

mg/dl, fosfatasa alcalina de 403 U/l, T3 de 1,5 ng/ml (0,75-1,75 ng/ml), T4 de 1,21 ng/dl (0,7-2,1 ng/dl) y hormona tirotrópica (TSH) 0,06 mU/ml (0,5-4,5 mU/ml). Desafortunadamente, no se realizó determinación de calcemia en el preoperatorio.

A las tres semanas de la intervención ingresó en el hospital tras desarrollar insuficiencia renal aguda. En la analítica de este momento presentaba creatinina (2,4 mg/dl), calcemia (15,1 mg/dl), proteínas totales de 7,4 g/dl, fosfato de 1,8 mg/dl, PTHi de 614,5 pg/ml (10-65 pg/ml), fosfatasa alcalina de 364 U/l, T4 libre de 2,39 ng/ml y TSH de 0,06 mU/ml. Diagnosticado de crisis hipercalcémica agravada por la hiperfunción tiroidea, se inició tratamiento médico mediante hidratación por vía parenteral, hidrocortisona a dosis de 200 mg al día, pamidronato en dosis única de 90 mg y metimazol (45 mg/día). Fue preciso suplementar con furosemida a las 24 h por desarrollar sobrecarga hidrosalina.

El paciente se estabilizó clínicamente, y la calcemia se normalizó a los 6 días de iniciar el tratamiento. La función tiroidea alcanzó valores normales en 15 días. Se orientó como un caso de hiperparatiroidismo primario (HPP) con crisis hipercalcémica probablemente desencadenada o agravada por un hipertiroidismo consecutivo a la administración de yodo. Una ecografía cervical confirmó el bocio multinodular sin prolongación mediastínica, no hallándose lesiones indicativas de lesiones paratiroideas. No obstante, una gammagrafía con <sup>99</sup>Tc-sestamibi detectó un aumento de captación redondeado en la zona posterior del lóbulo derecho, indicativo de un adenoma paratiroideo. A los 20 días del diagnóstico el paciente fue intervenido, realizándose una tiroidectomía subtotal y una paratiroidectomía parcial. Se confirmó el diagnóstico de adenoma paratiroideo y bocio multinodular. Posteriormente el paciente se mantuvo asintomático.

A pesar de que los pacientes con HPP pueden presentar múltiples manifestaciones clínicas (renales, óseas, gastrointestinales, neuromusculares y psiquiátricas), hasta un 80% de los casos se mantienen asintomáticos. Raras veces se diagnostican en presencia de una crisis hipercalcémica, que constituye, por sí sola, uno de los criterios quirúrgicos en las recomendaciones de la NIH Consensus Conference de Bethesda.

El HPP clínico, y especialmente el agudo, asociado a tirototoxicosis es una entidad clínica muy infrecuente. En 1977 Bergdahl<sup>5</sup> halló únicamente 4 casos recogidos en la bibliografía mundial. En ningún caso el HPP se manifestó clínicamente antes del desarrollo de la tirototoxicosis. En una revisión reciente, se habían descrito solamente 8 casos aislados<sup>6</sup>. No obstante, la coexistencia de estas dos endocrinopatías es algo más frecuente<sup>5-9</sup>. De éstos, la mayoría presentaban una mínima hipercalcemia crónica, inicialmente atribuida al hipertiroidismo. Tras el tratamiento ablativo de la enfermedad tiroidea con <sup>131</sup>I, la hipercalcemia persistió y sólo al diagnosticar y tratar el HPP la calcemia volvía a la normalidad. Por tanto, a pesar de que puede existir hipercalcemia en el hipertiroidismo, se debe estudiar la posibilidad de un HPP con el fin de llevar a término un tratamiento quirúrgico conjunto<sup>9</sup>.

No se puede hablar de causas bien definidas de la crisis hipercalcémica, sino de factores desencadenantes. En el presente caso se propone que la administración de contraste yodado desencadenó la tirototoxicosis, contribuyendo al deterioro de la función renal<sup>10</sup>. Este deterioro contribuyó a la aparición de una crisis hipercalcémica que desenmascará un HPP ya existente.

Cristina Samaniego,  
José Manuel Fernández Real y Wilfredo Ricart

Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición.  
Hospital Josep Trueta. Girona. España.

1. Stephen J, Marx MD. Hyperparathyroid and hypoparathyroid disorders. *N Engl J Med* 2000; 343:1863-73.
2. Robert W, Schrier MD, Tomas Berl MD. Nonosmolar factors affecting renal water excretion. *N Engl J Med* 1975;16:141-5.
3. DeGroot JW. Acute intermittent hyperparathyroidism with hemorrhage into a parathyroid adenoma. *JAMA* 1969;208:2160-1.
4. Kozlow W, Demeure MJ, Welniak LM, Shaker JL. Acute extracapsular parathyroid hemorrhage: case in the literature. *Endocr Pract* 2001;7:32-6.
5. Bergdahl L. Hyperparathyroidism in thyrotoxicosis. *Am J Surg* 1977;133:206-10.
6. Klemm T, Lamesch P, Paschke R. Coincidence of hot thyroid nodules and primary hyperparathyroidism. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 1999;107:295-8.
7. McGowan DM, Vaswani A, Shperling I. Coexisting hyperparathyroidism with thyrotoxicosis. *J Endocrinol Invest* 1991;14:305-10.
8. Geatti O, Proto G, Mazzolini A, Shapiro B, Orsion PG, Guerra UP. Concurrent Plummer's disease and parathyroid adenoma. Diagnostic and therapeutic approaches to a difficult clinical problem. *Clin Nucl Med* 1994;19:508-11.
9. Toursarkissian B, Sloan DA, Schwartz RW. Coexisting hyperthyroidism and primary hyperparathyroidism. *Surgery* 1993;113:716-8.
10. Christin F, Pottecher T. Nephrotoxicity of iodinated contrast products. *Ann Fr Anesth Reanim* 2000;19:28-30.



### Shock hipovolémico de repetición como forma de presentación del síndrome de Wunderlich

**Sr. Editor:** La hemorragia perirrenal espontánea (HPE) o síndrome de Wunderlich es una rara entidad que consiste en la formación súbita de una colección hemática en el espacio subcapsular y perirrenal. El dolor y la hematuria son las manifestaciones clínicas más frecuentes. Los tumores renales constituyen la enfermedad de base más frecuente, mientras que la rotura de un aneurisma de la arteria renal es rara. Presentamos el caso de un paciente con shock hipovolémico de repetición, secundario a un síndrome de Wunderlich por rotura espontánea de un aneurisma de la arteria renal.

Varón de 86 años de edad sin antecedentes personales que acudió a urgencias con hematuria de 24 h de evolución. La exploración física fue normal, salvo por la presencia de hematuria franca tras el sondaje vesical. En el hemograma destacaban  $16,9 \times 10^9$  leucocitos/l (89% granulocitos, 1% cayado) y un valor de 8,6 g/l de hemoglobina. La bioquímica y el estudio de

coagulación fueron normales. En las horas siguientes el paciente presentó dos episodios de hipotensión brusca asociados a hematuria franca, el último con dificultad respiratoria, por lo que ingresó en una unidad de cuidados intensivos (UCI). La presión arterial sistólica fue de 50 mmHg, siendo imperceptible la diastólica. La frecuencia cardíaca era rítmica a 50 lat/min, y la presión venosa central de 5 cmH<sub>2</sub>O. Había bradipnea, palidez, sudación y frialdad. Se procedió a intubación de urgencia con ventilación mecánica y se inició tratamiento con sueroterapia, hemoderivados y dopamina. La hematuria cedió tras realizarse lavados. La analítica evidenció: hemoglobina, 5,3 g/l; plaquetas,  $98 \times 10^9$ /l; urea, 69 mg/dl; creatinina, 2,8 mg/dl; actividad de protrombina del 31%; Ttpa/Ttpa control, 68/28; fibrinógeno 136 mg/dl. La gasometría arterial indicaba un pH de 7,0 mmHg, PO<sub>2</sub> de 52 mmHg y PCO<sub>2</sub> de 48 mmHg, HCO<sub>3</sub> de 10,6 mEq/l y exceso de bases -19,2. En la ecografía urológica se encontró una hidronefrosis izquierda grado I. Tras estabilizar hemodinámicamente al paciente se le sometió a una intervención quirúrgica que puso de manifiesto una vejiga llena de coágulos con lesión sospechosa de hemorragia en el retrotrígono. Se estableció el diagnóstico anatomopatológico de cistitis crónica polipoide e hiperplasia nodular con infarto agudo. Al cuarto día del postoperatorio presentó nuevo episodio de hematuria en gran cuantía, por lo que se realizó una tomografía computarizada (TC) que objetivó un aneurisma de 1,5 cm de diámetro intrarrenal izquierdo en contacto con la pelvis renal, con hematoma en esa zona (fig. 1). Se practicó una nefrectomía radical izquierda con el hallazgo de un aneurisma de la arteria renal (AAR) con hematoma peripélvico y hemorragia intraureteral. La evolución posterior fue satisfactoria y el paciente no presentó nuevos episodios de hipotensión ni hematuria, siendo dado de alta con una función renal normal.

La formación súbita de una colección hemática en la celda renal de etiología no traumática fue descrita por Wunderlich como «apoplejía espontánea de la cápsula renal» en el año 1856. El HPE responde a múltiples causas, las más frecuentes son los tumores y las infecciones, y sólo en un 5% se debe a la rotura de un AAR, normalmente en el contexto de una poliarteritis nudosa<sup>1</sup>. En poblaciones sometidas a una arteriografía la incidencia de AAR es baja, del 0,09-0,3%<sup>2</sup>, de ellos, sólo el 17% son intrarrenales<sup>3</sup>. La mayor parte de los ARR son asintomáticos y la incidencia de rotura es muy baja cuando no existen factores de riesgo predisponentes, como un tamaño mayor de 2 cm, la hipertensión arterial o el grado de calcificación y crecimiento rápido del aneurisma<sup>4</sup>. Las manifestaciones clínicas son variadas; la «tríada sindrómica de Lenk», con dolor lumboabdominal, masa palpable en flanco y signos o síntomas de shock, sólo se encuentra en el 20% de los HPE intervenidos de urgencia<sup>5</sup>. La micro o macrohematuria está presente en el 22-45% de los casos<sup>6</sup>. La ecografía es el procedimiento inicial más utilizado para el diag-



fig.1. TC abdominal con contraste: aneurisma roto de la arteria renal izquierda (flecha).

nóstico por su rapidez, pero tiene dificultades para distinguir masa sólida y sangre coagulada. La arteriografía, que puede localizar puntos de hemorragia y permite una embolización selectiva, se considera la prueba de elección en el estudio vascular renal; sin embargo, es invasiva y no está exenta de complicaciones. El desarrollo de nuevas técnicas radiológicas como la TC proporciona el diagnóstico preoperatorio de los AAR e información precisa sobre el retroperitoneo<sup>7</sup>, lo que permite en algunos casos una actitud conservadora<sup>8</sup>. Se han utilizado diversos tratamientos para los AAR, como la embolización endovascular con coils, la implantación de stents cubiertos de politetrafluoroetileno, la ligadura del cuello del aneurisma, o la reparación *ex vivo* con autotrasplante<sup>9</sup>. Debido al escaso número de casos publicados no se puede aconsejar ninguno de ellos. No obstante, en caso de inestabilidad hemodinámica está indicada la cirugía de urgencia con nefrectomía radical electiva<sup>10</sup>, aunque el tratamiento debe ser lo más conservador posible, sobre todo en pacientes monorrenos.

Camilo González Fernández<sup>a</sup>,  
Carmen Valero Díaz de Lamadrid<sup>b</sup>,  
Miguel Ángel Hernández Hernández<sup>a</sup>  
y Juan Martín Fojaco<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>b</sup>Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

1. Cinman AC, Farrer J, Kaufman JJ. Spontaneous perinephric hemorrhage in a 65-year-old man. *J Urol* 1985;133:829-32.
2. Tham G, Ekelund I, Herrlin K, Lindstedt EL, Olin T, Bergentz SE. Renal artery aneurysms. Natural history and prognosis. *Ann Surg* 1983;197:348-52.
3. Chen R, Novick AC. Retroperitoneal hemorrhage from a ruptured renal artery aneurysm with spontaneous resolution. *J Urol* 1994;151:139-41.
4. Hageman JH, Smith RF, Szilagyi E, Elliott JP. Aneurysms of the renal artery: problems of prognosis and surgical management. *Surgery* 1978;84:563-72.
5. Machuca FJ, Barros JM, Guate JL, Mata J, Ojea A, Figueiredo L, et al. Cirugía conservadora de urgencia por rotura de angiomiolipoma renal. *Arch Esp Urol* 1990;43:179-81.
6. Pode D, Caine M. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage. *J Urol* 1992;147:311-8.
7. Estivill X, Domingo P, Fontcuberta J, Félez J. Hemorragia retroperitoneal espontánea y tratamiento anticoagulante: presentación de cuatro casos y revisión de la literatura. *Med Clin (Barc)* 1984;83:587-92.
8. Belville JS, Morgentaler A, Loughlin KR, Tumeh SS. Spontaneous perinephric and subcapsular renal hemorrhage: evaluation with CT, US, and angiography. *Radiology* 1989;172:733-8.
9. Liguori G, Trombetta C, Bucci S, Pozzi-Mucelli F, Bernobich E, Belgrano E. Percutaneous management of renal artery aneurysm with a stent-graft. *J Urol* 2002;167:2518-9.
10. López Cubillana P, Hita Rosino E, Asensio Egea I, Rigabert Montiel M, Hita Villaplana G, Pérez Albacete M. Síndrome de Wunderlich. Revisión diagnóstica y terapéutica. A propósito de siete observaciones. *Actas Urol Esp* 1995;19:772-6.

inglés médico<sup>2</sup>, *elective* se define en su segunda acepción como: *Subject to the choice or decision of the patient or physician; applied to the procedures that are advantageous to the patient but not urgent*; así, se aplica a las intervenciones quirúrgicas planeadas con tiempo y eligiendo el momento de efectuarlas<sup>3</sup>. Abordando este tema, Navarro<sup>4</sup> señala que *elective* es un adjetivo que con frecuencia no significa lo mismo que el término español «electivo» y que se emplea en inglés con tres acepciones. En el ámbito quirúrgico se refiere a cirugía programada (en oposición a urgente), mientras que aplicado al aborto significa «provocado» (*elective abortion*) y en el contexto universitario corresponde a optativo (*elective course*). Curiosamente, en España no es común hablar de abortos electivos o de materias electivas (aunque puede ser correcto)<sup>5</sup>, pero sí de cirugía electiva.

En español, «electivo» significa «que se hace o se da por elección». Aunque, naturalmente, la cirugía programada puede ser una cirugía «electiva», sólo en determinadas ocasiones, muy específicas, los pacientes «eligen» someterse a operaciones «voluntariamente» y este término se suele aplicar, en la mayoría de los casos, a los procedimientos quirúrgicos que se realizan sin urgencia, es decir, sin apremio, sin que el retraso en realizarlos ponga en peligro la vida del paciente. La tentación casi irresistible de traducir el término de forma poco correcta al español es muy grande y afecta tanto a médicos españoles como a latinoamericanos. Es uno más entre otros muchos falsos amigos<sup>6</sup>, como lo son la utilización, por ejemplo, de dolor «severo» (en vez de intenso o agudo) por *severe pain* o estudio «randomizado» (en vez de aleatorizado) por *randomized study*.

Sin duda, muchos médicos, especialmente cirujanos y anestesiólogos, entienden que cuando se dice «cirugía electiva» se está hablando, en la mayoría de los casos, de cirugía programada, pero teniendo en cuenta que la cirugía programada puede ser (o no ser) electiva, nos parece innecesario desplazar del castellano la forma correcta ya aceptada «cirugía programada». En estos tiempos en los que en numerosas ocasiones es difícil encontrar términos propios como alternativa a los ingleses, éste es un buen ejemplo de cómo los términos supuestamente nuevos no deberían desplazar a los que ya tiene el castellano. Hablemos, pues, de cirugía programada y reservemos cirugía electiva para los casos en los que realmente lo sea.

Josep E. Baños<sup>a</sup> y Elena Guardiola<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Departamento de Investigación y Desarrollo. Química Farmacéutica Bayer. Barcelona. España.

1. López Soques MM, León A, García Álvarez J, Garcés P, Sáez M. Rendimiento de un programa de ahorro de sangre en cirugía traumatológica electiva. *Med Clin (Barc)* 2002;119:650-2.
2. Dorland's illustrated medical dictionary. 27th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1988; p. 535.
3. Diccionario enciclopédico University de términos médicos inglés-español. México: Nueva Editorial Interamericana S. A. de C. V., 1981; p. 347.
4. Navarro F. Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina. Barcelona: McGraw-Hill-Interamericana, 2000.
5. Seco M, Andrés O, Ramos G. Diccionario del español actual. Madrid: Aguilar Lexicografía, 1999; p. 1721.
6. Diccionario de la Lengua Española. 22.ª ed. Madrid: Real Academia Española, 2001.



## Una plaza fija para toda la vida: «la jaula de oro»

**Sr. Editor:** ¡Al fin un soplo de aire fresco! Alguien se atreve a decir toda la verdad sobre la situación laboral del personal sanitario del sistema público de salud. Además, desde la experiencia, el conocimiento, la inteligencia y el prestigio. Puerta y Rodés<sup>1</sup>, en su artículo recientemente publicado, describen con precisión meridiana la «jaula de oro» que supone una plaza fija para toda la vida, en la que se antepone la seguridad a la iniciativa, la jerarquía a la incentivación y la desidia a la promoción. Cualquier sistema que quiera progresar se basa en la iniciativa personal, la motivación y el logro de objetivos. Pensar otra cosa es dar la espalda a la realidad y suponer que los gerentes de Coca-Cola, Nestlé o Sanitas son tontos. Y eso no tiene nada que ver con la sanidad pública o privada, sino con una adecuada gestión de los recursos, la toma de conciencia por parte de las administraciones de que el personal sanitario es la base de una buena medicina y la posibilidad de que el ciudadano opte por la opción sanitaria que más que le convenga.

Un sistema «para toda la vida», con escasas o nulas posibilidades de progresión personal, científica y económica, resulta frustrante y favorece la igualdad a la baja («para qué hacer más», «si aunque trabajes mucho no te lo agradecen», «total para lo que nos pagan»). Mientras tanto la Administración, con el mismo criterio, «paga a la baja»: porque hay médicos que trabajan muy poco. El resultado es obvio: el deterioro que se viene produciendo en la sanidad pública durante los últimos 20 años.

Ahora que se habla tanto de los médicos quemados<sup>2</sup> (síndrome del *burn-out*), lo que se precisa es no «freír» de inicio a los miles de jóvenes que esperan con anhelo la posibilidad de ejercer con dignidad esta profesión. Lo que ellos quieren es «quemarse» y producir energía humana con su trabajo, no permanecer incombustibles durante años en las consultas grises de los ambulatorios o los largos pasillos de los hospitales. Será la motivación, la incentivación y la posibilidad de promoción lo que haga que nuestros médicos jóvenes desempeñen con entusiasmo, abnegación y eficacia la medicina del siglo XXI; una plaza fija para toda la vida en las actuales condiciones sólo les asegurará (o quizá no) una modesta jubilación.

Gracias Puerta y Rodés por ser notarios de la realidad, por desempañar el espejo de la sanidad en la que nos reflejamos y por ser fieles seguidores del padre Feijoo. Sólo queda esperar que no pasen otros 250 años para que la situación cambie.

Fermín Mearin

Servicio de Aparato Digestivo.  
Centro Médico Teknon.  
Barcelona. España.

1. Puerta JL, Rodés J. Una plaza fija para toda la vida. *Med Clin (Barc)* 2003;120:138-40.
2. Ferrer R. *Burn out* o síndrome de desgaste profesional. *Med Clin (Barc)* 2002;119:495-6.

## ¿Cirugía electiva o cirugía programada?

**Sr. Editor:** En los últimos años se ha prodigado por las publicaciones médicas españolas un falso amigo del que MEDICINA CLÍNICA tampoco se ha escapado: la cirugía electiva. En

