
- c) El notable aumento de los eosinófilos en la sangre periférica.
- d) Todo le **anterior**,
- e) Nada de lo **anterior**.

N" 3.—¿Cuál sería la manifestación radiológica más característica?

- a) El "Signo de la cinta" positivo en la región pilórica.
- b) La forma gástrica en forma de "botella de agua".
- c) Dilatación del colón sigmoide y transversal.
- d) Dilatación de las asas del intestino delgado con niveles líquidos muy claros.
- e) Ninguno de los **anteriores**.

Nº 4.—¿Cuál sería el tratamiento mejor aconsejado?

- a) Hospitalización y transfusiones sanguíneas.
- b) Inmediata exploración después del estudio radiológico.
- c) Succión nasogástrica, administración de fluidos intravenosos y exploración quirúrgica,
- d) Administración de sedantes y antiespasmódicos orales.
- e) Ninguno de los anteriores.

Un campesino de 43 años llega al Hospital quejándose de un fuerte dolor en el cuadrante superior derecho, así como náuseas y vómitos que le aparecieron unas horas antes de su ingreso. Al examen físico nos encontramos con un cuadro agudo en un paciente que presenta un tinte subictérico generalizado así como un franco dolor bien **localizado** en **o** hipocondrio derecho.

N° 5.—¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Pancreatitis aguda.
- b) Ruptura de úlcera gástrica.
- c) Úlcera duodenal aguda.
- d) Coledocolitiasis aguda.
- e) Pielonefritis **derecha**.

N° 6.—¿Cuál es el examen más importante para poder diferenciarlo de una hepatitis?

- a) Pielograma endovenoso.
- b) Recuento globular y fórmula diferencial.
- c) Bilirrubina total del suero.
- d) Colesterol total del suero, la fosfatasa alcalina, la floculación de la cefalena.
- e) Ninguna de las anteriores.

N° 7.—¿De dónde obtendrá Ud. el **posible** factor etiológico?

- a) De un enema **balitado**.
- b) Del examen de la sangre periférica.
- c) De una radiografía craneal.
- d) De un examen microscópico de las heces.
- e) De ninguna de las anteriores.

N° 8.—¿Cuál otro examen de laboratorio sería un complemento muy **importante**?

- a) Elevación de la transaminasa del suero.
- b) Elevación de la bilirrubina indirecta.
- c) Elevación de la bilirrubina directa y la fosfatasa alcalina.
- d) La prueba de Comb positiva.
- e) Ninguna de las anteriores.

Un labrador de 68 años de edad está siendo tratado en el Departamento de Medicina del Hospital General por un reciente infarto del miocardio. Repentinamente el paciente desarrolla un fuerte dolor periumbilical y epigástrico que **lo hace** aparecer pálido, sudoroso y francamente enfermo. Pasadas algunas horas el dolor se intensifica y en el cuadrante inferior derecho hay **signos** francos de distensión abdominal con ausencia de la peristalsis. En poco tiempo después el paciente entra en shock.

No 9.—¿Cuál es su probable diagnóstico?

- a) Colecistitis aguda.
- b) Embolia de la arteria mesentérica, superior.

- c) Diverticulitis.
- d) Carcinoma del colon transverso.
- e) Ninguno de los anteriores.

N° 10.—¿Qué mostraría un examen de la sangre periférica?

- a) Leucopenia.
- b) Leucocitosis.
- c) Linfocitosis.
- d) Un notable aumento de los eosinófilos.
- e) Ninguno de los anteriores.

N° 11.—¿Cuál cree Ud. que sería el tratamiento indicado;

- a) Urgente exploración y embolectomía,
- b) Colecistectomía inmediata.
- c) Colectomía transversa de **emergencia**.
- d) Espectación armada de por lo menos 6 horas, antes de cualquier riesgo quirúrgico.

Paciente de 48 años es llevado a! Hospital con una historia **de** dolor repentino y agudo localizado en el epigastrio que tiene irradiaciones francas a la espalda y al hombro derecho. El dolor es descrito como "agonizante" y que ha tenido una duración de 2 horas. El ataque inicial fue acompañado de náuseas y vómitos. Al examen físico se encuentra dolor agudo y franca rigidez muscular en **el** cuadrante superior derecho o (hipocondrio derecho). El pulso es rápido 100 por minuto. Temp. 39.5°C. y el recuento de glóbulos blancos 15.000 por mm³.

N⁵¹ 12.—¿Cuál es su probable diagnóstico?

- a) **Apendicitis** aguda.
- b) Colecistitis aguda.
- c) Pancreatitis aguda.
- d) Nefrolitiasis aguda.
- e) Ninguna de las anteriores.

N° 13.—¿Cuál de los siguientes **exámenes** cree Ud. que serían de mayor utilidad para establecer un correcto diagnóstico?

- a) Examen de? orina, electrocardiograma y R. X de abdomen.
- b) Enema baritado, amilasa del suero y Hematocrito.
- c) Pielograma endovenoso, sangre oculta en heces, prueba de la **Regitina**.
- d) Electrocardiograma. examen de heces por parásitos, Hematocrito.
- e) Examen de orina, serie gastrointestinal, prueba de la Regitina.

N* 14.—Suponiendo que un examen radiográfico de abdomen no revela cálculos

- la **colecistitis** aguda es excluida.
- b) La pancreatitis aguda queda por establecerse.
- c) La colecistitis aguda sigue siendo un posible diagnóstico.
- d) La nefrolitiasis no está definitivamente presente.
- e) La apendicitis aguda **queda** establecida.

N^o 15.—Supongamos **que el diagnóstico de coleditis fue establecido** y se va a la intervención quirúrgica pero que una vez practicada ésta no se encuentran **piedras** en la vesícula. ¿Cuál cree Ud. que sería en **definitiva el procedimiento d ó** ⁷ de

- a) **Colecistectomía.**
- b) Colecistostomía.
- c) Cerrar abdomen únicamente

Un paciente de 38 años es admitido en el Hospital con el principal **síntoma** de "dolor agudo en el estómago". En sus antecedentes sólo hay una historia de bronconeumonía hace 12 años. La enfermedad actual se originó después de una suculenta cena de **cumpleaños** con agudo e intenso dolor abdominal con franca irradiación a la espalda. Los parientes han notado que el dolor se alivia cuando sientan el paciente en la cama y que se agudiza cuando el paciente es colocado en posición **prona**. Desde el principio hay náuseas y vómitos que en nada mejoran su condición. M. en- tras el paciente es examinado el dolor se agudiza aún más y entra en shock.

N^o 16.—¿Cuál es su probable diagnóstico?

- a) Apendicitis aguda.
- b) Pancreatitis aguda necrotizante.
- c) Colecistitis aguda.
- d) Cólico renal agudo.
- e) Carcinoma del estómago.

N^o 17.—; ¿Cuál cree Ud. que es el procedimiento diagnóstico más útil m este caso?

- a) Recuento de glóbulos blancos.
- b) Lavado de **estómago** y citología gástrica.
- c) Amilasa del suero.
- d) Recuento de plaquetas.
- e) Estudio de los electrolitos.

Un paciente de 26 años de edad es hospitalizado con la siguiente sintomatología: malestar general, náuseas, vómitos y dolor generalizado en la región abdominal. Algunas horas más tarde el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho (Fosa Ilíaca derecha). Al hacer el examen físico se encuentra rigidez muscular y dolor agudo en todo el Me. Burnney. El examen rectal es muy doloroso. La temperatura cerca de 39°, pulso 140 por minuto y una leucocitosis de 12.000 por mm³. El diagnóstico fue apendicitis aguda, el que fue comprobado en el acto quirúrgico.

N^o 18.—De todos los síntomas mencionados anteriormente cuál cree Ud. que es el de menor valor?

- a) Fiebre.
- b) Náusea y vómitos.
- c) Leucocitosis.
- d) Dolor en la fosa ilíaca derecha.
- e) El examen rectal.

N^o 19.—¿Cuál de los cuadros patológicos citado a **continuación** cree Ud. que da un cuadro similar al descrito anteriormente?

- a) **Nefrolitiasis,**
- b) **Pielonefritis.**
- c) Úlcera duodenal **perforada.**
- d) **Adenitis** mesentérica.
- e) **Colelitiasis.**

N° 20.—Si en el momento **quirúrgico** el apéndice es encontrado normal.
{Cuál cree Ud. **que** es el paso lógico aconsejado?

- a) **Cerrar** el abdomen y **observación** de 24 horas.
 - b) Cerrar el abdomen y dejar **un** drenó.
 - c) Ampliar la Incisión para explorar una posible vesícula biliar inflamada.
 - d) Si la vesícula luce normal explorar una posible ruptura visceral.
- Ninguno** de los anteriores.

CLAVE DE CONTESTACIÓN A LAS PREGUNTAS ANTERIORES

(No. 1: b)	(No. 2: a)	(No. 3: d)	(No. 4: c)	(No. 5: d)
(No. 6: d)	(No. 7: b)	(No. 8: c)	(No. 9: b)	(No. 10: b)
(No. 11: a)	(No. 12: b)	(No. 13: a)	(No. 14: c)	(No. 15: b)
(No. 16: b)	(No. 17: c)	(No. 18: a)	(No. 19: d)	(No. 20: c)

1a. PREGUNTA.—Pueden ser usados los anticogulantes sin posibilidades de control Laboratorio seguro?

RESPUESTA: La **heparina** puede ser usada sin control riguroso del de coagulación, pues su eliminación rápida en algunas horas, prácticamente impide la aparición de complicaciones a do. s terapéuticas — 100 a 200 mgrs. cada 6 u 8 horas. Cualquier accidente hemorrágico será controlado con transtusiones de sangre fresca.

Los cumarínicos y las fenilindandionas no deben ser nunca usados sin control riguroso, y que merezca fe, de la actividad protrombinica. Son drogas de gran efecto acumulativo, y pueden ocurrir accidentes hemorrágicos con gran frecuencia, los cuales pueden ser fatales. Estas hemorragias son tratadas con la suspensión de la droga, Vitamina K y transfusiones sanguíneas. Mas. repetimos, nunca se deben usar drogas anticoagulantes orales sin tener la certeza de contar con el auxilio de laboratorio de entera confianza.

Dr. Algi de Medeiros (Angiopatías 2:138:1962).

2a. PREGUNTA.—Si- puede hacer el control de la diabetes con drogas hipoglicemiantes orales en diabéticos {Hurtadores de gangrenas infectadas en los miembros inferiores?

RESPUESTA; Las drogas orales se han mostrado suficientes para controlar la glicemia de muchos diabéticos portadores de complicaciones. No obstante, en presencia de gangrena o de infección, preferimos el control por medio efe la insulina, que se nos ha mostrado más segura no habiendo observado nunca cualquiera de los efectos nocivos referidos por algunos autores como vasoespasmo o aceleración de la anterogenesis. Después de haber controlado la gangrena o la infección, podemos volver al uso de las drogas orales sí es que así lo venia haciendo el paciente.

Di. Amelio Pinto-Ribeiro. (Angiopatías 2:138.19521.

3a. *PREGUNTA*.—¿Ejerce la aplicación externa de calor una **influencia** en la función renal?

RESPUESTA: En 8 personas de riñón, **corazón** y circulación sanos y 16 enfermos de riñón c hipertonía se examinó la influencia de estímulos térmicos externos «• la región renal sobre la hemodinámica renal, la economía hídrica. el mecanismo de concentración urinaria, así como la **eliminación** renal de **electrolitos**. En oposición a la opinión general, la aplicación de calor no mejora la hemodinamica renal en **personas** de riñón sano ni en enfermos del riñón. Sobreviene incluso una disminución leve de la "clearance" renal de insulina y de ácido p-aminohipúrico (p-0.02 y 0.05 respectivamente) sin modificación significativa de la fracción de filtración. El **efecto** terapéutico, reconocidamente bueno, de aplicaciones térmicas no se basa por lo tanto en una irrigación sanguínea mejorada del riñón. Con un grado de hidratación extracelular **constante**, estímulos térmicos en la región lumbar provocan en enfermos con función suficiente del mecanismo de concentración urinaria, con seguridad estadística, una disminución del volumen de orina y de la "**clearance**" de agua osmótica, mente libre así como un aumento de las osmolaridad urinaria. La osmolaridad del suero no se modifica. Al mismo tiempo disminuye la eliminación renal del sodio (P 0.01). El efecto antidiurético es atribuido en primer término a un aumento **refleja** del volumen de la actividad de la hormona **antidiurética** a consecuencia de un desplazamiento de reservas de sangre intratorácicas a los distritos ampliados de **los** vasos cutáneos (fenómeno de Gauer-Henry). Es probable que el menoscabo de la hemodinámica renal guarde igualmente una correlación causal con la **modificación** de la distribución sanguínea (de un modo análogo al caso de la posición ortostática).

Dtsch. Med. Wschr. 87 (1962) 1697 y sig.

4a. *PREGUNTA*.— ¿Cómo debe tratarse el Ascenso Testicular?

RESPUESTA: Durante un periodo de **observación** de 15 años se hallaron 352 niños en tratamiento estacionario por causa de un ascenso testicular. 340 niños fueron operados, 283 por causa de un ascenso testicular unilateral v 57 por causa de un ascenso fijo. Además de una descripción detallada del **procedimiento** operatorio, se atribuye un valor especial ante todo a la época y a la selección del material de **enfermos**. Las posibilidades y los límites del tratamiento hormonal resultan de la subdivisión diferenciada del concepto "ascenso testicular". 214 casos operados, 65% de los mismos en edad varonil, podían ser alcanzados para una exploración posterior exacta. A continuación de la inspección exterior se dedicó un interés preferente al examen de fertilidad de los enfermos **operados** bilateralmente. Entre 57 casos pertinentes fue posible someter 25 a un enjuiciamiento detallado. En el examen del líquido eyaculado se mostró, que la denominada ectopia superficial inguinal, **conceptuada** sin razón como retención, debe enjuiciarse en cuanto a la fertilidad a esperar de un modo mucho más favorable que la "retentio **testis** sui generis". Parece que, entre enfermos con retención testicular bilateral, los operados antes del 10o. año de vida tienen mayores esperanzas de lograr la fertilidad, en concordancia **con** los conocimientos deportados en la bibliografía. De acuerdo con los datos de la bibliografía se recomienda la realización de la intervención quirúrgica alrededor de] 6o. año de vida **como época** óptima para la corrección operatoria del ascenso testicular fijo, después de agotadas las posibilidades conservadoras.

Dtsch. Med Wschr. 87 (1962) 1697 y sig.

5a. PREGUNTA.—¿Cuál es la frecuencia, el tratamiento y el pronóstico de la **apendicitis** durante el parto?

•
RESPUESTA: De un total de 2.042 apendicitis durante el embarazo K conocen 77 casos en el décimo mes, informando el autor sobre otros 3 casos propios. La frecuencia de la apendicitis en el embarazo es del orden de 1: 1.340 (0.075%). En los últimos meses resulta menos frecuente de lo **que** podría esperarse porcentualmente. Un parto de cada 37.000 se complica por una apendicitis (3.6% de todas las afecciones). En el curso de la apendicitis "sub partu" pueden distinguirse cuatro estadios; el de comienzo de la enfermedad, un estadio intermedio, el cuadro mani-fiesto y la peritonitis. El 53% de 76 casos presentó una peritonitis generalizada, 14% un encapsulamiento en el sentido de un absceso peritiflítico y solo un 28% una apendicitis aguda o crónica. Ni la apendicitis ni la peritonitis suelen desencadenar contracciones uterinas. La enfermedad no parece alterar el curso del embarazo. La peritonitis, absceso peritiflítico y la apendicitis no complicada y se dan con la misma frecuencia acompañadas de contracciones uterinas que sin ellas. La letalidad materna en la apendicitis del 10o. mes sigue siendo aún hoy día (1951-1961) del 30%; en las afecciones presentadas hasta el 7o. mes ha descendido en cambio de 23% (antes de 1920) a 0.5%; en las comprendidas en los meses 8o. y 9o. del 44% al 7%. La mortalidad total de los 10 meses es actualmente del 2.7% (362 casos) la mortalidad infantil es con valores del 23% (antes de 1920) a 0.5%; en las comprendidas en los meses 8o. y 9o. del 44% al 7%. La mortalidad total de los 10 meses es actualmente del 2.7% (362 casos) la mortalidad infantil es con valores del 23% muy alta, sobre todo poco antes del parto. Mediante una cesárea oportuna podría reducirse considerablemente la mortalidad infantil. Principio de todo tratamiento es la laparotomía inmediata; si el parto tiene lugar antes de la laparotomía resulta una mortalidad materna del 65%. Si la mujer da a luz después de la laparotomía, solo fallece un 15%. No se conoce mortalidad infantil o materna si con el saneamiento de la cavidad abdominal se realiza una cesárea transperitoneal. Esta intervención es **también** posible en casos de peritonitis. La cesárea transperitoneal ístmica es el **método** de elección en el caso de apendicitis sub partu.

S

Dtsch. Med. Wschr. 87. (1962) 2072 y sig.