

Formato Recomendado para Reporte de Casos Clínicos

Requisitos Generales

800-1000 palabras por caso

3-5 referencias bibliográficas

Estructura como se detalla a continuación:

1. Identificación

Nombre de la paciente (sólo iniciales)

Número de ficha clínica o de registro

Institución (Hospital, centro ambulatorio, otro)

2. Consulta Inicial

Historia clínica

Hallazgos al examen físico

Exámenes solicitados (laboratorio, otros)

Diagnóstico inicial

Tratamiento Inicial

3. Seguimiento

Evolución clínica

Cambios físicos

Resultados de exámenes de laboratorio y otros

Diagnóstico final

Tratamiento

4. Discusión

Fundamentación de los diagnósticos

Diagnóstico Diferencial

5. Tipo y forma de participación del candidato en el caso (breve descripción).

****** En el caso en que el reporte del caso haya sido enviado y aceptado para publicación, entonces sólo deben ser completadas las secciones 1 y 5 y debe adjuntarse una copia de la publicación.

Ejemplo de reporte de caso clínico

1. Identificación:

- A.B.
- Número de ficha clínica 123456,
- Hospital de Niños. Consulta en Servicio de Urgencias. Posteriormente Hospitalización. Finalmente derivación a centro ambulatorio.

2. Presentación Inicial

AB es una niña de 14 años, previamente sana, quien presenta una historia de 4 días de evolución, caracterizada por dolor en fosa iliaca derecha de inicio súbito, asociado a náuseas y mareos. El dolor se intensifica intermitentemente y aumentan las náuseas y la sensación de mareos, presentando vómitos asociados al dolor.

No presenta anorexia, fiebre ni alteración del tránsito intestinal. No presenta disuria ni poliaquiuria.

Menarquia a los 12 años. La menstruación ocurre cada 4-5 semanas, sin dolor ni sangrado excesivo. Su último periodo menstrual fue hace 3 semanas. No tiene antecedentes de cirugías previas ni de alergias conocidas.

Vive en su hogar con sus padres y su hermana mayor. Asiste a una escuela local de educación media, disfruta ir a la escuela. Habitualmente juega basketball – pero no pudo jugar ayer debido al dolor.

(Con los padres fuera de la sala de consulta – no bebe alcohol, no fuma, tiene novio, pero no ha iniciado actividad sexual)

Al examen físico: No fiebre, pulso 80 lpm, presión arterial 105/75. Pálida. Hidratación normal.

Examen abdominal – sensible en fosa iliaca derecha con algún grado de resistencia y “rebote” (dolor a la decompresión).

(Tacto vaginal y examen con espéculo – no realizado dado que no es sexualmente activa; tacto rectal no realizado).

Exámenes solicitados: Hemograma – sin evidencia de infección, Hb 12.5. BHCG – negativa.

Ecografía pelviana: apéndice no visualizado. Ovario derecho de 6cm x 6cm, con apariencia edematosa y ausencia de flujo al doppler. Ovario izquierdo de 3cm x 3cm con varios folículos, flujo sanguíneo normal.

Diagnóstico Diferencial: En la consulta inicial, los siguientes diagnósticos fueron considerados:

- Apendicitis – la ausencia de anorexia y la no alteración del tránsito intestinal hacen este diagnóstico menos probable. El hecho de que la paciente no presente fiebre tampoco apoya el diagnóstico, dado que en la apendicitis es esperable una leve alza de la temperatura corporal. Los hallazgos abdominales son compatibles con apendicitis. El hemograma no muestra signos de infección. La ecografía no logró identificar el apéndice.
- Ovulación dolorosa – puede asociarse con náuseas y dolor abdominal. Sus ciclos son razonablemente regulares, por lo que es probable que esté ovulando (2 años post menarquia). El hecho de no tener fiebre y el hemograma normal hacen este diagnóstico posible. El ovario aumentado de tamaño es también consistente, pero sería esperable ver un folículo ovulatorio de 3 cm con o sin hemorragia en su interior.
- Embarazo ectópico– AB niega actividad sexual, pero tiene novio. Se solicitó permiso para pedir un test de embarazo el cual fue negativo descartando embarazo ectópico.
- Torsión ovárica. – La historia de inicio súbito del dolor, asociado con náuseas, mareos y vómitos es clásica de torsión ovárica. Puede asociarse fiebre, por lo que la presencia o ausencia de fiebre moderada no es útil para el diagnóstico. El dolor hipogástrico-pélvico es consistente con torsión. Los hallazgos ecográficos sugieren torsión, con un ovario aumentado de tamaño, edematoso y con ausencia de flujo al Doppler.

Manejo: Se lleva a cirugía laparoscópica para posible detorsión ovárica o posible quistectomía ovárica.

En la laparoscopia se identificó la torsión del ovario y trompa uterina derechos. El ovario estaba edematoso y azulado. El apéndice era sano. Se realiza la detorsión de ovario y trompa uterina. El color mejora sólo parcialmente, pero se decide dejar el ovario in situ. Se decide no realizar una incisión del ovario para “explorarlo”, dado el edema ovárico.

La paciente es dada de alta en el día 2 post operatorio. Se cita a control en 6 semanas con una ecografía en la semana previa a esa consulta.

3. Seguimiento

La paciente es controlada en ginecología ambulatoria 6 semanas después. El dolor remitió completamente. Herida operatoria con cicatrización adecuada.

La ecografía muestra ovarios de tamaño simétrico. Se observan folículos en ambos ovarios.

Se realiza educación respecto a riesgo de recurrencia y se recomienda consultar precozmente en caso de presentar síntomas de torsión. Si la torsión recurre en el mismo lado, se considerará pexia ovárica.

4. Discusión

El diagnóstico diferencial del dolor pélvico agudo en las adolescentes incluye apendicitis, ovulación dolorosa, embarazo ectópico y torsión ovárica. (ver detalles a continuación).

La torsión ovárica es a menudo un diagnóstico tardío en niñas, quienes se presentan después de un par de días de dolor (a diferencia de la torsión testicular en niños). Los vómitos asociados al dolor abdominal son muy sugerentes de torsión ovárica. La ausencia de fiebre y de elevación de leucocitos están en contra del diagnóstico de apendicitis, el diagnóstico diferencial principal en el dolor de fosa iliaca derecha.

Los hallazgos ecográficos en este caso son muy sugerentes de torsión. En la ecografía el flujo Doppler puede estar todavía presente en una torsión, por lo que la presencia o ausencia de flujo no es de valor diagnóstico.

La presencia de un ovario edematoso y azulado no es indicación de ooforectomía. En el estudio de Oelsner (1) se demostró que más del 90% de los ovarios torcidos, si se destuercen, muestran evidencia de folículos en el seguimiento. El color, la duración de los síntomas, número de vueltas y tipo de cirugía (laparoscopia, laparotomía) no se correlacionan con la presencia o ausencia de folículos en el seguimiento. La recomendación actual es la detorsión como procedimiento primario, con quistectomía ovárica realizada sólo si el ovario no está edematoso o hemorrágico. Se debe realizar una ecografía de seguimiento para planificar la resolución de otros quistes, en caso de existir. La quistectomía puede planearse para un segundo abordaje (de esta manera se tiene seguridad de realizarla sobre un ovario no isquémico). No existe evidencia respecto al aumento de riesgo oncológico en un ovario torcido (2). No existen reportes de tromboembolismo pulmonar post detorsión (2,3)

5. Rol / participación

Como residente (“fellow”) de guardia en Ginecología de Niñas y Adolescentes, atendí a la paciente en el Servicio de Urgencias y solicité ecografía. Fui primer ayudante en la cirugía, a cargo del consultante. Realicé el seguimiento de la paciente en controles ambulatorios.

Referencias

1. Oelsner G, Cohen SB , Soriano D, Admon D, Mashiach S, Carp H. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. Human Reprod 2003; 18: 2599-602
2. McGovern PG, Noah R, Koenigsberg R, Little AB. Adnexal torsion and pulmonary embolism: case report and review of the literature. Obstet Gynecol Surv 1999;54: 601-8
3. Wang JH, Wu DH, Jin H, Wu YZ. Predominant etiology of adnexal torsion and ovarian outcome after detorsion in premenarchal girls. Eur J Pediatr Surg 2010;20;298-301