



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005

DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y MORFOLÓGICO DEL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA; UN TEMA CONTROVERTIDO.

Caridad Socorro Castro*, Alfredo Quiñones Ceballos*, Magalys Olivert Cruz*

* Hospital General "Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos CUBA

Resumen

El Síndrome de disfunción orgánica múltiple es una complicación con gran morbilidad y mortalidad que a partir de la década del 70 comienza a cobrar fuerza como entidad bien definida. Mucho se ha investigado y algo se ha avanzado en el terreno de su etiopatogenia, cuadro clínico, diagnóstico temprano, manejo y manifestaciones morfológicas. Existen discrepancias entre clínicos y patólogos en cuanto a las bases para el diagnóstico funcional y morfológico. Se realizó un estudio prospectivo-descriptivo a fallecidos con factores causales del Síndrome de disfunción multiorgánica, autopsiados en el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, en el período de un año evaluándose la concordancia clínico patológica según el índice de Kappa. El Daño multiorgánico estuvo presente en casi la cuarta parte de los fallecidos estudiados, encontrándose una correlación moderada entre los diagnósticos clínicos y patológicos.

Introducción

El Síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM) es una complicación devastadora con gran morbilidad y mortalidad que a partir de la década del 70 comienza a cobrar fuerza como entidad bien definida. (1) En Cuba, entre un 25 y un 45% de los fallecidos ocurridos intrahospitalariamente son consecuencia del SDOM, encontrándose manifestaciones morfológicas del mismo en la tercera parte de las autopsias. (1-3) El término SDOM nace en 1992 como la presencia de alteraciones en la función orgánica en pacientes severamente enfermos en los que la homeostasis no puede ser mantenida sin intervención, (4) pero hasta el momento este síndrome es uno de los mayores retos que enfrenta un médico por su oscura etiopatogenia multifactorial, cuadro clínico variado, medios diagnósticos tempranos escasos, alta mortalidad y la carencia de un tratamiento específico. (1)

Según patólogos estudiosos de este tema, todas las manifestaciones clínicas y humorales que llevan al diagnóstico de este síndrome se evidencian por alteraciones morfológicas y al conjunto de estas manifestaciones que guardan relación con la disfunción denominaron Daño multiorgánico (DMO), (5) no obstante existen discrepancias entre clínicos y patólogos en relación a varios aspectos: En primer lugar; para los clínicos, en determinadas circunstancias el fallo funcional ocurre primero, mientras que los patólogos no apoyan esta afirmación. En segundo lugar los clínicos hacen diagnóstico del síndrome cuando fallan dos o más órganos mientras que los patólogos consideran el daño de tres o más. (1,6-8) En tercer lugar, las manifestaciones del Síndrome de respuesta inflamatoria aguda sistémica no son tomadas en consideración como requisito indispensable para el diagnóstico de esta complicación. Y por último, el médico de asistencia toma en cuenta órganos afectados por otros trastornos que pueden provocar alteraciones similares a las del SDOM, mientras que los patólogos lo descartan. Estos desacuerdos en las bases para los diagnósticos clínicos y morfológicos impiden el logro de una buena correlación clínico-patológica en los fallecidos por esta causa. Con el motivo de precisar en qué medida afectan estas incongruencias en la concordancia clínico-patológica se realizó el presente estudio.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo-prospectivo de serie de casos en el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, en el período de un año. El universo estuvo conformado por los fallecidos autopsiados en el Departamento de Anatomía Patológica de dicho hospital, en quienes se le diagnosticó uno o varios de los siguientes factores causales del SDMO y que tuvieron confirmación por estudio morfológico macroscópico:

- ✗ Accidentes vasculares encefálicos extensos (aquellos que tomaron dos o más lóbulos, o pequeños que comprometieron centros vitales).
- ✗ Intervenciones quirúrgicas mayores en las que se realizaron grandes resecciones de tejido.
- ✗ Sangramientos profusos capaces de choquear o anemizar agudamente al enfermo.
- ✗ Infecciones severas o sistémicas.
- ✗ Estado de Shock.
- ✗ Neoplasias con múltiples metástasis (en dos o más órganos).

Protocolos de autopsias e historias clínicas fueron la fuente del dato primario.

Se realizó el estudio microscópico de pulmones, corazón, hígado, bazo, estómago, intestino delgado (muestra tomada a 10 cm de válvula ileo-cecal) , riñones, glándulas suprarrenales y cerebro.

La presencia del DMO se determinó por los criterios vigentes para su diagnóstico morfológico. ⁽³⁾

La observación se realizó con microscopio óptico, luego del procesamiento de las muestras, para su inclusión en parafina y coloración con hematoxilina-eosina.

Se determinó la concordancia clínico patológica y se halló el índice de Kappa.

La base de datos fue confeccionada en el programa SPSS versión 10.0.

Resultados

El universo estuvo conformado por un total de 225 fallecidos de los cuales 55 presentaron DMO, lo que representó un 24,4%. Los diagnósticos clínicos y morfológicos concordaron en 188 casos. En 30 fallecidos se observaron lesiones leves que permitieron realizar el diagnóstico de DMO que no se tradujeron en alteraciones funcionales detectables clínicamente.

En el resto de los fallecidos se diagnosticó clínicamente el fallo no así el daño, obteniéndose un concordancia clínico-patológica moderada según el índice de Kappa.

TABLA 1 Correlación clínico-patológica del Síndrome de disfunción multiorgánica.

| | Con diagnóstico morfológico | | Sin diagnóstico morfológico | |
|-------------------------|-----------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| Con diagnóstico clínico | 25 | 11,1% | 7 | 3,1% |
| Sin diagnóstico clínico | 30 | 13,3% | 163 | 72,4% |

Índice de Kappa: 0,481

Discusión

Aceptando el criterio de que las manifestaciones morfológicas del DMO están presentes antes de que sean manifiestas las alteraciones funcionales, es posible explicar el 13.3% de los casos que presentaron criterios morfológicos y no clínicos, el 3.1% de los fallecidos en que ocurrió lo contrario queda entonces por discutir.

En 4 de estos casos se presentaron manifestaciones morfológicas de hepato-esplenitis aguda reactiva, pero solo se observaron dos o menos de las lesiones histopatológicas del Síndrome, por lo que no se pudo hacer diagnóstico patológico del mismo; mientras que estaban presentes dos o más órganos clínicamente en falla, con traducción histológica de la alteración funcional. El fallecido que no expresó cambios morfológicos de uno de sus fallos, éste fue hemodinámico.

En tres fallecidos no se observó hepatoesplenitis aguda-reactiva, hallazgos obligatorios para hacer el diagnóstico de DMO, sin embargo se observaron dos o más lesiones morfológicas características del síndrome y que se tradujeron en alteraciones funcionales de los órganos dañados.

En dos casos las alteraciones funcionales tomadas en consideración clínicamente estaban presentes en órganos afectados por patologías que condicionan alteraciones morfológicas contempladas en el DMO.

Existe suficiente evidencia que avala la activa participación de la respuesta inflamatoria en la génesis del DMO, de ahí la importancia de la presencia de hepato-esplenitis aguda reactiva durante el estudio histopatológico; sin embargo existe un fenómeno denominado Tolerancia inmunológica, mediante el cual luego de la "up regulación" inicial de citocinas proinflamatorias o concomitante con ella, se liberan especies antiinflamatorias que podrían ser responsables de la disminución observada en la activación en monocitos. ⁽⁸⁾ ¿Este fenómeno pudiera ser la explicación a la ausencia de manifestaciones morfológicas del Síndrome de respuesta inflamatoria aguda

sistémica encontrada en estos fallecidos? ¿Por qué ellos presentaron alteraciones funcionales con su traducción morfológica en ausencia de hepatoesplenitis aguda reactiva?

La mortalidad es proporcional al número de órganos dañados, de manera que pacientes con fallo en tres o más órganos tienen más probabilidades de morir que en quien han fallado dos, pero, ¿Qué se entiende por multiplicidad? ¿A caso, dos alteraciones orgánicas no pueden ser consideradas múltiples?

Un paciente que ingresa con factores predisponentes del SDOM, encamado por varios días, desarrolla una bronconeumonía que provoca déficit ventilatorio por lo que hay que intubar, ¿no es esto manifestación clínica de fallo respiratorio? El paciente fallece y la observación microscópica encuentra edema interalveolar que se interpreta como parte del cuadro séptico pulmonar. Frente a este dilema clínico-morfológico, ¿Es el edema encontrado expresión morfológica del fallo respiratorio?. ¿Los morfólogos continuaremos afirmándolo como parte de cuadro anatomopatológico de la sepsis respiratoria desarrollada secundariamente?

¿No se impone frente a esta problemática un acuerdo entre clínicos y morfólogos?

Conclusiones

No existe unidad de criterios entre clínicos y patólogos en cuanto a las manifestaciones para el diagnóstico del SDOM, lo cual atenta contra una adecuada correlación entre los diagnósticos clínicos y morfológicos que permitan establecer verdaderos controles de calidad y estadísticas válidas en esta materia.

Bibliografía

1. - Morlan Hernandez K, Santos Gracia J, Gonzalez - Prendes Alvarez CM, Rodriguez Salgueiro F, Garcia Mendive B, Sainz Cabrera H. Falla orgánica múltiple: acercamiento al tema. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 1999; 13(1):61-71.
2. - Camacho Assif V, Curbelo Pérez R, Díaz Hernández C, Del Río Álvarez J. Insuficiencia múltiple de órganos en el paciente quirúrgico. Rev Cubana de Cir 1991; 2:82-90.
3. - Cabrera Rosell P, Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González T, Álvarez Santana R. Principales características del daño múltiple de órganos diagnosticado al emplear un sistema de puntuación. Rev Cubana Med Milit 2003; 32(3):167-73.
4. - Montero González T. Daño multivisceral y autopsia: Importancia y diagnóstico. Estudio en 145 fallecidos. Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Anatomía Patológica. Ciudad de la Habana: ISMM "Dr. Luis Díaz Soto"; 1992.
5. - Johnson D, Mayer I. Multiple organ dysfunction syndrome: a narrative review. Can J Anesth 2001; 48(5):502-9.
6. - Montero González T, Hurtado de Mendoza Amat J, Cabrera Rosell P. Daño múltiple de órganos: Morfología de la respuesta inflamatoria sistémica. Rev Cubana Med Milit 2001; 30:77-88.
7. - John C, Marshal MD, Deborah J, Cook MD, Nicolas V, Christou MD, et al. Multiorgan dysfunction Score: A reliable descriptor of a complex clinical outcome. Crit Care Med 1999; 23(10):1638-52.
8. - Dougnac A. Disfunción y Falla Orgánica Múltiple. Apuntes de Medicina Intensiva en línea 2000 (fecha de acceso 11 de julio de 2004) ; URL disponible en: <http://www.escuela.med.pvc.dl/páginas/publicaciones/medicinaintensiva.html>.
9. - Estrada Cruz C. Infección, sepsis, sepsis severa, choque séptico. En línea 1997 (fecha de acceso 11 de julio de 2004); URL disponible en: <http://www.monografas.com/trabajos/sepsis.html>.