



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 27: GASTRITIS - REFLUJO GASTROESOFÁGICO. ENFERMEDAD ÁCIDO-PÉPTICA. DISPEPSIA E INTESTINO IRRITABLE. NÓDULO TIROIDEO. HIPOTIROIDISMO.

Autores: Roberto Parodi¹, Henrique Brutscher², Daniela Maldonado².

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudantes de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

Reflujo gastroesofágico (ERGE):

- Caracterizar los síntomas, reconocer formas de presentación y establecer diagnósticos diferenciales.
- Identificar complicaciones asociadas (esofagitis, estenosis, esófago de Barrett), definir su severidad y el riesgo asociado.
- Evaluar el abordaje diagnóstico, comprendiendo el rol y las indicaciones de la endoscopia.
- Planificar el esquema terapéutico, establecer pautas de seguimiento y valorar la respuesta al tratamiento.

Dispepsia e intestino irritable:

- Caracterizar ambas entidades y diferenciarlas. Definir úlcera péptica y gastritis, y sus formas de presentación como dispepsia. Identificar síntomas y señales de alarma.
- Comprender qué papel juega el *Helicobacter pylori* en estas patologías.
- Reconocer el valor de la exploración complementaria (laboratorio, endoscopia, ecografía, TC y RMI) y su rendimiento para descartar otras enfermedades.
- Reconocer sus síntomas y formas de presentación. Desarrollar criterios para diferenciarlo y descartar otras patologías.
- Establecer el manejo diagnóstico y terapéutico adecuado para cada entidad.

Cáncer de esófago y estómago:

- Identificar al paciente con riesgo de cáncer de esófago/estómago. Definir síntomas característicos, reconocer síntomas avanzados y diferenciarlos de otras patologías benignas.
- Analizar los métodos diagnósticos, el enfoque para la confirmación y los criterios de estadificación. Saber cómo y cuándo derivar al paciente.
- Planificar la estrategia terapéutica general, comprendiendo las opciones endoscópicas, quirúrgicas y oncológicas.

Nódulo tiroideo:

- Reconocer la prevalencia del nódulo tiroideo y la importancia del hallazgo incidental. Discutir sobre detección temprana versus sobrediagnóstico y sobretratamiento (prevención cuaternaria).
- Identificar factores de riesgo para malignidad en la anamnesis.
- Interpretar las características ecográficas de sospecha (hipoecogenicidad, bordes irregulares, microcalcificaciones) y criterios básicos de clasificación (ej. TI-RADS).
- Definir las indicaciones precisas para la punción aspiración con aguja fina (PAAF).
- Comprender el significado de los resultados citológicos (sistema Bethesda) y correlacionarlos con la conducta clínica (seguimiento versus cirugía u otras opciones).

Hipotiroidismo:

- Definir hipotiroidismo primario y central. Reconocer la tiroiditis de Hashimoto como causa autoinmune prevalente y el valor de los anticuerpos.
- Reconocer las manifestaciones sistémicas del hipotiroidismo y su impacto en otros sistemas (dislipidemia secundaria, trastornos de motilidad digestiva, astenia).
- Interpretar correctamente el perfil tiroideo para el diagnóstico, screening y monitoreo. Diferenciar hipotiroidismo clínico de subclínico.
- Planificar el tratamiento de sustitución hormonal.

CASO CLÍNICO:

Recordatorio: En la consulta previa (UT 26), conocimos a María del Pilar (54 años), quien acudió a su chequeo preventivo en el ámbito privado acompañada por su pareja, Rodolfo (64 años). Durante la entrevista, se evidenció una dinámica vincular compleja, marcada por el trato dominante, humillante y violento de Rodolfo y la postergación de Pilar, entre otros aspectos.

En el cierre de la consulta previa, Hernán realizó el encuadre de la relación médico-paciente-familia y respondió a las demandas solicitadas del siguiente modo:

- En primer lugar, le explicó su forma de atención. Los turnos son programados a través de la secretaría o por el sitio web del Instituto, en caso de requerir un turno con mayor premura, deberá plantearse a la secretaria para intentar generar un turno fuera de agenda. No utiliza su teléfono particular ni el Whatsapp para consultas. En caso de urgencia, le recomienda acudir por guardia del sanatorio donde él trabaja, ya que desde allí le informan de su presencia. Le aclara que no realiza visitas a domicilio ni de urgencias.
- Ante la negativa de Ma. del Pilar a realizar la videocolonoscopia, le explicó los beneficios y riesgos del estudio, como así también la importancia de su realización como medida preventiva. Entiende sus

temores, pero le pide que en base a la información suministrada lo considere, ya que en futuras visitas volverá a plantear su realización.

- En lo que respecta a la negativa a las vacunas indicadas, le comentó que la comprende, pero le advirtió que existe un exceso de información tanto en internet como en redes sociales, y que esas fuentes pueden ser en ocasiones confiables, y en otras oportunidades falsas y/o tendenciosas. Le comenta que sería adecuado, que a medida que se establezca un vínculo de confianza, exponga sus dudas o temores con él, para así intentar tomar las mejores decisiones respecto a su salud.

- Por último, ante el pedido de tomar la presión arterial a Rodolfo y el pedido de análisis, le explicó que la consulta y el tiempo destinado a la misma es para quien consulta, en ese caso Ma. del Pilar, y que cuando lo desee Rodolfo, podrá solicitar un turno de consulta para ser evaluado adecuadamente. Finalizando, le explica que no es correcto ni prudente realizar una prescripción de medicamentos a nombre de otra persona, por varios motivos, especialmente por no conocer a la paciente en cuestión, sumado a la responsabilidad médica y legal que eso implica. Por otro lado, la cobertura del sistema de prepaga es de Ma. del Pilar y estaría cometiendo un fraude al expedir una receta a nombre de una persona que no corresponde.

Consulta actual:

María del Pilar regresa a la consulta a los 15 días de la inicial, esta vez sola. Arribó al instituto unos 10 minutos previo al horario programado.

Apenas ingresa, le pide disculpas a Hernán, por la situación de la consulta pasada, y las actitudes de su pareja: “Él es así, es un poco brusco, pero es muy buena persona”. Inmediatamente, le entrega los estudios solicitados: “No los quise abrir, me da miedo que pueda haber algo mal, siempre fui muy miedosa con las enfermedades”

Hernán, le dice que previo a ver los estudios, desea abordar dos temas pendientes, el tabaquismo y algunos síntomas que mencionó “a la ligera” en la consulta pasada.

En cuanto al tabaquismo, Hernán le plantea, realizar dos test tipo encuesta para conocer su nivel de dependencia al tabaquismo y su motivación para dejar de fumar (las respuestas de Ma. del Pilar se encuentran marcado en verde)

Test de Fagerström de adicción a la nicotina:

1. **¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?**
 - Menos de 5 minutos (3 puntos)
 - 6 a 30 minutos (2 puntos)
 - 31 a 60 minutos (1 punto)
 - **Más de 60 minutos (0 puntos)**
2. **¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (cine, biblioteca, hospital, etc.)?**
 - Sí (1 punto)
 - **No (0 puntos)**
3. **¿Qué cigarrillo le costaría más dejar de fumar?**
 - El primero de la mañana (1 punto)
 - **Cualquier otro (0 puntos)**
4. **¿Cuántos cigarrillos fuma al día?**
 - **10 o menos (0 puntos)**

- 11 a 20 (1 punto)
 - 21 a 30 (2 puntos)
 - 31 o más (3 puntos)
5. ¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
- Sí (1 punto)
 - No (0 puntos)
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama?
- Sí (1 punto)
 - No (0 puntos)

Interpretación de los resultados (Total de puntos):

- **0-2 puntos:** Dependencia muy baja.
- **3-4 puntos:** Dependencia baja.
- **5 puntos:** Dependencia moderada.
- **6-7 puntos:** Dependencia alta.
- **8-10 puntos:** Dependencia muy alta.

Encuesta Motivacional Breve (Basada en Richmond y Entrevista Motivacional)

1. ¿Quiere dejar de fumar?
- No (0)
 - Sí (1)
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?
- Nada (0)
 - Poco (1)
 - Bastante (2)
 - Mucho (3)
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?
- Definitivamente no (0)
 - Dudoso (1)
 - Probable (2)
 - Sí (3)
4. ¿Cuál es la probabilidad de que usted sea un no fumador dentro de los próximos 6 meses?
- Definitivamente no (0)
 - Poca (1)
 - Probable (2)
 - Muy probable (3)

Interpretación: 0-3 (Motivación nula/baja), 4-5 (Dudoso), 6-7 (Moderada), 8-10 (Alta).

En base a los test realizados, se detecta una dependencia nicotínica muy baja, así como también, una motivación baja a nula para el abandono. Ma. del Pilar, agrega que nunca intentó dejarlo, salvo durante los embarazos y lactancia de sus hijos, y comenta que fumar le genera placer y que, sinceramente, no piensa dejarlo, quizá disminuir algún cigarrillo en el día.

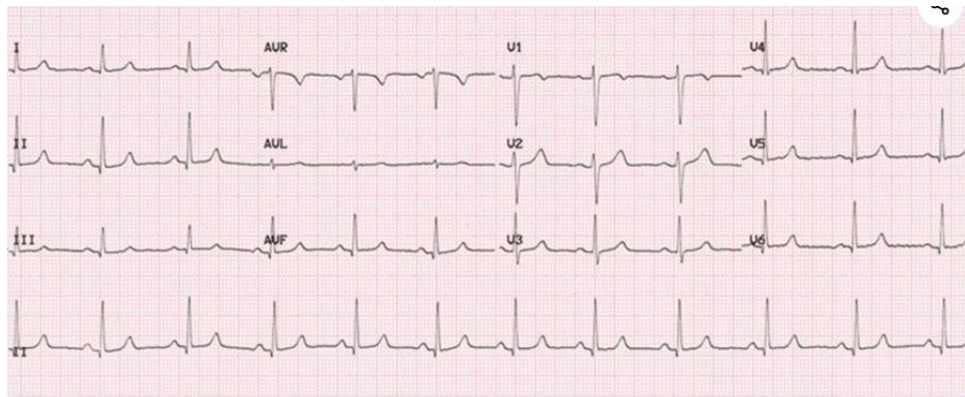
Por otro lado, Hernán le solicita que le amplíe los “síntomas digestivos” que le comentó la consulta pasada. Ma. del pilar le cuenta que, desde su juventud, siempre ha presentado problemas intestinales. Refiere que cada vez que se pone nerviosa o atraviesa una situación estresante (desde rendir un

examen hasta una discusión o incluso alguna situación asociada a sus hijos), empieza con dolores abdominales difusos, tipo cólico, asociado a diarreas acuosas que le duran aproximadamente una semana por episodio. Fue tratada en múltiples ocasiones con antiespasmódicos o trimebutina en monoterapia; en otras ocasiones, le indicaron trimebutina asociada a diazepam. Al interrogatorio dirigido, niega que alguno de los episodios se haya acompañado de fiebre, pérdida de peso o hemorragia digestiva, y que habitualmente los síntomas desaparecen una vez que se duerme.

Además, refiere desde hace unos meses una sensación de ardor en la boca del estómago, cada vez más intenso y frecuente, a veces acompañado de "asco a las comidas y náuseas, asociado a un malestar ácido que asciende hacia la garganta", que empeora especialmente si consume algo de alcohol, chocolate o comidas dulces.

Niega hiporexia y pérdida de peso. No tomó medicamentos para estos síntomas salvo unas pastillas masticable de venta libre (hidróxido de magnesio, hidróxido de aluminio, simeticona) que le dio una amiga y que le calmaban los síntomas transitoriamente.

- El **examen físico** de esta consulta no presenta cambios.
- **Estudios solicitados:**
 - ✓ **Electrocardiograma:** ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 72x', PR 0,12 seg, QRS 0,08 seg, AQRS +45°, sin signos de isquemia, ni necrosis.



- ✓ **Prueba ergométrica graduada (PEG):** suficiente, normal, negativa para isquemia. Normal comportamiento de la presión arterial. Sin alteración del segmento ST, asintomática durante la prueba, alcanza 100% de la frecuencia cardíaca máxima para la edad, capacidad funcional (CF) 12 METs.

✓ **Laboratorio:**

Hematocrito	38%	Colesterol total	230 mg/dl
Hemoglobina	11.8 g/dl	Colesterol LDL	141 mg/dl
Leucocitos	5.500/mm ³	Colesterol HDL	55 mg/dl
VCM (volumen corpuscular medio)	105 fl	Triglicéridos	170 mg/ dl
HCM (hemoglobina corpuscular media)	29 pg	TSH	10.5 UI/L
CPK	285 UI/ l	T4 Libre	0.75 ng/dl
TGO	30 UI/ l	T3	60 ng/dl
TGP	40 UI/l	T3 Libre	130 pg/dl
Glucemia	92 mg/dL	T4 total	5 ug/dl
Ac. Antiperoxidasa tiroideos (ATPO)	584 mUI/ml	Tirotglobulina sérica	25 ng/ml
Ac. Antitirotglobulina	130 UI/ml	Paratohormona sérica	32 pg/ml

Resumen de analítica: se observa disminución del hematocrito y hemoglobinemia con respecto al análisis previo, macrocitosis, aumento de la enzima creatinifosfoquinasa, dislipemia mixta con aumento de valores respecto al anterior, aumento de tirotrófina sérica con disminución leve de T4 libre, títulos elevados de anticuerpos antitiroperoxidasa y antitiroglobulina.

✓ **Ecografía doppler de tiroides:**

Hallazgos: Glándula de tamaño conservado. Parénquima difusamente heterogéneo e hipoeicoico, compatible con tiroiditis crónica.

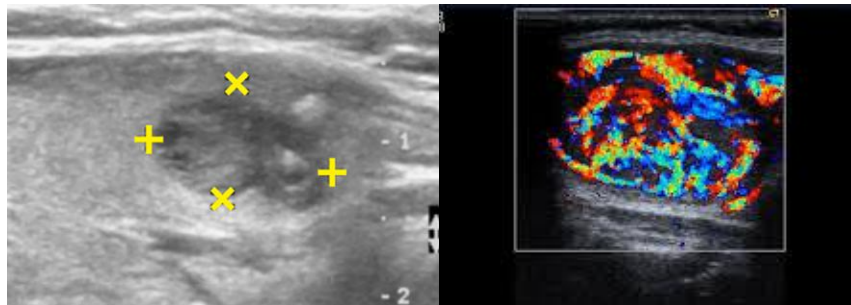
Lóbulo Derecho (LD): Nódulo sólido, de 19 x 12 mm, marcadamente hipoeicoico. Presenta bordes parcialmente lobulados y forma ovalada. Al doppler color se observa vascularización central moderada/severa. No se definen microcalcificaciones.

Lóbulo Izquierdo (LI): Imagen quística de 6 mm con tabiques finos (aspecto esponjiforme). Sugestiva de nódulo coloide.

Impresión diagnóstica:

- Nódulo LD: Categoría ACR TI-RADS 4 (Sospecha moderada).
- Nódulo LI: Categoría ACR TI-RADS 2 (Benigno).

Signos de bocio difuso heterogéneo.



* Imagen obtenida de internet

✓ **Dermatoscopía corporal digital:**

Antecedentes familiares: no presenta.

Riesgo para Melanoma: Rigel- 0; Kraemer- A.

Fenotipo cutáneo: 2.

Exposición solar: Antecedentes de exposición al sol de carácter intermitente moderada con episodios de quemaduras. Actualmente utiliza filtros solares con regularidad.

Exploración física cutánea: La paciente presenta múltiples lesiones melanocíticas localizadas en tronco, extremidades.

Exploración digital: Se obtienen los mapas corporales para la localización de todas las lesiones melanocíticas de la paciente y la detección de cambios o aparición de nuevos elementos.

El estudio con microscopía de epiluminiscencia digitalizada muestra en el análisis de patrones los siguientes hallazgos:

1. Elementos con un patrón simétrico de tipo reticulado.
2. Lesiones con patrón mixto retículo-globular simétrico sin signos de atipia en este momento.
3. Lesiones melanocíticas con patrón globular compatible con nevus compuestos y dérmicos en algunos casos con patrón de tipo congénito sin atipia en el momento de la exploración.
4. Lesiones focales con patrón pseudoreticulado típico de la zona sin signos de malignidad.
5. Lesiones pigmentadas con patrón reticulado delicado compatibles con léntigos solares en áreas fotoexpuestas.

CONCLUSIÓN:

Síndrome del nevo con atipia. No se observan lesiones sospechosas de malignidad.



PREGUNTAS GUÍAS:

- Discutir en la tutoría, el cierre de la consulta anterior acerca del encuadre que realiza Hernán de la relación médico-paciente y las negativas de estudio, indicaciones y demandas realizadas.
- ¿Cómo interpreta los síntomas relatados por Ma. del Pilar?
- ¿Cómo establece el diagnóstico de síndrome de intestino irritable? Revise criterios diagnósticos e indicaciones terapéuticas.
- ¿Qué banderas rojas (“red flags”) o signos de alarma deben pesquisarse en pacientes con dispepsia, epigastralgia, pirosis o reflujo gastroesofágico?
- Elabore brevemente en la tutoría, un escenario clínico cuyos síntomas, signos, antecedentes y factores de riesgo orienten a la sospecha de un cáncer de esófago y de un cáncer de estómago.
- ¿Qué metodología de estudio propondría a Ma. del Pilar? ¿Qué rol presenta el *Helicobacter pylori*, y cuáles son los métodos de detección y conducta a adoptar?
- ¿Cómo interpreta los hallazgos de los exámenes complementarios –dermatoscopia, análisis de sangre y sus hallazgos patológicos – ecografía doppler de tiroides?
- ¿Qué determinaciones estima útiles y suficientes para establecer la función tiroidea, y la causa de la misma? ¿Qué variables de las solicitadas se podrían prescindir para un uso más racional de los recursos?
- Revisar clasificación y casusas de hipotiroidismo. ¿Qué es el hipotiroidismo subclínico? ¿Qué preguntas dirigidas formularía para pesquisar los síntomas de hipotiroidismo? ¿Qué hallazgos de laboratorio pueden explicarse por la presencia de hipotiroidismo? ¿Qué decisiones terapéuticas tomaría respecto al tratamiento de reemplazo hormonal?
- Revisar la epidemiología, las características y la metodología de estudio de nódulos de tiroides. Identificar los factores de riesgo epidemiológico y ecográficos para cáncer de tiroides. Establecer las indicaciones de punción aspirativa con aguja fina (PAAF) de los nódulos tiroideos e interpretar los hallazgos del examen anátomo-patológico. Conocer la categorización de Bethesda.

CONTINUACIÓN DEL CASO:

Hernán le propone la realización de una video-endoscopia digestiva alta (VEDA), Pilar se niega rotundamente a la misma. Le solicita una ecografía abdominal y un examen de sangre oculta de materia fecal.

Además, considerando las características ecográficas del nódulo del lóbulo tiroideo derecho (TI-RADS 4), se indica una punción aspiración con aguja fina (PAAF) dirigida por ecografía, para examen anátomo-patológico, previo control de análisis de coagulación.

Interpreta, la función tiroidea como hipotiroidismo debido a tiroiditis de Hashimoto. Realiza un interrogatorio dirigido a síntomas de hipotiroidismo, en el cual Ma. del Pilar sólo refiere una leve astenia, y sequedad de la piel, sin otros síntomas ni signos atribuibles.

Se le indica a la paciente medidas higiénico-dietéticas (fraccionamiento de comidas, evitar tabaco y decúbito postprandial inmediato, elevación de la cabecera de la cama), asociado a un tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP), pantoprazol 40 mg/día 1 comprimido en ayuno. Además, le indica levotiroxina 50 mcg/día en ayuno 1 hora antes de desayunar. Se instruye a la paciente separar la toma de levotiroxina y pantoprazol por al menos 60 minutos para evitar interacción en la absorción.

NUEVA CONSULTA:

Retorna al mes, refiere franca mejoría de los síntomas de pirosis, dispepsia y epigastralgia, adecuada tolerancia y adherencia al tratamiento.

Trae los exámenes complementarios solicitados:

- ✓ **Ecografía abdominal:** Hígado de tamaño normal, estructura uniforme (parénquima homogéneo), bordes lisos y contornos bien definidos. No se observan lesiones ni dilatación de las vías biliares intrahepáticas. Vesícula biliar de paredes finas, 2 mm, contenido anecoico, sin cálculos ni barro biliar. Páncreas de tamaño y ecogenicidad habitual. No se identifican masas ni otras lesiones. Bazo de tamaño conservado, diámetro longitudinal 10 cm. Riñones de situación y morfología normales, imagen compatible con quiste simple cortical polo superior del riñón derecho de 1,5 cm de diámetro. Sin dilatación del sistema colector, ni cálculos. Vejiga de paredes lisas y regulares. Aorta y vena cava inferior de calibre normal, sin dilataciones.



* Imagen obtenida de Internet

- ✓ **Sangre oculta en materia fecal:** negativa.
- ✓ **Anatomía patológica de PAAF nódulo tiroideo:** “Informe citopatológico: extendidos constituidos por fondo coloide y grupos de células foliculares típicas en monocapa. Ausencia de atipias nucleares, hendiduras o pseudoinclusiones. Categorización: sistema BETHESDA II (benigno). Compatible con nódulo coloide”.

Seguimiento:

- Control clínico y de laboratorio (TSH, T4L, perfil lipídico) en 8 semanas para ajuste de dosis de levotiroxina si fuera necesario.
- Ecografía de tiroides de control en 12 meses (salvo cambios palpatorios).
- Pautas de alarma: reconsultar ante disfagia progresiva, vómitos, pérdida de peso o melena.