

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LVII

México, Marzo-Abril 1926

Núm. 2.

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

ERRORES DE DIAGNOSTICO

POR EL DR. ULISES VALDES

Entre los escollos más temibles de nuestra profesión hay que señalar los errores de diagnóstico. Como se sabe, su trascendencia puede ser enorme, puesto que constituyen la base para el pronóstico y el tratamiento. Si pretendieramos agruparlos, podríamos formar dos grandes grupos:

I.—Errores de diagnóstico por exploración defectuosa.

II.—Errores de diagnóstico por mala interpretación de los datos recogidos.

Como claramente lo indica la designación del primer grupo, caben en él todos aquellos errores que se originan por la supresión de uno o varios elementos exploratorios, omitidos por diversas circunstancias; ordinariamente porque con uno o dos de los datos principales creemos tener fundamento suficiente para asentar el diagnóstico, dejando a un lado el resto de la exploración por considerarla inútil, cuando por el contrario, en multitud de ocasiones ahí se encuentra la clave del problema. Confiamos con exceso en nuestra sagacidad clínica, en vez de desconfiar siempre de ella. Otras veces ocurre que nuestra exploración no es defectuosa, sino que el paciente, con determinada intención, omite los síntomas que indudablemente nos hubieran puesto sobre el terreno de la verdad. El ejemplo que sigue, que sin duda todos los cirujanos han de contar uno semejante, ilustra perfectamente el anterior concepto:

Historia número 1. Número 447.—En noviembre del año pasado se presentó en la consulta una señorita, obesa, soltera, de 35 años de edad, pidiendo se le curara de su mal, que en opinión de varios médicos consistía en fibromas uterinos. No sólo las molestias del tumor la decidían a pedir la operación, sino también su matrimonio que debería verificarse en corto plazo y al que deseaba llegar enteramente sana. Se quejaba de que hacía dos meses sufría de metrorragias, sin que en sus antecedentes genitales hubiera nada que justificara la aparición de este síntoma. Dado el estado social de la enferma se le practicó un tacto rectal que descubrió una matriz aumentada de volumen, en la que por la obesidad de la enferma, no podía apreciarse claramente su consistencia. Careciendo de otros datos, a pesar de la exploración completa que se le hizo, y basándose en las hemorragias, el aumento de volumen del útero y la edad de la paciente, ratificamos el diagnóstico de fibromas uterinos, proponiéndole para curarla, una miomectomía y en último extremo la extirpación, lo que aceptó de buen grado. Hecha la laparotomía y al explorar la matriz, encontramos que ésta presentaba todos los caracteres del embarazo. Ante esa circunstancia cerramos el vientre.

Si la enferma hubiera confesado su situación, o aun suponiendo que la ignorara, tan solo nos hubiera dicho que su condición social no correspondía con su estado físico, el tacto vaginal se hubiera hecho y habría proporcionado todos sus valiosos datos. Es este un error por exploración defectuosa casi imposible de evitar, puesto que repetidas las circunstancias obraríamos idénticamente, aunque con más prudencia, ya que es imposible sospechar de todas las personas y pretender hacer exploraciones que se nos impedirían.

En el segundo grupo ya no es la falta de datos la que nos lleva al error, sino su interpretación torcida. Si los primeros pueden evitarse modificando las exploraciones y haciéndolas completas, estos tan solo dependen de los buenos conocimientos, del criterio sereno y de la experiencia, que añade un elemento más en la valorización de los datos recogidos. Los individuos mejor capacitados por concurrencia de esos factores tendrán menos equivocaciones que los que tengan menor cantidad o calidad de ellos. Me parece igualmente oportuno ilustrar estas ideas con otro ejemplo:

Historia número 2. Número 449.—Una señora joven, presentó poco después de su matrimonio la amenorrea y los síntomas simpáticos de la impregnación grávida. Transcurría sin incidentes su embarazo hasta cerca del cuarto mes, cuando repentinamente comenzó a sentir dolores agudos en el vientre, hacia el lado izquierdo, correspondiendo a la situación de la trompa de ese lado. Acompañaban al dolor síntomas peritoneales y una masa de forma cilíndrica y colocada transversalmente que parecía continuar el cuerno uterino. Los médicos con quienes consultó le diagnosticaron emba-

razo ectópico y le indicaron la conveniencia de una operación quirúrgica de pronóstico grave. Llegó al Sanatorio y después de un examen minucioso, encontramos que había un proceso agudo complicando un embarazo normal, diagnóstico que hicimos por una valorización del cuadro, distinta de la que habían hecho nuestros compañeros. El hecho de ser primípara y haberse embarazado inmediatamente, después del matrimonio, no haber antecedentes de infección tubaria, la falta de hemorragias y de expulsión de caduca, la edad que había alcanzado la gestación, el tamaño, forma y consistencia de la matriz que coincidían con una preñez de la edad indicada, afirmaron el diagnóstico y creímos que el proceso agudo se debía a una salpingitis, dada, la situación y forma del tumor. Procedióse a la operación y se confirmó que el embarazo era intrauterino y que lo que tomamos por una trompa inflamada era un fibroma cuyo pedículo estaba torcido y que por su forma cilíndrica, rara en estos neoplasmas, y por el proceso inflamatorio determinado por la torsión, daba el aspecto de una salpingitis.

En el caso referido la exploración fue correcta y la interpretación de los datos erróneos en total para unos y en parte para nosotros.

Fuera de estos dos grandes grupos o quizá más bien dentro del segundo, podíamos colocar un tercero que nos parece justo segregarlo, porque su importancia ordinariamente es menor que la de los otros. Este es el de los diagnósticos incompletos. Podemos hacer, pongamos por caso, el diagnóstico topográfico, nosológico, sindromático, etc., pero el anatómo-patológico puede escapársenos. Esta deficiencia es frecuente, el examen histológico nos desengaña y nos marca un diagnóstico incompleto. En lo general el error no es de consecuencias y solo sirve para colocar al paciente en el cuadro correspondiente.

No basta que la exploración sea completa y que los síntomas se interpreten lógicamente para librarnos del error. Veces hay en que a pesar de la concurrencia de estos elementos, la equivocación se produce; son los errores que podríamos llamar inevitables, afortunadamente poco numerosos en la práctica diaria. Ejemplo de esto lo tenemos en la observación número 4, sobre la que insisteremos al hacer los comentarios.

Nos ha parecido útil revisar nuestros errores durante el año de 1925 y vamos a extractar en sus puntos principales las historias de los enfermos en los que sufrimos algún equívoco, agrupándolos después según la división que hemos formado.

Historia número 3. Número 345.—La señora N. N., de 39 años de edad, casada y sin antecedentes de interés, nos refirió que hacía dos meses comenzó a sentir dolor en el hipogastrio acompañado de fiebre con remisión matinal y elevación vespéral, (39°) sin que hubiera otros fenómenos. Prolongóse esta situación por una semana aproximadamente y poco a poco fué

decreciendo, tardando dos meses para que la temperatura fuera normal y el dolor desapareciera. La exploración reveló el cuello uterino corto, desgarrado y sangrante; un núcleo fibroso en la cara anterior de la matriz y el anexo derecho crecido y doloroso. El diagnóstico fue anexitis y endocervicitis. Al hacer la desinfección del cuello uterino se encontró una cavidad en el borde derecho de aspecto semejante a las ulceraciones epiteliomatosas. Al abrir el vientre se encontraron los anexos crecidos, las trompas cerradas y quísticas, especialmente la derecha que estaba muy adherida y con aspecto de una neoplasia maligna. La matriz tenía numerosos núcleos fibromatosos pequeños.

La ulceración y el aspecto de ella nos hicieron pensar en que se trataba de un cáncer del cuello uterino unido a una anexititis. Se hizo la histerectomía total.

El examen anatómo-patológico manifestó que las lesiones anexiales eran de origen tuberculoso y en cuanto a la uterina opinó el Dr. Perrín que verosímilmente pudiera tener el mismo origen aunque careciera de la ordenación nodular característica.

Este error podíamos agruparlo entre los diagnósticos incompletos, puesto que se conocieron las lesiones, siendo distintas únicamente en cuanto a su naturaleza, que por otra parte nada hacía sospechar. Los padecimientos tuberculosos de los órganos genitales internos no son de los que a diario se ven y se diagnostican cuando otra lesión en sitio diverso puede dar idea de que se trata de una nueva localización. El tratamiento, en uno y otro caso, hubiera sido el mismo.

Historia número 4. Número 351 — La Señora L. T. de 30 años de edad, casada, padecía de tiempo atrás, crisis dolorosas que se clasificaron como cólicos hepáticos, que se presentaban con largos intervalos. A medida que transcurría el tiempo, los dolores se iban haciendo más y más frecuentes hasta el punto de que en los días anteriores a la operación, ocurrían hasta dos veces por semana. A este cuadro principal se añadían otros síntomas, pirosis y regurgitaciones de los alimentos con mucha frecuencia, así como también el detalle de que en ocasiones el dolor, ya continuo en los últimos tiempos, cedía con la alimentación. La enferma era obesa y esto dificultaba enormemente su examen, pudiendo únicamente apreciarse que el epigastrio era doloroso a la presión. La radiografía tampoco suministró ningún dato y en vista de la insistencia de la paciente para que se le aplicara un tratamiento más efectivo que los que ya había probado, se le operó con el diagnóstico de litiasis biliar. Después de enormes dificultades motivadas por el espesor de las paredes y por múltiples adherencias especialmente una con el duodeno, que al desprenderla lo abrió, se pudo llegar hasta la vesícula y extirparla. Era pequeña, como de 2 centímetros y medio en su ma-

por eje, sin bilis ni cálculos y con sus paredes extraordinariamente gruesas. El Dr. Perrin en su informe dijo lo siguiente: «Vesícula cancerada. La túnica fibro-muscular está invadida por un epiteloma trabecular cuya estructura permite sospechar que se trate de la propagación de un cáncer hepático primitivo».

Podríamos decir con justicia, que este error puede caer dentro de los llamados inevitables: la exploración proporcionó todos sus datos y se interpretaron lógicamente. Si el cuadro era de litiasis, ¿por qué diagnosticar cáncer? Todos los elementos concurrían para asegurar el diagnóstico y estábamos equivocados. Contra eso no tenemos remedios.

Hay padecimientos que se prestan especialmente a confusiones y el cáncer de la vesícula biliar es uno de ellos. Es poco frecuente sin que constituya una rareza: En 3,908 operaciones hechas en la Clínica de Rochester sobre las vías biliares, el Dr. W. J. Mayo ha encontrado 85 cánceres, (2.2%). Deaver en 1,000 operaciones análogas a las de Mayo de una proporción de 1.6% y Smithies, sobre igual número de intervenciones señala 2.3%.

Se atribuye el origen del cáncer primitivo a la irritación local producida por los cálculos que ordinariamente coinciden. Para Musser en 69% de los casos, para Futterer en 70% y para Winton en 81%. Igualmente Zenker, Courvoisier, Sigert, Janewsky y Deaver, citan respectivamente las proporciones de 85%, 91%, 95% 100% y 89%. En cuanto a los cánceres secundarios es mucho menor la coincidencia, puesto que Beadles encontró solo 2 en 64 y Siegert solo da un 15%. Los autores ingleses señalan como factor etiológico la herencia. El sexo femenino es el más atacado por este mal y entre los cincuenta y los setenta años de edad se observa el mayor número de casos.

W. J. Mayo menciona los siguientes síntomas: tumor en la región de la vesícula biliar sin defensa muscular, cuando el peritoneo no está invadido; pérdida progresiva de peso y caquexia; tumor nodular en el hígado si hay invasión de esta glándula e ictericia si comprime los canales biliares. Según Magoun y Renshaw, de quien tomamos estos datos, (Malignant Neoplasia in the gall bladder. J. A. H. Magoun y K. Renshaw. Annals of Surgery. Vol. LXXIV. Nº. 6). de 83 pacientes estudiados, 16 tenían la historia franca de la litiasis biliar y 32 se quejaban de dolor profundo con o sin cólicos, localizado en el hipogastrio.

Los autores mencionados dicen refiriéndose al diagnóstico: «Es extremadamente difícil diagnosticar un tumor maligno en la vesícula biliar con la precocidad suficiente para obtener buenos resultados con el tratamiento quirúrgico. Usualmente los síntomas principales son los de la litiasis y no hay ningún otro adicional que permita predecir la malignidad. Pérdida

tinios hacia el diafragma, abandonó con ellos la pelvis y no se le percibió. Indudablemente que una exploración más cuidadosa lo hubiera demostrado. El error es inconcuso y es ejemplo de la primera categoría. En cuanto a la segunda parte, no había ningún síntoma que nos hiciera sospechar que dependiera del intestino grueso y bien su movilidad podría habernos indicado que su implantación era en otro órgano, epiplón, pongamos por caso, nada había para sospechar su origen en las fibras lisas del colón. El padecimiento es muy raro y no cabía pensar en lo remoto teniendo otros diagnósticos más sencillos. Se interpretaron mal los datos de la exploración, pero creemos que cualquiera se hubiera equivocado.

Historia número 8. Número 398.—La señorita E. E. soltera y de 30 años de edad, dijo que hacía 5 años tuvo un ataque de dolor en la fosa iliaca izquierda, que irradió a todo el vientre, que le duró tres días y que desapareció sin que se usara tratamiento especial. Después de esto no tuvo ningún otro síntoma, hasta que lenta y progresivamente notó que su abdomen aumentaba de volumen. Actualmente advierte cierta pesadez en el hipogastrio y refiere que antes, al cambiar de postura, sentía que el tumor se le desalojaba. No ha tenido hemorragias, ni trastornos menstruales. La exploración revela un tumor liso, alcanzando hasta el ombligo, renitente, móvil e indoloro. El diagnóstico fue quiste del ovario. Hecha la laparotomía resultó un fibroma mural quístico.

Un ejemplo más de síntomas mal interpretados que desviaron nuestra atención e hicieron equivocar el diagnóstico. Repetimos igualmente que son de los que difícilmente se evitan y que por otra parte no tuvo consecuencias en el tratamiento.

Historia número 9. Número 392.—L. S., de 33 años de edad, casada y sin antecedentes generales ni genitales de importancia, nos refiere que hace 4 años, a consecuencia de un aborto de tres meses, tuvo amenorrea por igual tiempo, después de lo cual le sobrevinieron metrorragias y menorragias, hasta que en estos últimos dos años, ha perdido toda regularidad continuando las hemorragias y acompañándose de dolor en la cintura. Con el tacto se encontró que el labio anterior del cuello estaba blando lo que contrastaba con el posterior de consistencia dura; la matriz crecida. El diagnóstico fue fibroma uterino. Abierto el vientre, al explorar directamente el útero se percibió como si hubiera una masa en su cavidad, por lo que se le hizo la histerectomía sub-total y al examinar la pieza, se encontró la cavidad uterina llena de una masa fungosa, como de un centímetro de grueso, que el examen microscópico calificó de endometritis fungosa. No había fibroma y estas alteraciones del endometrio eran la causa de la hemorragia.

La interpretación defectuosa de los síntomas nos hizo no emplear una exploración que hubiera dado la clave del diagnóstico: una raspa uterina y

el examen anatómo patológico del producto. Pero si no sospechamos la lesión del endometrio, mal podíamos haber empleado ese medio. El error fue de los del segundo grupo de nuestra clasificación y es susceptible de enmienda en lo sucesivo.

Cabe a este propósito decir unas cuantas palabras acerca de las biopsias. En los casos dudosos es innegable que en multitud de ocasiones aclaran el diagnóstico, pero no hay que extremar hasta el punto de creer que su decisión es infalible. Partiendo de la base de un experto y concienzudo analizador, puede darse el caso de que el sitio examinado no presente las lesiones de una neoplasia, pongamos por ejemplo, y en cambio separado por una distancia de un milímetro hay una neoformación típica. Nos referimos preferentemente a los diagnósticos de cáncer incipiente, los más importantes, puesto que de ellos depende el tratamiento ulterior, cuando no hay una ulceración franca sino que el órgano presente lesiones que pueden ser lo mismo de una irritación crónica que de un cáncer. Ultimamente hemos tenido un ejemplo muy demostrativo: Operamos a una señora con un cuello uterino grande, reblandecido, de aspecto muy sospechoso, en la que concurrían otras circunstancias que hacían pensar en una degeneración maligna, por lo que le extirpamos la matriz, por la vía vaginal. El examen anatómo patológico nos dijo que era tan solo una cervicitis crónica con hipertrofia de las glándulas. Varios meses después la misma señora se presenta con un nódulo en la cicatriz que tiene los caracteres de una reproducción del tumor maligno. Seguramente que aquí concurrieron las circunstancias señaladas y el corte microscópico cayó en un sitio en que solo había lesiones benignas, quedando desconocidas las de degeneración.

Otro ejemplo en que el pronóstico dado por el laboratorio era erróneo, difiriendo del anterior en que se dijo maligno un proceso que no lo era: La señora G. T., de 28 años de edad y sin antecedentes patológicos ni hereditarios de importancia, sufría de hemorragias uterinas consecutivas a un aborto. El examen practicado nos condujo a diagnosticar una endometritis decidual y a ejecutar un legrado. Sometida la mucosa a la observación anatómo patológica reveló diferentes lesiones predominando la invasión, dentro del parenquima muscular uterino, de la neoformación glandular del córion, es decir, que el aspecto de endometritis glandular e intersticial que la mayor parte de los fragmentos presentaban, estaba trocado en epiteliomatoso incipiente.

Mucho nos sorprendió este informe que estaba en abierta pugna con el examen y nuestra impresión clínica y siguiendo la conducta que tenemos por norma, en caso de diferencia entre el laboratorio y la clínica, dimos la preferencia a ésta considerando sus datos más valiosos. Dijimos a nuestra enferma que esperara sometida a una cuidadosa vigilancia. Cinco años

transcurrieron sin que la menor alteración hiciera sospechar el desarrollo del epiteloma; al cabo de ese tiempo la señora tuvo un embarazo, muriendo a consecuencia de la eclampsia que la complicó.

Estos dos ejemplos nos obligan a concluir que el conjunto clínico continúa con su máxima importancia, sin que por ahora el laboratorio tenga tal precisión, que nos haga modificar por completo nuestro diagnóstico cuando hay diferencias en los resultados.

Anotamos nueve errores de diagnóstico en 127 enfermos operados (6.2%); siendo dos por exploración defectuosa (números 1 y 7) (1.5%) y los demás por interpretación errónea de los síntomas, pudiendo colocarse cuatro de ellos, (Números 3, 4, 5 y 6) entre el grupo de los diagnósticos incompletos (2.8%) y uno (número 4) entre los inevitables (0.7%).

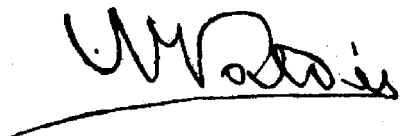
Réstanos únicamente encarecer las ventajas de una exploración metódica y completa aun en los casos en que parezca ocioso, que más vale decir que no dió datos que no lamentar el no haberlos recogido. En cuanto a la correcta interpretación de los que poseemos, desgraciadamente está sujeta a factores de índole muy personal como son la experiencia, los estudios y el buen juicio. Pero aun con el concurso de todos esos elementos quedan diagnósticos que se nos escapan y que todos equivocamos. En realidad si con el tratamiento se llenó la indicación, el error solo importa para la clasificación y las consecuencias que de ella se retiren, por lo que es muy conveniente tratar de rectificarlo con los exámenes posteriores.

Hay padecimientos que se prestan especialmente a confusiones, como son los del abdomen y muy común es que nos contentemos con un diagnóstico aproximado esperando en el momento de la operación completarlo o rectificarlo. Muy censurable es el vicio de las llamadas laparatomías exploradoras que solo sirven para encubrir ignorancias o suplir exploraciones defectuosas. Sería necio negar que en determinados casos no es posible llegar a diagnóstico y que solo la operación lo fija, pero esto no autoriza para sujetar a un enfermo a una intervención que en parte puede ser inútil o dejar que la exploración directa haga lo que de antemano deberíamos saber.

En los casos que hemos referido el diagnóstico final no ha alterado el tratamiento conducente, salvo en la historia número 9 en que se hizo una operación radical pudiendo haber bastado con una conservadora. Exceptuando este caso, el enfermo no sufrió por la inexactitud del diagnóstico, puesto que con la lesión a la vista se procedió en consecuencia, pero no por esto debemos descuidarlo, porque el cirujano se desprestigia cuando la realidad no ratifica sus palabras. Bien sean los espectadores, médicos o familiares, en el momento de la operación, o al comunicarle el resultado de ella, atacan y a veces con rudeza, al cirujano que no hizo su diagnóstico exacto. Así por ejemplo, en los casos que se dice que hay cálculos en un

sitio y éstos no se encuentran o viceversa, los profanos piensan que se hizo una operación inútil y si por desgracia el restablecimiento no es franco o algunas perturbaciones suceden a la operación, no vacilan en achacar al error las consecuencias que están sufriendo.

Primeramente por cumplir con el deber de nuestra profesión de hacer el diagnóstico completo y después por las consecuencias que pudiera acarrearlos, debemos de cuidar de la formación de nuestros diagnósticos, procurando que la exploración sea completa y la valorización exacta.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "U. M. Valdez", is written over a single horizontal line.