

## De la cabeza a los pies

JM<sup>a</sup>. Merino Mujika<sup>1</sup>, A. Manzanal Rey<sup>2</sup>, N. García Ibarrondo<sup>3</sup>, J. Romero Gutierrez<sup>4</sup>

Servicio de Neumología<sup>1</sup>, Cardiología<sup>2</sup>, Cardiología<sup>3</sup>, Anestesia<sup>4</sup>. Hospital de Basurto-UPV/EHU-Bilbao

Correspondencia:

José M<sup>a</sup> Merino Mujika  
Hospital de Basurto / Bilbao  
(jmerino@hbas.osakidetza.net)

### Introducción

A pesar de los ríos de tinta derramados, con mas que con frecuencia, se nos olvida la necesidad de seguir un método clínico riguroso que minimice en lo posible, los humanos errores que a pesar de todo a diario cometemos y cometeremos.

### Caso clínico

Paciente de 53 años de edad, con antecedentes de accidente vascular cerebral ocho años antes, estando en situación vegetativa con dependencia total, realizándose gastrostomía para alimentación hace 4 años.

Ingresó por primera vez en nuestro centro, por cuadro de vómitos, fiebre y diarrea. En la exploración física se refería sensación de ocupación de hemiabdomen izdo. Además de los estudios de rutina se practicó Rx de abdomen que se informó como importante presencia de heces en forma de fecaloma rectosigmoideo. Se instauró tratamiento con antibioterapia, lactulosa por sonda y enemas de limpieza, siendo dado de alta con los diagnósticos de : Falsa diarrea por rebosamiento secundario a fecaloma – impactación fecal . probable infección respiratoria.

Tres meses mas tarde acude nuevamente a urgencias por presentar desde el día anterior vómitos de coloración oscura y maloliente tras la ingesta (gastrostomía) y posterior aparición de fiebre de 39°. Los días previos había tenido deposiciones líquidas. El paciente estaba consciente desconectado del medio, polipneico, sudoroso, destacando a la exploración la auscultación de ruidos respiratorios que impedían la auscultación cardiaca. En abdomen no se apreciaron signos de peritonismo. En analítica se observó neutrofilia sin leucocitosis y EAB en insuficiencia respiratoria parcial. La radiografía de abdomen se informa de retención de heces y un gran fecaloma rectal. Se realizaron enemas de limpieza con sonda rectal y dada la mejoría experimentada, permaneciendo afebril, se le da el alta con los diagnosticos de: estreñimiento - diarrea por rebosamiento secundaria a fecaloma, infección del tracto respiratorio inferior, insuficiencia respiratoria.

Un día mas tarde, acude nuevamente por fiebre de 39°, observando la familia dificultad respiratoria con ruidos respiratorios y vómitos.

El paciente estaba, febril, polipneico, con tiraje supraclavicular. La auscultación cardiaca era inaudible por ruidos respiratorios. Abdomen sin signos de peritonismo, se auscultaban ruidos intestinales. EAB en insuficiencia respiratoria hipoxémica hipercapnica crónica agudizada, resto de analítica anodina, excepto albúmina de 2,92g/dl, Na++ y K+ 154 y 3,04 mmol/l. respectivamente. Rx de tórax en la que no se aprecian alteraciones de interés. ECG bradicardia sinusal.

Se interpreta el cuadro clínico como Insuficiencia respiratoria aguda e infección del tracto respiratorio inferior y probable aspiración, ingresando el paciente en el Servicio de Respiratorio. Se instauró tratamiento con urbasón, cloruro mórfico, aspiración de secreciones y oxigenoterapia, informándose a la familia del mal pronóstico.

Ya en planta si bien el paciente presentaba ruidos respiratorios y fue preciso aspirar secreciones en algún momento, no impresionaba como situación respiratoria crítica, con saturaciones basales de hemoglobina de 87%. Por ello tras nueva valoración de los síntomas de ingreso, se pensó en la posibilidad de trastorno del tránsito intestinal en relación con la impactación fecal como desencadenante de todo el proceso y probables aspiraciones secundarias a los vómitos que justificarían la sintomatología respiratoria. Tras una nueva exploración general, que no aportó mas datos. Realizamos entonces un tacto rectal, detectándose a punta de dedo un cuerpo extraño, de forma tubular, que parecía corresponderse con una sonda. Alrededor de la misma existían heces de consistencia dura íntimamente adheridas a la pared del recto. No pudiéndose extraer el cuerpo extraño digitalmente se solicitó la colaboración del servicio de Digestivo que lo intentó por colonoscopia, no siendo posible por la gran cantidad de heces que impedía la visión. Al día siguiente se realizó nuevo tacto rectal en el que no detectamos el mencionado cuerpo tubular, interpretándose que la manipulación endoscópica hizo migrar el mismo hacia sigma. No obstante y con disección digital se extrajimos numerosos y voluminosos fragmentos de heces de consistencia dura firmemente adheridos a pared de la ampolla rectal que la ocupaban en su totalidad. Posteriormente se realizaron RX de abdomen en las que salvo heces no se pudo identificar la supuesta sonda, a pesar de la interesada colaboración con los radiólogos. Empezando a surgir dudas sobre lo palpado en el tacto rectal y tras nueva preparación, mas efectiva después de la desimpactación fecal digital,

pudo extraerse con el colonoscopio lo que efectivamente era una sonda rectal de 30cm. de longitud.



Figura 1. Sonda rectal.

## Conclusiones

Desde nuestro punto de vista este paciente venía sin duda arrastrando una impactación fecal, lógica en su situación, que a pesar de los enemas no se resolvió en ningún momento, lo que explicaba la alternancia de estreñimiento y diarreas con vómitos en los momentos más críticos y debido a estos, aspiraciones que justificaban la sintomatología respiratoria aguda y la fiebre en las visitas a urgencias, la utilización de sondas rectales etc. No nos explicamos bien, cuando ni como la sonda pudo introducirse totalmente en el recto sigma y como nadie la echó en falta, máxime estando en una residencia asistida.

Está referido en todos los textos, de cualquier especialidad, que “el paciente constituye un todo y como tal debe ser explorado en su conjunto, de la cabeza a los piés” y aunque a diario lo olvidamos hemos de tener presente que:

Una H<sup>o</sup> clínica ortodoxamente realizada, valorando e intentando dar explicación a todos los síntomas, hace que el número de nuestros errores disminuya, lo cual es ya mucho<sup>1</sup>.

En un mismo paciente coexisten con frecuencia síntomas de diferentes aparatos, interrelacionados de las más variopintas formas.

La exploración clínica no se acaba en nuestro aparato específico<sup>2,3,4</sup> y la exploración rectal por tacto digital en las sospechas de impactación fecal, es mucho mas resolutive que los enemas de limpieza, aportándonos además en ocasiones datos diagnósticos sobre el mismo recto, esfínter anal, próstata, cuello uterino, presencia de sangre fresca o digerida etc. No es una exploración de excepción, no es difícil de realizar ni exclusivo del digestólogo. Eso sí, desagradable y la desimpactación digital aún mas si cabe.

Básicamente todos somos médicos y después podemos aprender mas de alguna materia en concreto, pero no se nos olvide, médicos con una formación básica que no podemos relegar continuamente a las especialidades.

Los métodos de imagen son de una inestimable ayuda y muchas veces imprescindibles para el diagnóstico, pero su negatividad no excluye la existencia patología ni justifica nuestro error, y por ello deben ser ordenados en base a la clínica<sup>5-6</sup>.

En definitiva, verdades de Perogrullo, pero que se nos olvidan.

## Bibliografía

1. Isselbacher JK, Braunwald E, Wilson DJ, Martin BJ, Fauci SA, Kasper ID. La Práctica de la Medicina. En: Harrison. Principios en Medicina Interna 13ª ed. Interamericana. Mc Graw-Hill. Vol I; 1-3; 1994.
2. Jimenez Lopez A. Sistemática de la Exploración. En: Manual de exploración (propedeúticaclínica) 3ªed. ISBN: 84-95195-24-0.19-27; 2000.
3. Ancochea Bermudez J. Valoración Clínica. En: Medicina Respiratoria 2ªed. (Aula Médica) SEPAR 85-86; 2005.
4. Suarez Pinilla FJ, Lopez Conget F, Candial Orcastegui JL, Gomez Gomez R. Semiología Clínica. En: Manual de Neumología y Cirugía Torácica. Ed. Medicos S.A. SEPAR: Vol I; 11; 95; 1998.
5. López Arellano JL. Conceptos generales. En: Manual de Patología General. Masson 6ªed.. 5-7; 2006.
6. Rozman C., Erill S, Gracia D. Principios de la práctica médica. En: Medicina Interna (Farreras Rozman). 12ª ed.; Vol I; 3-7; 1992.