

Síndromes Agudos Cardiopulmonares

Dr. Walter Hinojosa Campero*
* **Profesor Emérito UMSA**

DISCUSIÓN DEL CASO CLINICO

Como todo análisis clínico, se requiere de una rutina y un ordenamiento estructural correlativo para una adecuada disquisición diagnóstica y terapéutica empezando por los datos de filiación, los cuales avalan a un sujeto de la tercera edad, fumador pesado por espacio de varios años, nativo de la altura, cuyos antecedentes revelan una posible Eritrocitosis Excesiva de la Altura, (EEA) mal llamada por el vulgo "Poliglobulia". La EEA ha sido denominada taxonomicamente en el Concenso de Xining – China, para clarificar conceptos y aplicar la terminología con propiedad, la misma que por definición requiere una Hb mayor a 21 g/dl para el sexo masculino y no debe estar asociada a ninguna patología cardiopulmonar aguda o crónica y tampoco a la obesidad. Estos datos nos ayudan a inferir que el sujeto quizás porta una Eritrocitosis secundaria al hábito tabáquico con la siguiente aparición de una Enfermedad Bronco Pulmonar Obstructiva Crónica a la cual puede asociarse un estado enfisematoso pulmonar tanto por la edad como por el hábito tabáquico.

La Astenia, adinamia y el malestar general, avalan un síndrome tóxico infeccioso, asociado a tos productiva en un supuesto bronquítico crónico, con exacerbación estacional, lo cual deja presumir una posible descompensación de una EBPOC, a lo cual debemos sumar la Fiebre del paciente (38.5° c.) tratando de descartar desde un proceso bronquítico agudizado hasta una posible neumonía. Sin embargo la Placa de Torax, pese a no ser concluyente, nos permite visualizar un torax fibroso, con una zona apical derecha muy llamativa, que a la primera impresión, deja entrever, un pneumotorax, cuyos bordes pulmonares están señalados por las flechas blancas. Dicha posibilidad diagnóstica, podría ser apoyada clínicamente por el antecedente del esfuerzo realizado por el paciente, en un torax fibrosado y el dolor persistente y de aparición

brusca justamente en la región citada, amén de la poca movilidad del segmento afectado.

Las artralgias y polimialgias, estarían concordantes con un posible S Hiperuricémico, mismo que esta avalado por los niveles elevados de Acido úrico Séricos (Ac Urico normal: varones: 0.24 a 0.42 mMol/L, mujeres: 0.17 a 0.36 mMol/L) la hiperuricemia del paciente podría correlacionarse con la Eritrocitosis del paciente, debido a una tasa elevada del metabolismo de los acidos nucleicos y una hiperactividad medular, como acontece en sujetos con Eritrocitosis Patológica de la Altura. Diversos estudios en la altura, han demostrado que existe una correlación positiva entre ácido úrico y hematocritos elevados.

El insomnio del paciente, asociado a la cefalea matutina y al cansancio y fatiga muscular, al despertarse, nos permiten inferir que el paciente confronta muy posiblemente, un síndrome de solapamiento bronquial asociado a apnea del sueño, lo cual incide gravemente en una hiposaturación nocturna, misma que se verá agravada, por la ingesta de depresores del SNC, tipo benzodiazepinas, las cuales con seguridad, desencadenan un mayor estado hipóxico nocturno, mayor desaturación arterial y la consiguiente hiperapnea nocturna, todo ello, no permite una fase REM adecuada del sueño, provoca vasodilatación cerebral, insuficiente aporte de ATP muscular y producción excesiva de ácido láctico, consiguientemente el malestar citado por el paciente.

Si bien el paciente ha dejado el hábito tabáquico desde el año 2001, el daño pulmonar ha sido irreversible, lo cual ha condicionado respuestas fisiológicas en su organismo, entre ellas la Eritrocitosis, la Bronquitis Crónica y la EBPOC, a lo cual se suma un pulmón fibrosado y enfisematoso, cuya etiopatogenia debería ser analizada, sin embargo y correlacionando las palpaciones del sujeto, debemos considerar que tanto la edad, como la Hipertensión Arterial

Sistémica y una posible sobrecarga derecha, avalada por signos visuales y/o palpables, como el edema de MI y la hepatomegalia, nos hacen suponer un compromiso cardiopulmonar, una cardioangioesclerosis por la edad y suficientes bases para justificar episodios arritmicos. El trazo por monitoreo telemétrico, deja por sentado un ritmo idioventricular acelerado, de origen multifocal, con una frecuencia regular pero ritmo ventricular de más de un foco, no observándose actividad auricular. Una arritmia que requiere con urgencia el respectivo tratamiento, descartando mediante un adecuado EKG de 12 derivaciones, otros compromisos, que podrían ser secundarios a la Hipocalcemia y la hipomagnesemia severas del paciente, a lo que debemos sumar el trastorno ácido base por la gasometría arterial, la cual avala un estado de Alkalosis Respiratoria aguda, lo cual complica aún más la hipoxemia del paciente, ya que la curva de disociación de la Hb estaría atrapando el O₂ disponible. Sin embargo la hipoxemia, la desaturación y la PaO₂ del paciente, nos permiten inferir un estado láctico acidificante simultáneo, tipo A, enmascarado por la severa Alkalosis Respiratoria y corroborado por un déficit de bases de - 7.

En cuanto a la estetoacústica cardiopulmonar, llama la atención el S2P intensificado y el soplo diastólico de regurgitación que avalan por las cualidades y la localización del soplo, una Insuficiencia Pulmonar, secundaria muy posiblemente a presiones diastólicas bastante elevadas en el territorio arterial pulmonar, siendo este, un soplo hemodinamicamente funcional de regurgitación por las elevadas presiones arteriales pulmonares, debido a la fibrosis y a la EBPOC. del paciente. No habiendo otra signología pulmonar que los creps finos, que pueden reflejar trasudados intersticiales, secundarios a HVCP y la HAS en un cor pulmonar crónico, queda por analizar, el proceso infeccioso documentado por los laboratorios y la PCR, misma que esta elevada, lo cual es indicativo de un proceso infeccioso pulmonar, lo más posible, una Bronquitis Aguda de etiología bacteriana, cuyo régimen terapéutico, luego de solicitar un GRAM debe incluir fármacos para Micoplasma, broncodilatadores, una buena hidratación y expectorantes, sin olvidarnos que en pacientes ancianos, un proceso banal bronquial puede convertirse en una severa neumonía y debutar con una Sepsis. En el caso que compete, no existen muchos datos que conjuncionen un SRIS y una Sepsis, excepto por la temperatura y la FR, sin embargo, sería bueno considerar,

que así como manejamos el concepto de SRIS, actualmente debemos considerar su antagónico, el CARS, que son las citoquinas inmunomoduladoras, entre ellas la Interleukina 10, misma que juega un rol preponderante como antagonista flogósica, en contraste a las otras interleukinas y citokinas presentes en la Inflamación y la sepsis.

Para finalizar, debemos volver al mometo crucial, cuando Ud. Decide realizar la interconsulta con cirugía torácica para la colocación del sello de agua, bajo el supuesto Dx de Neumotorax Expontáneo, sin embargo, la obtención de la TAC, dilucida el problema, (Fig 3) y para sorpresa suya, el galeno interconsultado le explica que se trata de una gran bulla apical.

LECTURA RECOMENDADA

- (1). HINOJOSA W, FISIOPATOLOGIA CLINICA, ED. GUIA. BS. AIRES. ARGENTINA 1ª ED. 2004
- (2). ERGUETA J, HINOJOSA W, EDS, Y COL. FISIOPATOLOGIA CLINICA, ED. GRAMMA, 1989, LP BOLIVIA
- (3). MEDICINA INTERNA DE: HARRISON, FARRERAS, ROZMAN
- (4). TIMMIS A, ESSENTIALS OF CARDIOLOGY, OXFORD, LONDON, 2007
- (5). JOSE FARFAN, CD INTERACTIVO, ARRITMIAS
- (6). SPICUZA ET AL, SLEEP RELATED HIPOXEMIA AND EXCESIVE ERITROCITOSIS IN ANDEAN HIGH ALTITUD NATIVES, EURO.RESPIR, JOURNAL23, 41-2004