

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

El enfrentamiento de un caso

Dr. Santiago Soto O.*

La medicina se ha ido haciendo cada vez más difícil dada la revolución tecnológica que la ha invadido y la multitud de elementos terapéuticos de que dispone el médico. La utilización de unos y otros en buena forma, obliga al médico a tomar en cuenta todas las variables que el paciente ofrece.

De allí surge el hecho que la anamnesis y el examen físico y la consideración equilibrada de la fisiopatología, siguen siendo las armas de mayor valor en la toma de decisiones en clínica.

Es necesario, también, establecer, que el uso racional de la tecnología depende en gran medida de la excelencia de la clínica, y de tal modo, que incluso se podrá prever la eventual iatrogenia resultante de la aplicación de aquélla.

Los países en desarrollo no pueden gastar enormes sumas de dinero en una medicina sin base fisiopatológica y, dados el alto costo de ella y las dificultades inherentes a su aplicación, mientras más perfecta sea la estructuración de la clínica, menos posibilidades de producir daño.

Por otra parte, no hay modo más rendidor para considerar el equilibrio entre costo de terapia y complicaciones de ella que un buen acercamiento anamnésico y un cabal y completo examen físico.

En las páginas siguientes, paso a paso, se mostrará la dirección del pensamiento médico, la llegada a un diagnóstico de localización sindromático y etiológico y la forma de elegir aquellos medios auxiliares de diagnóstico según un criterio de rendimiento, tomando en cuenta su costo y sus riesgos.

Este desarrollo, no es el que necesariamente sigue el médico con su paciente ya

que la práctica y la experiencia relegan muchos de estos pasos al inconsciente. Por tratarse de un documento docente destinado a los alumnos en proceso de formación, cada paso es explícito sin darse nada por entendido o automático.

De preferencia, este desarrollo del pensamiento médico deberá ser procesado por el estudiante y el docente a través de un diálogo socrático cuyo objetivo será enseñar sin contemplar la evaluación del educando.

El fascículo se ha dividido en:

1. Presentación del caso clínico.
2. Críticas a la anamnesis.
3. Ubicación anatómica del síntoma.
4. El motivo de consulta.
5. Examen físico.
6. Interacción anamnesis-examen físico.
7. Diagnósticos sindromáticos.
8. Los exámenes de laboratorio a la luz de la clínica.
9. El diagnóstico final.

1. Presentación del Caso Clínico

Motivo de Consulta: dolor en la zona anterior del muslo.

Se trata de un paciente de 50 años, sano hasta hace dos meses en que bruscamente presentó un dolor en puntada en el hemitórax derecho, acompañado de calosfríos y sensación febril. Al día siguiente presentó expectoración purulenta que fue en aumento, hasta llegar a ser de 30 cc en 24 horas. No hubo hemoptisis.

Un médico le indicó Penicilina Oral en dosis de 500.000 UI cada 6 horas y Aminofilina 250 mgrs. cada 12 horas.

El paciente se recuperó en tres semanas, volvió a su trabajo y no presentó otros síntomas hasta hace una semana en que, des-

* Profesor Titular de Medicina.

pués de levantar un saco con madera de aproximadamente 20 Kgs., presentó un dolor lancinante en la zona inguinal izquierda, irradiado a la zona anterior del muslo, acompañado de parestesias.

Concomitantemente apareció polaquiu-ria con volúmenes más bien escasos, sin disuria dolorosa ni de esfuerzo y sin tenesmo ni alteraciones del chorro miccional.

Esta última semana ha habido, además, astenia, anorexia discreta y no selectiva y sudoración nocturna que lo obliga a cambiarse de ropa.

Antecedentes Mórbidos: Complejo primario a los 12 años.

El paciente ha expulsado cálculos urinarios en tres oportunidades estos últimos tres meses. En las tres ocasiones el análisis de los cálculos ha demostrado que están compuestos por Oxalato de Calcio.

Antecedentes Venéreos: No acusa.

Antecedentes de Drogas y Hábitos: Fumador de 15 cigarrillos al día por 20 años.

Bebedor de 60 grs. de alcohol por 15 años.

Come sin intolerancias.

Obra diariamente.

Trabajo: Empleado de Seguros.

2. Crítica de la Anamnesis

En un "paso práctico", lo primero que se debe hacer es escuchar atentamente la anamnesis que el alumno obtuvo de su paciente.

Es conveniente, además, interrogar a los

demás estudiantes sobre determinados aspectos de la historia, lo que tiene dos ventajas:

- obliga al resto de los alumnos a escuchar la historia clínica que cuenta su condiscípulo y
- acostumbra al estudiante a ser respetuoso con su compañero y a escuchar para contribuir él también, con su opinión, a dilucidar el problema.

Esto es de suyo importante, pues así cada alumno debe aprender a ser una alternativa más para el paciente a cargo de otro alumno; así, aprenderá no sólo a escuchar por consideración a otro sino también porque se convencerá que su opinión puede ser de beneficio para un paciente. Una vez hecho esto, el paso siguiente será criticar la historia, verificando si se han respetado las características con que se debe acotar cada síntoma: localización, intensidad, irradiación, carácter, condición agravante, condición atenuante, ritmo y período.

Este ejercicio debe hacerse para cada síntoma, doloroso o no, para acostumbrar al estudiante a ceñirse a la caracterización del síntoma como único método de lograr soluciones. Este ejercicio hecho repetidamente, irá haciendo comprender al alumno la importancia de trabajar caracterizando, cada vez, cada síntoma al demostrarle en la práctica que es el método más seguro para alcanzar la mayor precisión diagnóstica.

En el caso que se presenta como ejemplo deben resaltarse como síntomas de importancia los siguientes:

- dolor del hemitórax derecho
- dolor inguinal

- polaquiuria
- anorexia
- sudoración nocturna

Los síntomas elegidos, ora por su trascendencia, ora por su intensidad, se analizarán entonces a la luz de lo ya indicado: localización, intensidad, irradiación, carácter, condición agravante, condición atenuante, ritmo y período.

De la Tabla Nº 1 se desprende que en la historia, el estudiante no definió todos los caracteres del dolor torácico, faltando su relación con la respiración, con el movimiento y con la postura, elementos que hubieran podido diferenciar entre un dolor pleural y un dolor pericárdico. No es posible inferir que, porque el dolor es en puntada y sobreviene expectoración, deba ser necesariamente pleuropulmonar.

Del dolor inguinal sobrevenido con el esfuerzo, faltó determinar las condiciones agravantes ya que si eran la postura o el ejercicio, bien pudiera haberse implicado en ello a la columna vertebral. Faltó también relacionarlo con la marcha, la alimentación, la micción, defecación, respiración y la tos. Pudiera parecer exagerada esta posición, pero no hay tal toda vez que no es posible saber, de partida, si este dolor es por una disección arterial con el esfuerzo, por una hernia inguinal que se hubiera pellizado o por una patología retroperitoneal que con el esfuerzo pudiera haberse agravado.

De la polaquiuria no se dio la intensidad (número de micciones), ni de su relación rítmica (diurna y nocturna), elementos fundamentales para su calificación.

3. Ubicación Anatómica del Síntoma

Hechas estas consideraciones, será nece-

sario establecer los orígenes anatómicos del síntoma.

Para este ejercicio se recomienda analizar las estructuras que potencialmente pudieran estar implicadas en el síntoma. Esto no es difícil si se van identificando ordenadamente las estructuras anatómicas correspondientes al lugar del síntoma.

En el caso que nos ocupa:

— Dolor torácico:

Los elementos comprometidos pudieran ser piel, celular subcutáneo, músculo, costilla pleura, pulmón, pericardio, corazón, esófago, vasos mediastínicos, columna vertebral.

— Dolor inguinal:

Los elementos comprometidos directamente pudieran ser piel, celular subcutáneo, arcada inguinal y sus elementos, peritoneo y hueso o tratarse de un dolor irradiado o referido.

— Polaquiuria:

Las estructuras implicadas son: vejiga, próstata, cola de caballo, órgano perivesicales (útero, recto), piso de la pelvis. Deben considerarse también el volumen de agua y las condiciones que tengan relación con la osmolaridad.

— Anorexia:

Los elementos implicados son aparato gastrointestinal y sistema nervioso central.

— Sudoración:

Las implicaciones corresponderían a los sistemas simpático y parasimpático y a los trastornos metabólicos que actúan sobre el equilibrio de ambos.

A su vez, cada estructura potencialmen-

te afectada puede estarlo por infecciones, inflamaciones no infecciosas, degeneraciones o trastornos mecánicos, infiltraciones o tumores y por alteraciones metabólicas.

En la Tabla Nº 2 se analiza lo dicho precedentemente, con dos síntomas: dolor torácico y dolor inguinal.

Se comprenderá, al observar los diagnósticos que van surgiendo de la consideración de cada estructura, lo fundamental que es caracterizar muy bien cada síntoma. En el caso presentado queda claro, ahora, cuánto habría ayudado una anamnesis perfecta.

Después de analizar a fondo cada síntoma, es necesaria la consideración de la anamnesis remota.

En el caso que se ha usado de ejemplo, es importante tratar de relacionar los antecedentes mórbidos y la enfermedad actual. Es preciso señalar que, en la práctica, cuando ya se ha hecho la hipótesis de enfermedad, los antecedentes constituyen un apoyo a dicha hipótesis. En algunas oportunidades, por otra parte, la relación de la enfermedad actual con los antecedentes puede contribuir a debilitar el conjunto clínico que conforma la clínica por la cual consultó el paciente.

Hechas estas consideraciones, se realizará el trabajo de relacionar antecedentes mórbidos y enfermedad actual.

El antecedente de una TBC en la niñez y una puntada de costado actual pueden unirse a un Síndrome del Lóbulo Medio secundario a una antigua adenopatía tuberculosa con compresión bronquial, atelectasia y una infección secundaria que explicaría la puntada de costado derecha.

Ese antecedente también puede relacionarse con una litiasis renal, toda vez que las infecciones crónicas son, en ocasiones,

núcleos que sirven para la formación de cálculos.

De otro lado, se sabe que los pacientes con antecedentes tuberculosos pueden, como otros enfermos, tener un cáncer pulmonar y que éste, en algunas oportunidades, secreta PTH símil que da lugar a litiasis renal.

El paciente, a su vez, tenía riesgo por el tabaco.

Las consideraciones precedentes deben ser obligatorias para formar en el estudiante de medicina el hábito de interrogar por todo antecedente del enfermo que permita facilitar el diagnóstico.

En las Tablas 2 y 3, donde se han expuesto las alternativas diagnósticas, deberán contemplarse los considerandos ya hechos; es obvio que los antecedentes mórbidos discutidos, de alguna manera influirán en la decisión diagnóstica.

Hasta el momento se han dado los siguientes pasos:

- crítica de la anamnesis
- consideraciones sobre cada síntoma
- reflexión sobre el significado del síntoma y las estructuras que pudieran originarlo
- elementos de análisis en la relación anamnesis actual-anamnesis remota.

4. El Motivo de Consulta

Sin embargo, no podría dejarse aquí el problema planteado por el paciente. El mismo paciente es el que ha encargado de dar una "orden" al médico a través de un "motivo de consulta".

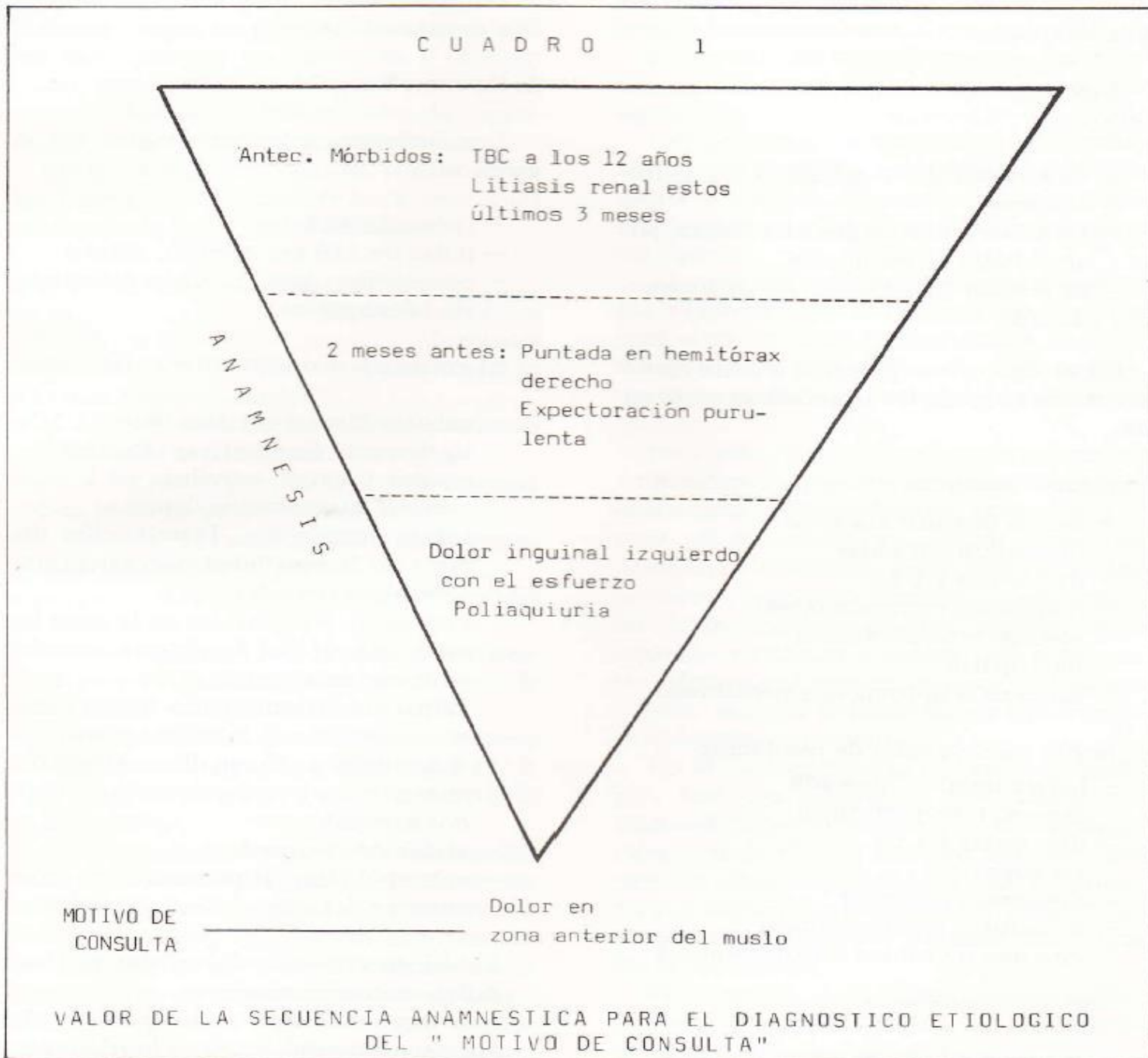
Este motivo de consulta es de gran importancia ya que obliga al médico a darle una perspectiva única al síntoma de consulta; obliga al médico a considerarlo co-

mo el centro de la consulta. Este centro es, en el caso que se discute, el dolor en la zona inguinal irradiado a la cara anterior del muslo.

En el Cuadro Nº 1 se ha graficado la

importancia del motivo de consulta y la necesidad de confrontarlo con la anamnesis próxima y la anamnesis remota.

Si el lector vuelve a las Tablas 1 y 2 se dará cuenta de lo importante de esta varia-



ble en la consideración diagnóstica.

Cuando el médico reflexiona sobre las alternativas diagnósticas de un paciente, usa algunas reglas que suelen ser útiles para la formulación de la hipótesis misma y para estructurar el estudio de laboratorio y la terapia.

Las reglas obedecen a los siguientes criterios:

- Ordenamiento diagnóstico según frecuencia.
- Consideración diagnóstica según posibilidades de resolución.
- Expresión diagnóstica según trascendencia.

En el caso que se presenta en este ejemplo, las eventualidades diagnósticas podrían ser:

Según frecuencia:

- hernia inguinal atascada
- distensión muscular
- discopatía L4-L5
- hematoma retroperitoneal
- absceso retroperitoneal
- neuropatía
- sarcoma o linfoma retroperitoneal

Según posibilidades de resolución:

- hernia inguinal atascada
- absceso retroperitoneal
- discopatía L4-L5
- neuropatía
- distensión muscular
- hematoma retroperitoneal
- sarcoma o linfoma retroperitoneal

Según trascendencia:

- sarcoma o linfoma retroperitoneal

- absceso retroperitoneal
- hernia inguinal atascada
- hematoma retroperitoneal
- discopatías L4-L5

Con estas alternativas in mente, se practica el examen físico.

5. Examen Físico

Los hallazgos positivos fueron los siguientes:

- fiebre de 38.5
- pulso de 110 por minuto, regular
- consciente, lúcido, bien hidratado, sin adenopatías.

El examen físico segmentario mostraba:

- cabeza: Ptosis palpebral derecha. Miosis derecha. Conjuntivas algo pálidas.
- cuello: Cicatriz estrellada en la zona cervical lateral media derecha.
- tórax: Inspección. Disminución discreta de la movilidad respiratoria del hemitórax derecho.
Percusión. Submatidez en la zona basal y lateral del hemitórax derecho en la región anterior.
Palpación. Disminución de las vibraciones vocales en la misma zona.
Auscultación. Murmullo vesicular disminuido en la zona descrita, sin ruidos agregados.
- abdomen: Normal.
- extremidades: Hiperestesia en zona anterior del muslo. No hay atrofia.

La hiperextensión del muslo provoca dolor en la zona anterior.

No hay hallazgos salvo pérdida del ángulo ungueofalángico en los dedos.

6. Interacción Anamnesis-Examen Físico

Una vez que el médico ha hecho el examen físico, es necesario que vuelva a interrogarse a sí mismo (y si es docente debe interrogar al estudiante), sobre posibles hallazgos según las presunciones diagnósticas para reforzar su anamnesis y examen físico, tarea indispensable para tener plena tranquilidad en las indicaciones de exploración de laboratorio o en la terapia.

En el caso que se discute, si se vuelve a las Tablas 1 y 2, es posible hacer múltiples referencias a potenciales hallazgos:

¿Melanodermia localizada? Cicatriz herpética
¿Moniliasis bucal?	Moniliasis esofágica
¿Tumor inguinal pulsátil?	Dolor torácico
.	Aneurisma de la arteria femoral
¿Soplo en la zona inguinal? Aneurisma de la arteria femoral
¿Masa inguinal protruyente? Hernia inguinal
¿Cicatrices en los pulpejos? Vasculitis

El paso siguiente será explicarse la anamnesis con el examen físico y éste con la anamnesis.

En el problema que se discute deberá volverse continuamente a las Tablas 1 y 2 y al Cuadro 1, para no perder la perspectiva diagnóstica.

Así, hay un síndrome de condensación en la zona anterior baja del hemitórax, sin aumento de las vibraciones vocales ni soplo tubario. Esta afirmación significa haber pensado primero en las causas de una disminución de la movilidad de un hemitórax que podrían expresarse con submatidez (sólido, líquido y necesariamente au-

sencia de gas libre pleural, con lo que resulta descartado de inmediato el neumotórax) y en aquéllas de estas causas productoras de submatidez que podrían cursar con disminución de las vibraciones vocales (líquido o zona de condensación sin bronquios permeables).

El motivo de consulta merece también un comentario; éste se hará en las páginas siguientes.

Las próximas aseveraciones serán reflexiones en torno de los problemas del paciente y siempre siguiendo un orden dado por la interrelación entre los síndromes y los signos.

Al respecto, vale la pena señalar que estas interrelaciones se hacen como ejercicio para abrir un abanico diagnóstico, y como método para considerar alternativas que, de otro modo, no vienen a la mente del médico.

Para ello, habiendo dos síndromes de trascendencia, pueden ser éstos los que se elijan para la interrelación entre ellos y el resto de los síntomas o de los signos. En otras oportunidades, sobre todo sino hay síntomas, signos o síndromes relevantes, las interrelaciones pueden hacerse entre aquellos síntomas o signos que más interés ofrezcan al médico, ora por su trascendencia, ora por la importancia que han revestido para el paciente.

En el caso que se ha utilizado de ejemplo, hay dos síndromes que tienen real trascendencia: el síndrome de condensación y el de Claude Bernard Horner. Cada uno de ellos se relacionará con los síntomas y signos de importancia para el paciente, con el motivo de consulta y con los antecedentes.

Este trabajo, que puede parecer tedioso, es el que hace el médico en el subconsciente.

6.1 Relación del síndrome de condensación con:

- puntada de costado derecha de hace dos meses
- dolor lancinante inguinal y del muslo
- antecedente tuberculoso antiguo
- hábito tabáquico y alcohólico
- fiebre
- miosis y ptosis palpebral derechas
- pérdida del ángulo ungueofalángico
- dolor a la hiperextensión del muslo.

6.2 Relación del síndrome de Claude Bernard Honer con:

- puntada en hemitórax derecho de hace dos meses
- dolor lancinante inguinal y muslo
- síndrome de condensación
- expulsión de cálculos por la vía urinaria
- antecedente tuberculoso antiguo

Para ser consecuente con el sistema expuesto, iguales reflexiones deben hacerse con la polaquiuria.

6.3 Relación de la polaquiuria con:

- puntada en hemitórax derecho de hace dos meses
- dolor lancinante inguinal de muslo.
- antecedente tuberculoso
- expulsión de cálculos por la vía urinaria.
- síndrome de Claude Bernard Horner
- síndrome de condensación
- pérdida del ángulo ungueofalángico

Respuestas surgidas
a la luz de la interacción
anamnesis-examen físico:

- Relación del síndrome de condensación con la puntada de costado de hace dos meses.

Es probable que haya habido una neupatía del lóbulo medio que se resolvió parcialmente. La existencia de un bronquio no permeable hará surgir la idea de una obstrucción bronquial (tumor, adenopatía) o de una obstrucción intrínseca del bronquio (tumor, retracción cicatrizal).

- Relación del síndrome de condensación con el dolor lancinante inguinal y del muslo.

Si la condensación es por un tumor, las metástasis de éste podrían explicar una osteolisis vertebral y desde aquí surgir el dolor inguinal y de muslo.

Si hay una condensación parcialmente resuelta pudo producirse una bacteremia que produjera una osteolisis séptica.

- Relación del síndrome de condensación con el antecedente tuberculoso.

La lesión bacilar habría dejado una adenopatía que comprimió el bronquio para el lóbulo medio.

La tuberculosis pudo ser del lóbulo medio y haber dejado bronquectasias localizadas. La tuberculosis puede haber producido un mal de Pott de L4 o un absceso frío en las raíces que dieran origen al nervio obturador o al femoral.

- Relación de la condensación con la expulsión de cálculos por la vía urinaria. Si la condensación es por tuberculosis,

no es improbable que una TBC renal actual sirva de núcleo aglutinador de cristales.

- Relación de la condensación con el hábito tabáquico y alcohólico.

El tabaco podría relacionar un cáncer bronquial con obstrucción del bronquio y subsecuente neumonía.

En cuanto al hábito alcohólico, se sabe que el fármaco produce disminución de la actividad fagocítica y por ello complica de infecciones pulmonares a estos pacientes. Pero, se sabe también que el alcohol induce vómito que puede aspirarse secundariamente al compromiso de conciencia provocado por el mismo fármaco. Esta aspiración, por razones anatómicas, implica frecuentemente al lóbulo medio.

- Relación del síndrome de condensación con el síndrome de Claude Bernard Horner.

Puede estar a nivel de una parálisis del simpático cervical por metástasis del cáncer bronquial productor eventual de obstrucción bronquial y condensación subsecuente.

También puede haber una relación derivada de una arteritis secundaria a una disproteinemia o una crioglobulinemia surgida de una neoplasia asentada en el pulmón.

- Relación del síndrome de condensación con la pérdida del ángulo ungueo-falángico.

Surge a nivel de una cáncer bronquial

o de una supuración pulmonar crónica del lóbulo medio.

No vale la pena dar respuesta a las interrogantes planteadas por Claude Bernard Horner ya que pueden homologarse a las soluciones dadas para el síndrome de condensación. Sin embargo, por la aparente dificultad de relacionar la polaquiuria con el resto de los síntomas y signos, se hará la discusión de dicho problema .

- Relación entre polaquiuria y dolor lancinante inguinal y de muslo izquierdo:

La polaquiuria diurna y nocturna tiene como causas los problemas vesicales, perivesicales, neurológicos y vasculares que son, por otra parte, las estructuras anatómicas relacionadas con la micción. Sin embargo, hay "estructuras" no anatómicas que también deben ser tomadas en cuenta: la orina y su velocidad de producción.

Con el ánimo de simplificar un tanto, puede decirse que una polaquiuria vesical se acompaña de disuria y tenesmo. La ausencia de estos síntomas podría ayudar a excluir la vejiga como asiento de la polaquiuria. Pero, cualquier masa que comprima la vejiga puede dar lugar a la aparición de dicho síntoma. Por lo tanto, un tumor retroperitoneal, un mioma, un cáncer rectal, un cáncer o un quiste ovárico, pueden producir polaquiuria. Como el caso presentado corresponde al de un hombre, puede obviarse el considerando ginecológico y se tomará en cuenta, entonces, el tumor retroperitoneal y el cáncer rectal. No habiendo un síndrome de silla de montar ni alteración esfinteriana, resulta inoficioso relacionar la polaquiuria con trastornos a nivel de la cola de caballo.

En cuanto a la orina, sus aumentos de volúmenes reales (polidipsia, reabsorción de edemas, administración de sueros), pueden descartarse en el paciente por no haber polidipsia y por no tener edemas ni haber sido expuesto a la administración de sueros. Sin embargo, las instancias osmolares y los trastornos electrolíticos pueden producir polaquiuria y entre ellos se puede contar la hiper calciuria, glucosuria, aminoaciduria e hipokalemia.

Si bien es fácil imaginar que un tumor retroperitoneal puede producir polaquiuria y dolor inguinal, ¿qué entidad será capaz de explicar ambos síntomas en relación a hiper calcemia, glucosuria, aminoaciduria e hipokalemia?

Ya se dijo anteriormente que el cáncer bronquial podría explicar una hiper calciuria. Bueno, ésta puede explicar una polaquiuria.

Entonces quedaría:

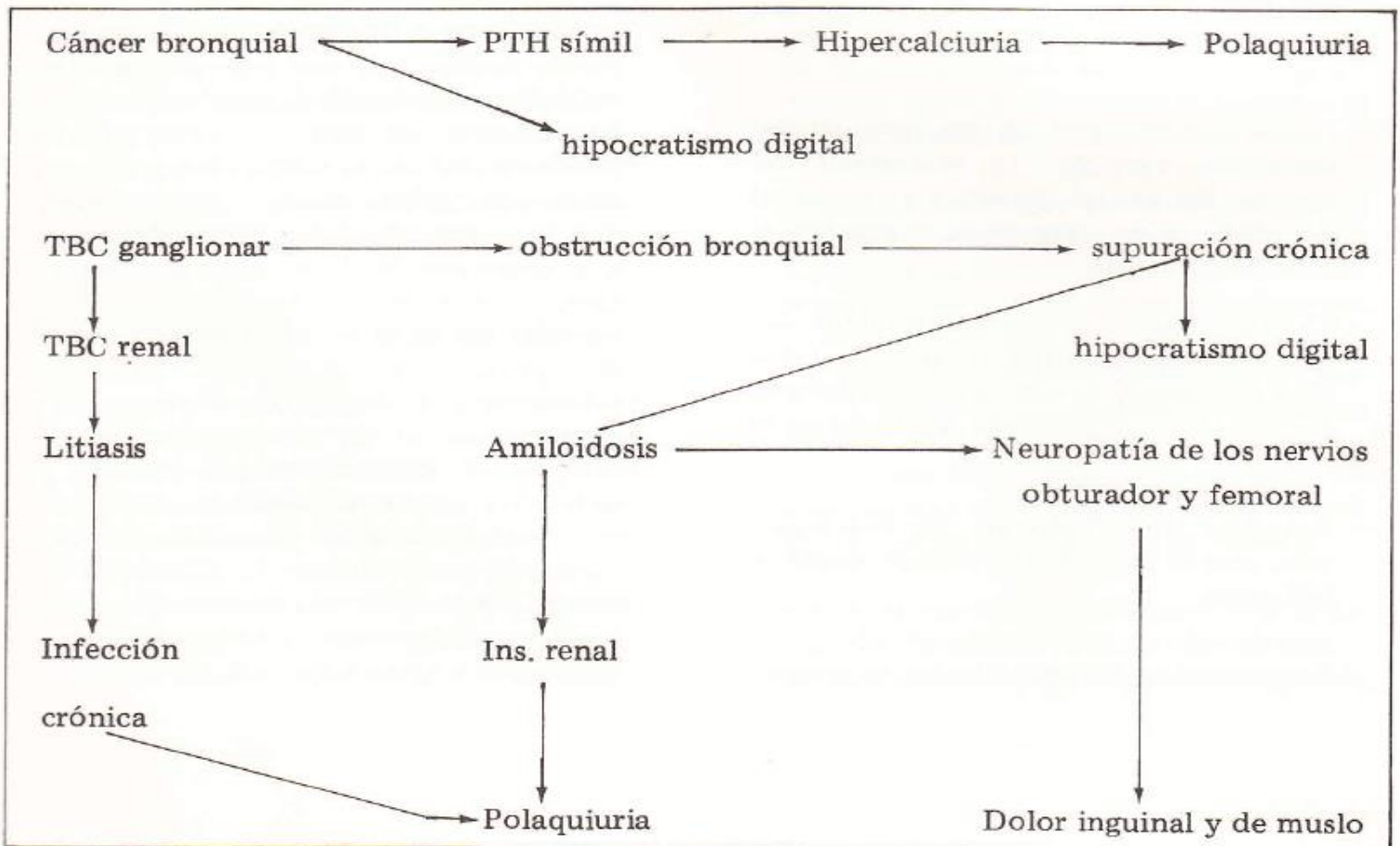
Cáncer bronquial—obstrucción bronquial—síndrome de condensación producción de hormona PTH símil—hiper calcemia—polaquiuria.

Osteolisis vertebral—dolor inguinal y de muslo.

¿Y si fuera una aminoaciduria?

La aminoaciduria es parte de una acido sis tubular renal. Entre las causas de ésta se cuenta la sarcoidosis y la sarcoidosis puede, por aumento de volumen ganglionar, producir un síndrome del lóbulo medio y por arteritis, una neuropatía del nervio obturador y del nervio femoral y explicar así el dolor inguinal y del muslo.

— Relación entre polaquiuria y pérdida del ángulo ungueofalángico:



Hecha la discusión precedente, el resumen podría ser:

Paciente de 50 años con un síndrome de condensación febril, sin bronquio permeable, en el que aparecen como elementos muy importantes el dolor inguinal, la polaquiuria, el hipocratismo digital y obviamente, el síndrome de Claude Bernard Horner.

7. Diagnósticos Sindromáticos

De lo ya discutido, las posibilidades signósticas pudieran ser descritas de la siguiente forma, como diagnósticos sindromáticos y problemas:

1. Síndrome febril
2. Síndrome de condensación del lóbulo medio
3. Síndrome de Claude Bernard Horner
4. Dolor de n.obturador
5. Polaquiuria
6. Antecedente de expulsión repetida de cálculos urinarios.

A cada síndrome buscarle afecciones probables según discusión precedente.

Síndrome de condensación de lóbulo medio:

- neumonía de evolución tórpida
- cáncer pulmonar con obstrucción bronquial.
- compresión bronquial extrínseca por adenopatías

Síndrome de Claude Bernard Horner:

- Metástasis al simpático cervical por cáncer bronquial
- arteritis con necrosis del simpático cervical

Dolor de n.obturador:

- osteitis vertebral L4 y aplastamiento

- metástasis vertebral L4 y aplastamiento
- absceso frío paravertebral y compresión L4
- tumor retroperitoneal y compresión del nervio obturador o femoral

Polaquiuria:

- hipercalcemia-secreción de PTH similar
- compresión vesical por tumor retroperitoneal
- acidosis tubular renal

Antecedente de litiasis urinaria:

- síndrome hiperparatiroideo por PTH similar
- TBC renal con calcinosis

8. Los Exámenes de Laboratorio a la Luz de la Clínica

Sólo una vez hecho el análisis precedente se puede ir a discutir el valor de los exámenes de laboratorio en cuanto a ayuda diagnóstica.

De los diagnósticos probables surgen los exámenes básicos que realmente serían necesarios.

8.1 La radiografía de tórax surge como obvia. Será preciso de inmediato reflexionar acerca de sus limitaciones. Así, en el caso de los diagnósticos bajo el rubro síndrome de condensación del lóbulo medio, ensanchamiento mediastínico, descenso horizontal y estrechamiento de los espacios intercostales y elevación del diafragma.

Lo que no podrá demostrar es si hay obstrucción bronquial. De aquí surgirá necesariamente la consideración de la fibrobroncoscopia.

8.2 Radiografía de columna vertebral desde D12 a sacro con especial referencia a L4.

También se discutirá acerca de sus potenciales hallazgos y se reflexionará sobre aquello que la radiografía no podrá demostrar. Se va formando, de este modo, una conducta en la mente del médico acerca de las ventajas en los exámenes y en sus limitaciones.

Hallazgos potenciales podrían ser: normalidad de la columna, lesión del cartílago en el caso de una afección tuberculosa, lesión de las caras articulares en el caso de metástasis y sombras tenues de abscesos perivertebrales.

Lo que difícilmente podría mostrar la radiografía es el retroperitoneo. De aquí surgirá la necesidad de otros medios de laboratorio.

8.3 Fosfatasas alcalinas, sedimento de orina, hemograma, sedimentación, calcemia, fosfemia, pH urinario y proteinuria son los restantes exámenes que resultan necesarios para las alternativas diagnósticas discutidas. Cada uno de ellos debe ser analizado en la misma forma de resultados esperados, ventajas y limitaciones de manera de eliminar la idea de exámenes de rutina.

8.4 Los demás exámenes podrán hacerse de acuerdo a los resultados de los anteriores y según el rendimiento probable. Así por ejemplo:
— ¿Baciloscopías?

Si el paciente no tiene expectoración vale la pena esperar la broncoscopia y utilizar ésta para dicho examen.

— ¿PPD?

Si el paciente ha sido tuberculoso será positiva. Si está negativa, habla de compromiso inmunitario. En el presente caso tal vez no debe solicitarse este examen porque resultará una pérdida de tiempo y dinero para el paciente.

— Colesterol, triglicéridos, electrocardiograma, anticuerpos antinucleares, látex, complemento, inmunoglobulinas, son exámenes que no tienen indicación.

9. El Diagnóstico Final

La etapa de formular un diagnóstico final, proponer una terapia y adelantar un pronóstico sirve para que el médico reaprenda el lenguaje que se debe usar con el paciente; sirve para explicar al enfermo la afección que lo aqueja y lo que se espera del tratamiento.

Este es el momento en que se debe pensar que el paciente o sus medios de previsión o el país, disponen de una cantidad limitada de recursos económicos y que la mayoría de las veces, cubrir un gasto en salud, se hace a costa de un esfuerzo doloroso. El médico debe aprender que la cantidad de dinero de la que el enfermo dispone, es la única suma que se debe administrar balanceando muy bien la relación costo del examen y eventual beneficio.

TABLA 1

	Localización	Intensidad	Irradiación	Carácter	C. agravante	C. atenuante	Ritmo	Período
1. Dolor torácico derecho	Hemitórax	Moderada	(-)	Puntada	Respiración	(-)	(-)	(-)
2. Dolor inguinal	Inguinal izquierdo	Intenso	A muslo izquierdo	Lancinante	(-)	(-)	(-)	(-)
3. Polaquiuria		No consignada						
4. Anorexia		Moderada		Selectiva				
5. Sudoración		Intensa					Nocturna	

TABLA 2

Dolor torácico	Infecciones	Otras inflamaciones	Degeneración o T. Mecánico	Infiltraciones o Tumores	Alteraciones metabólicas
Piel	Herpes Zoster		Contusiones		
Celular Subc.		Vasculitis	Contusiones	Contusiones	
Músculos					
Costillas	Osteomielitis		Fracturas	Metástasis	Osteoporosis
Pleura	TBC. Virus Neumonía	Mesenquimopatía		Mesoteliona	
Pericardio	TBC. Virus Staffilo	Mesenquimopatía	Hemopéricardio		
Corazón	Abscesos	Miocarditis	Infarto Miocardio	Hemocromatosis Amiloidosis	
Esófago	Monoliasis	Reflujo	Diverticulo	Cáncer esofágico	Hipoferrremia (Plummer-Vinson)
Vasos	Endoductitis	Arteritis	Aneurisma-Embolia		

TABLA 3

Dolor inguinal	Infecciones	inflamaciones	Degeneración o T. Mecánico	Infiltraciones o Tumores	Alteraciones metabólicas
Piel	Herpes Zoster				
Ligamento inguinal			Distensiones		
Vasos		Arteritis	Aneurismas		
Peritoneo	Peritonitis Purulenta	F. Mediterr.		Mesotelioma	
N. Obturador		Polineuritis Vasculitis	Compresión Discopatía		
N. Crural		Polineuritis Vasculitis			
M. Psoasiliaco	Absceso Retroperit.		Hematoma Retroperit.	Sarcoma-Linfoma	