

Más sobre aorta espículo anfractuosa

Agradecemos las observaciones y comentarios del Dr. Leone respecto de la Reunión Anatomoclínica a la que se refiere. Estimulados por su aporte, trataremos de reflexionar y responder en lo posible sus inquietudes.

1) Estamos de acuerdo con su fundamentación respecto de lo trascendente que resulta la relación nombre y entidad. Poco queda por agregar. Rotular como “aorta espículo anfractuosa” la enfermedad aórtica en este caso, parece apropiado dado el carácter descriptivo de tal nominación.

2) Respecto a la omisión, mención y sospecha de la enfermedad aórtica, debemos aclarar que los médicos que discuten, quien redacta el resumen y quien elige, antes del ateneo, el título del mismo en *Medicina (B Aires)*, no conocen el diagnóstico, y creemos que así debe seguir siendo. Nuestros ateneos, por principio, no están preparados con antelación al evento, no se ensayan, se tiene poco tiempo para elaborar la discusión y la exposición no es leída sino comentada. Son ateneos semanales que forman parte de la actividad académica habitual en nuestra Institución.

Es pertinente a nuestro juicio la mención respecto que la adecuada nominación de la enfermedad aórtica en el título del ateneo y la inclusión de la misma en las palabras clave, hechos que bien podrían ser “ajustados” antes de su publicación, lo que posicionaría al lector en una mejor condición para la búsqueda y la obtención de la información deseada. También se mejoraría la comprensión del caso.

3) Nos cuesta sin embargo coincidir en la crítica sobre la secuencia del razonamiento clínico y la elección del o los métodos de diagnóstico utilizados. La población hospitalaria del Instituto Lanari, hoy en día tiene una edad promedio de 78 años, con problemas médicos no demasiado diferentes a los del caso en discusión. Además, el 40% de los ingresos a la Unidad de Terapia Intensiva obedecen a causas cardiovasculares, siendo el síndrome coronario agudo la más frecuente.

En este punto nos detendremos en ciertos aspectos. Retomando el caso en cuestión no puede dejarse de lado el hecho que cursaba un infarto de miocardio tipo T con grave deterioro de la función del ventrículo izquierdo y cambios electrocardiográficos sugestivos de infarto incompleto. Decidida la coronariografía para la

estratificación anatómica y posterior toma de conductas, y si bien “el paciente es el mismo”, no encontramos justificativos para la comparación de una medida profiláctica, universalmente aceptada, como lo es la prevención de la nefropatía por contraste, con respecto a la teórica y no definida recomendación de adoptar medidas preventivas para el eventual ateroembolismo. La falta de definición del tema puede sustentarse en lo difícil que, se nos ocurre, sería su implementación.

Luego de la cinecoronariografía, desarrolló manifestaciones neurológicas y eosinofilia, que bien debieron orientar al diagnóstico de ateroembolismo en vida. Insistimos, con manifestaciones neurológicas, lo que implica que la ateroembolia muy probablemente se desarrollara a partir del cayado de la aorta. Este mecanismo está vinculado a procedimientos invasivos como el cateterismo cardíaco, la cirugía de la aorta torácica, sus ramas y arterias coronarias.

Entonces, cabe preguntarse: realizada una eventual ecografía o Doppler de aorta abdominal “preventivamente”, que no mostrase enfermedad aórtica de tal gravedad ¿deberíamos solicitar en todos los casos eco transesofágico, angio TAC o RNM para descartar la grave enfermedad del cayado? Por el contrario, ver una aorta abdominotorácica espículo anfractuosa en los estudios por imágenes, ¿contraindica la cinecoronariografía en este u otro caso que la merezca?

Creemos que vale esta mención para ilustrar las marcadas dificultades a las que nos exponemos diariamente en la toma de decisiones médicas.

Y concluimos, que como siempre, no había en el caso mejor prevención que una adecuada indicación. De tal forma, solo la correcta valoración de la ecuación riesgo/beneficio pudo alterar los hechos. Tal vez a esto se refiera el Dr. Leone en su carta.

El hecho de que en la discusión clínica se mencionara marginalmente la ateroembolia como diagnóstico, habla a las claras de la transparencia en la concepción, edición y publicación de estos ateneos. Lamentablemente, la discusión posterior de la presentación patológica, no es publicada en *Medicina (B Aires)*. En la misma, como un elemento esencial para que el ateneo cumpla con su última misión, el orador principal revisa las decisiones tomadas durante la internación y suele enumerar lo que hubiera cambiado sobre lo actuado. En el caso en

cuestión, si bien no hubiera modificado el pronóstico, se lamentó el hecho de no realizar el diagnóstico en vida.

Finalmente, volviendo al nombre de las cosas y a la entidad que les confiere, merece la pena mencionar que, al vértigo de la medicina actual, el nombre puede brindar una entidad efímera.

*Si (como afirma el griego en el Cratilo)
el nombre es arquetipo de la cosa
en las letras de 'rosa' está la rosa
y todo el Nilo en la palabra 'Nilo'*

Jorge Luis Borges, El Golem.

También:

Porque, ¿qué puede haber dentro de un nombre?

Si otro título damos a la rosa

con otro nombre nos dará su aroma

Romeo y Julieta. William Shakespeare.

Trad. Pablo Neruda, Santiago, Chile:

Pehuen Editores, 2001.

Lucas G. De Feo, Juan P. Suarez, Pablo Landi
Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari

Universidad de Buenos Aires

e-mail: lgdefeo@gmail.com