

traumas craneoencefálicos. Después del caso de Karen Quinlan se los desconecta del respirador. ¿Un suicidio asistido? La ley colombiana lo permite. Sin embargo, a algunos les repugna y prefieren hospitalizar al enfermo para que le canalicen una vena y le apliquen drogas intravenosas, sin tener en cuenta que las muertes en los hospitales pueden ser solitarias, dolorosas y estériles para la mayoría de los enfermos.

Se está en mora, entonces, de

desarrollar programas para enfermos terminales, que consideren la posibilidad de la hospitalización en casa. El morir en el ambiente del hogar propio, rodeado de los seres queridos, puede ayudar a minimizar el tránsito a la muerte. Se deben crear cátedras para médicos y enfermeras donde aprendan todos los intrínquilos de la atención del paciente terminal. No se puede seguir en la improvisación de adaptar medidas para enfermos de cuidado intensivo con posibilidad de vida

útil, a personas desahuciadas y en estado terminal.

Es necesario, por último, que esos mismos grandes centros, a donde acude a fallecer un gran número de pacientes, inicien programas de atención domiciliaria, brindada por un equipo de salud especializado en tratar no el tumor del Sr. X, sino al Sr. X que está a punto de morir.

#### LECTURA RECOMENDADA

Lamerton R. *Care of the dying*. Priority Press Ltd., 1973. Pp. 99.

## Sección: El caso radiológico

### El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera, M.D.\*

#### HAGASUDIAGNÓSTICO

Hombre que consulta por fiebre; durante la micción se «atranca» y tiene que cambiar de posición para que la micción se inicie de nuevo. Como antecedente sufre de paraplejía desde hace 4 años, cuando lo hirieron por arma de fuego que le afectó la columna vertebral y la médula espinal a la altura de T XII. El examen de orina revela bacterias, leucocitos abundantes y moco. En el examen de sangre se encuentra leucocitosis de 15,000 con 80% de neutrófilos.

#### POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

1. Flebolito.
2. Cálculo intravesical.
3. Cálculo prostático.

#### DESCRIPCIÓN RADIOLÓGICA

En la pelvis menor se observa una imagen calcificada, densa, por encima del pubis, en forma de huevo que mide 2.7 x 1.9 cm. La placa es ligeramente oblicua por lo que el recto está hacia la izquierda de la imagen descrita antes; el recto sigue la orientación del sacro que es posterior. Las estructuras óseas y articulares en la placa son normales.

#### DISCUSIÓN

1. Los flebolitos son muy comunes en la radiografía de la pelvis; por lo general son varios, a lado y lado de la línea media y no son mayores de 5 mm de diámetro. Una de las principales características es la de tener el centro radiolúcido lo que los diferen-

cia sustancialmente de otro tipo de calcificaciones. Como su nombre lo indica son formaciones que se originan en las venas de la pelvis tanto en hombres como en mujeres; asimismo, cuando son muy numerosos, se debe sospechar la presencia de tumores de origen vascular como los hemangiomas de tipo racemoso o cavernoso. En el común de la gente los flebolitos no dan ningún síntoma y carecen de significado patológico; en raras ocasiones se pueden confundir con cálculos en el uréter; el cuadro clínico y el parcial de orina ayudan a diferenciarlos<sup>1</sup>.

2. Los cálculos en la vejiga son comunes en parapléjicos por la dificultad que tienen para orinar, también en ancianos, y en casos de estenosis uretral. Los parapléjicos al orinar, de modo habitual lo hacen por rebosamiento y en estos casos siempre hay residuos postmiccionales intravesicales significativos que favorecen

\* Profesor Titular (r). Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.



la infección urinaria, la formación de cálculos, igualmente el reflujo de la orina hacia los riñones y las infecciones urinarias persistentes, causa común de consulta en parapléjicos, como el caso que se presenta. Los cálculos en la vejiga tienen contenido de calcio (sales de fosfato y oxalato de calcio); en raras ocasiones pueden no contener calcio y no ser visibles a los rayos X (cálculos de ácido úrico, uratos, cistina), la única forma de verlos es por medio de contraste opaco en la vejiga que rodea el cálculo y éste causa un defecto de llenamiento. Otros cálculos intravesicales tienen su origen en el riñón y han pasado por el uréter. Además, los cálculos en la vejiga se pueden formar a partir de cuerpos extraños como suturas, fragmentos de sonda, elementos metálicos, esponjas, etc., que hacen las veces de nido para el cálculo<sup>2-4</sup>.

3. El cálculo o las calcificaciones en la próstata son más o menos comunes, se proyectan en la radiografía AP por debajo de la sínfisis del pubis en la zona anatómica de la próstata; pueden ser múltiples, por lo general son pequeños y sólo alcanzan algunos milímetros, no tienen

ninguna relación con entidades propias de la próstata y, por tanto, su presencia no indica hipertrofia de esta glándula u otra condición; tampoco son causa de estrechez en la uretra.

### DIAGNÓSTICO FINAL

Cálculo de fosfato y oxalato de calcio en la vejiga.

### REFERENCIAS

1. Palmer PES, Cockshott WP, Hegedüs V, Samuel E. *Manual de interpretación radiográfica para el médico general*. Organización Mundial de la Salud, 1985. Pp. 191-93.
2. Thornburg JR, Culp DA. *The urinary tract roentgen diagnosis*. Year Book Medical Publishers. Chicago, 1967. Pp. 266-71.
3. Chamorro-Mera C. La utilidad de las radiografías simples de abdomen. *Educación Continua en Salud, 1992. Temas Escogidos*. Cali; **Colombia Médica**, Continuar y Facultad de Salud, Universidad del Valle. 1992. Pp. 9-37.
4. Dähnert W. *Radiology review manual*. Philadelphia. Williams & Wilkins. 1992. Pp. 445-446.