

Síndrome. Propuesta de desarrollo conceptual en función del diagnóstico médico

Syndrome. Proposal of conceptual development in function of medical diagnosis

Dr. C Agustín M. Mulet Pérez^{1*}

<https://orcid.org/0000-0002-4255-3573>

MSc. Agustín M. Mulet Gámez²

<https://orcid.org/0000-0002-4558-8093>

¹Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba.

²Cardiocentro. Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Ciudad de la Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: agustinmhlg@infomed.sld.cu

RESUMEN

Expertos difieren sobre re-conceptualizar el síndrome en función del diagnóstico médico. Para estimar la conveniencia del desarrollo conceptual del término síndrome se realiza esta investigación cualitativa con el empleo de métodos teóricos. Su devenir ha llevado ambigüedad y polisemia terminológica tales como: equivalente a entidad nosológica; diversas formas clínicas de una enfermedad; asociación de malformaciones genéticas; conjunto de síntomas y signos expresión de una o más afecciones; cuyo calificativo implica un signo analítico; término agrupativo o denominativo de síntomas, signos o afecciones. Propuesta de desarrollo conceptual con mayor funcionalidad diagnóstica: síndrome es el conjunto de síntomas, signos (incluso en algunos casos analíticos-paraclinicos, que constituyen su correlato comprobatorio) o ambos que concurren con una frecuencia no debida al azar cuya relación puede ser causal, patogénica, fisiopatológica, topográfica o por similitud de expresión clínica de las diversas enfermedades que lo pueden originar. La ausencia del componente esencial del síndrome lo califica como probable.

Palabras clave: síndrome, concepto, diagnóstico médico, desarrollo conceptual, evolución conceptual.

ABSTRACT

Experts differ on re-conceptualizing the syndrome in function of medical diagnosis. To estimate the convenience of the conceptual development of the term syndrome, this qualitative investigation is carried out using theoretical methods. Its evolution has given place to ambiguity and terminological polysemy such as: equivalent to nosological entity; different clinical forms of an illness; association of genetic malformations; group of symptoms and signs that express one or more disorders; which qualifier implies an analytical sign; a term grouping or denominating symptoms, signs or disorders. Proposal of conceptual development with more diagnostic functionality: syndrome is the group of symptoms, signs (even sometimes analytical-paraclinical which constitute its verifier) or both, that converge frequently not by chance, whose relation can be causal, pathogenic, physiopathological, topographical or due to the similarity of clinical expression of the diverse illnesses that can originate it. The absence of the essential component of the syndrome qualifies it as probable.

Keywords: syndrome; concept; medical diagnosis; conceptual development; conceptual evolution.

Agradecimiento

Dedicado a la memoria del Profesor y Doctor en Ciencias Miguel Ángel Moreno Rodríguez, brillante internista y lúcido defensor del método clínico.

Recibido: 13/05/2019.

Aprobado: 03/09/2019.

Introducción

El diagnóstico sindrómico, cuando es factible, representa una importante etapa en el proceso diagnóstico. Constituye el paso previo para establecer la hipótesis diagnóstica nosológica. En trabajos anteriores se ha reportado la existencia en la actualidad de casos de empleo inadecuado del término síndrome en la discusión diagnóstica⁽¹⁾ no solo en Holguín sino también en otras provincias del país.⁽²⁾

En un estudio previo con la colaboración de expertos del occidente, centro y oriente del país se arribó al consenso sobre la existencia de casos de empleo inadecuado del término en otras provincias del país y de la necesidad de rescatar su verdadero significado y utilidad en la práctica médica.⁽²⁾ Además se registró la existencia de acuerdo, en la totalidad de expertos consultados, en delimitar hasta donde un conjunto de manifestaciones clínicas constituye un síndrome y hasta donde una entidad nosológica; y de igual modo hasta donde el diagnóstico etiológico de un síndrome y hasta donde el diagnóstico etiológico de una entidad nosológica.

Sin embargo, con respecto a la modificación o la re-conceptualización del término síndrome, mediante la adición de otros elementos paraclínicos que pueden constituir a su vez signos, se observaron diferencias de criterios entre algunos agrupados de expertos, divididos entre los que compartían o no la propuesta de modificación, lo cual refleja un conflicto cognitivo en su percepción conceptual, e insatisfacción de algunos expertos con el concepto existente.⁽²⁾

Es necesaria una precisión de los conceptos síndrome y entidad nosológica y establecer la conveniencia o no de la reformulación o mejor aún del desarrollo conceptual del constructo síndrome, en función del diagnóstico médico. Con este propósito se realiza la presente investigación.

Desarrollo

Sobre la base de resultados previos de estudios observacionales incluyendo el criterio de expertos se realiza una investigación cualitativa con el empleo de métodos teóricos: histórico-lógico, análisis-síntesis, inducción-deducción,

comparación y genético, mediante la revisión de fuentes teóricas bibliográficas y hemerográficas. Se establecieron tres dimensiones para la realización del mismo: evolución histórica del término síndrome, uso actual del término en la ciencia médica y síndrome y el diagnóstico médico.

Evolución histórica del término síndrome

En su evolución histórica el término síndrome ha conllevado una ambigüedad terminológica. Jablonski, al respecto ha señalado que es "...una de las palabras más antiguas que con mayor frecuencia se ha utilizado y mal empleado en el vocabulario médico moderno".⁽³⁾

Síndrome (de la palabra griega síndrome "simultaneidad") se definió tradicionalmente como un estado patológico asociado a una serie de síntomas simultáneos, generalmente tres o más.

⁽³⁾

Hipócrates (460-377 a.e.) empleaba el término para indicar un grupo unívoco de síntomas regularmente asociados. Siglos más tarde Claudio Galeno (129-199 d.c.) utilizaba la palabra síndrome de manera indistinta al de complejo sintomático.⁽⁴⁾ Hasta la segunda mitad del siglo XVII el significado de síndrome continuó, en gran medida, siendo el mismo. Es en esta época cuando Thomas Sydenham (1624- 1689) concluye que los términos síndrome y enfermedad son sinónimos. Se llega a considerar el término síndrome como una denominación superflua motivo por el cual prácticamente desaparece de la literatura médica casi dos siglos.^(3,4)

Es a finales del siglo XIX que se redescubre el término debido a la necesidad de disponer de una denominación con un mayor alcance semántico que los disponibles hasta ese momento. Se comprueba la inadecuación o insuficiencia de la designación de los estados morbosos mediante la combinación de los órganos afectados con sufijos o prefijos apropiados. Entre ellos trastornos complejos como anomalías múltiples, problemas con el metabolismo y afecciones que abarcan varios sistemas y órganos. Renace como el Ave Fénix el término síndrome con la peculiaridad de adquirir denominaciones epónimas.

Dos razones fundamentales conllevaron al empleo de epónimos:

1-La complejidad del trastorno no admitía nomenclaturas descriptivas simples.

2-Para otorgar el reconocimiento a los primeros en descubrirlos o describirlos.

Sin embargo, a la larga esto originó dificultades. A mediados del siglo XX se modifica el significado y uso del término debido a:

-Acumulación excesiva de síndromes con nombres de algunos médicos.

-Dificultades para diferenciar diversos síndromes de distintas personas con los mismos apellidos o de un propio autor.

-Se esgrimió el argumento de que los síndromes en términos descriptivos son superiores a los basados en la eponimia. Varios redactores de revistas médicas hicieron una campaña a favor de los síndromes basados en términos descriptivos.

Las dificultades y confusiones generadas, por la eponimia con nombres de médicos, hacen perder el sentido de los epónimos para distinguir los síndromes, por lo cual son sustituidos por las denominaciones descriptivas.

La reducción de la cantidad de síndromes nuevos designados con nombres trajo como contrapartida la creación de nuevas clases de epónimos. En este sentido cualquier nombre puede ser empleado: apellidos, nombres o ambos de pacientes, personajes (bíblicos, históricos, literarios), personalidades, lugares geográficos, instituciones y hasta tema de pintura. Así surgen el Síndrome de Enrique VIII y el Síndrome de Albatros entre otros.⁽⁴⁾

No obstante, muchos autores lograron designar con nombres descriptivos apropiados afecciones recientes entre ellas el síndrome de la ataxia-telangiectasia y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Los síndromes más complejos o con demasiados elementos se identificaron mediante la creación de iniciales y siglas, verdaderos acrónimos a veces ingeniosos, por ejemplo, síndrome LEOPARD constituido por: Lentiginosis-anomalías electrocardiográficas- hipertelorismo ocular-estenosis pulmonar-anomalías de los genitales- retraso en el crecimiento- deficiencia auditiva sensorineural.

Una particular etapa es la de ampliación del significado de la palabra síndrome de su definición original para denominar complejidades especiales a veces indefinidas de enfermedades ya designadas y muy conocidas como la tuberculosis y la malaria. Muy empleada en la literatura médica rusa de la postguerra. De forma gradual se extiende a publicaciones médicas a nivel mundial.

Uso actual del término en las Ciencias Médicas

La ulterior ampliación del alcance del término síndrome implicó su uso como sinónimo de una amplia diversidad de términos. Incluso de su función tradicional como término exclusivo del ámbito médico ha devenido en un vocablo empleado para denotar todo aquello que sea extraño, fuera de lo común, o incluso humorístico, ya sea desde el punto de vista médico o de la conducta individual, social o cultural.⁽⁵⁾

En síntesis en el ámbito de la ciencia médica el término síndrome se ha empleado en diversas situaciones (tabla I).

Una de las acepciones aplicadas por dismorfólogos y genetistas es la de " cuadro clínico etiológicamente definido de patogénesis desconocida que no debe confundirse con el complejo de síntomas de una enfermedad o secuencia, que se refiere solamente a aquellas afecciones caracterizadas por conjuntos de síntomas similares o idénticos"⁽³⁾⁽⁶⁾

Tabla I. Empleo actual en las ciencias médicas

1- Como término generalizador para agrupar diversos síndromes o incluso afecciones que tienen como común denominador un síntoma, un signo, un aparato o un sistema.	Ejemplos: Síndromes respiratorios, síndromes dolorosos abdominales.
2-Para agrupar diversas afecciones similares o conexas	Ej. Síndrome mielodisplásico
3-Como equivalente de una entidad nosológica o noso- etiológica.	Ej. Hipotiroidismo, Hipertiroidismo; Síndrome de Zollinger-Ellison; síndrome de Peutz-Jeghers; síndrome de cólera pancreático o de Verner-Morrison
4-Para denominar diversas formas clínicas de una misma enfermedad.	Ej. Síndrome de Koenig * en la tuberculosis intestinal
5-Para denominar agrupados de malformaciones genéticas asociadas.	Ej. Síndrome de Hallermann-Streiff
6-Para denominar conjuntos de síntomas y signos que pueden ser originados por una o más entidades nosológicas de diversa etiología. Contribuir a establecer la hipótesis diagnóstica nosológica.	Ej. Síndrome febril; síndrome anémico; síndrome de insuficiencia cardíaca.
7-Para denominar conjuntos de signos de la analítica clínica con o sin correlato clínico presente.	Ej. Síndrome HELLP; Síndrome de colestasis; Síndrome de citólisis

*Un síndrome con manifestaciones similares al de Koenig se puede observar en la Enfermedad de Crohn

Fuente: Bibliografía revisada

Al utilizarlo solo para denotar cuadros clínicos específicos, el término síndrome también se aplica con frecuencia como concepto para designar grupos de enfermedades similares o conexas, por ejemplo, síndrome mielodisplásico.

El síndrome y el diagnóstico médico

Definiciones del término síndrome y su comparación con la de la enfermedad

En la primera mitad del siglo pasado en las Conferencias de Patología General con su Clínica (Semiología General) el Profesor Dr. José Bisbé planteaba:

“ Recibe el nombre de síndrome o cuadro sintomático, el conjunto de síntomas que se repiten, con cierta constancia, en ciertos procesos patológicos diferentes. Se comportan, en cierto modo, como los radicales químicos.

Muchos autores reservan el nombre de cuadro sintomático para el conjunto de síntomas simultáneos expresivos de un determinado trastorno morboso, en tanto que aplican la palabra síndrome (del griego *sin*, con; y *dromos* carrera; o sea, correr con) al conjunto de síntomas sucesivos de una enfermedad. Como apunta muy bien Corral existiría entre estos conceptos que hay en música entre acordes (cuadro sintomático) y melodías (síndrome). Aun cuando los síndromes no bastan por sí solos para caracterizar las enfermedades, sin embargo, su valor diagnóstico es muy superior al de los síntomas aislados⁽⁷⁾

Por su parte en el clásico texto de Semiología General del Profesor Tiburcio Padilla en su 5ta Edición, en la década de los cuarenta, se describe:

“Por síndrome (del griego *sin*, con; *dromos*, carrera, curso) se entiende un conjunto de signos y síntomas, con una misma carrera y evolución, por proceder de una misma causa, cualquiera que sea esta sea. Por ejemplo: la fiebre (hipertermia, taquicardia, taquipnea, anorexia, malestar general, etc.)⁽⁸⁾

Y aclara “Por enfermedad se entiende un conjunto de signos y síntomas, con una misma evolución pero procedentes siempre de una causa determinada o específica. Por ejemplo: la fiebre tifoidea (fiebre, postración, esplenomegalia, etc., debido a una septicemia por bacilos de Eberth)“⁽⁸⁾

De la misma Escuela Argentina en su libro Semiología Médica, en su 5ta Edición pero ya en 1955 el Profesor Pedro Cossio *et al* especifican: “ A veces, el conjunto sintomático no es propio de una determinada enfermedad, más bien dicho de una sola causa, sino de varias, entonces se denomina síndrome (*sin*: con, *dromos*: curso)⁽⁹⁾

De la misma fecha en el Manual de Semiología y Clínica Propedéutica de Galíndez y Galíndez se plantea: “ El conjunto de síntomas que existe a un tiempo y denota un estado morboso dado, se denomina síndrome o cuadro sintomático⁽¹⁰⁾

El Profesor Ilizastegui Dupuy⁽¹¹⁾ dentro de las fases del diagnóstico médico distingue, entre otras, las siguientes:

“Sindrómica: es aquella en que se reúnen un grupo de síntomas, signos o ambos, y se relacionan entre sí para llegar a la conclusión de que reflejan la afección de una parte determinada del organismo”

“Nosológica: Es aquella en la que el médico toma en cuenta el cuadro clínico del paciente y el resultado de los exámenes complementarios y con ello llega a la conclusión de que éste es portador de una entidad nosológica determinada”

“Etiológica o causal: Es la fase que permite determinar el porqué de la enfermedad, que elemento externo o interno ha sido el causante de la entidad nosológica”

En el texto de la asignatura Propedéutica clínica y Semiología médica de Llanio, Perdomo y coautores se ofrecen las siguientes definiciones: “ Entendemos por síndrome “un grupo de síntomas y signos que se presentan formando un conjunto clínico que le da individualidad pero que puede obedecer a múltiples causas”... “ Se conoce con este nombre el conjunto de síntomas y signos que de un modo frecuente se presentan asociados siempre de igual forma, pero que pueden corresponder a etiologías distintas”⁽¹²⁾

Y en su libro Síndromes el Profesor Raymundo Llanio considera: “En nuestro criterio se debe denominar enfermedad o entidad nosológica cuando se conoce exactamente que su etiología es única y siempre se presenta con las mismas características. Sin embargo, existen diferentes criterios a este respecto y no es nuestra intención dedicar tiempo y espacio a polemizar o definir el concepto exacto”⁽⁴⁾

El Profesor González Menéndez en su libro *Psiquiatría para médicos generales* plantea: “ El síndrome es un conjunto de síntomas y signos, relacionados temporal y patogénicamente que puede ser expresivo de diferentes enfermedades”.⁽¹³⁾

Puigdollers y Guma,⁽¹⁴⁾ citando a Fernández Cruz, sobre el concepto de síndrome expresan:

“ Entendemos por síndrome el conjunto de síntomas y signos que suelen coexistir y agruparse simultáneamente con cierta frecuencia y que por lo general dependen o están relacionados con una enfermedad etiológicamente definida o bien con una comunidad procesal fisiopatológica.

De esta manera podemos distinguir dos grandes grupos de síndromes que tienen su personalidad y son perfectamente diferenciables:

- 1- Síndromes etiológicos.
- 2- Síndromes fisiopatológicos.

En la 8va edición de *Semiología médica y técnica exploratoria de Surós*⁽¹⁵⁾ se define síndrome como: "Es la serie de signos y síntomas que existen en un momento dado y definen un estado morboso, por ejemplo, síndrome esofágico, de Millard- Gubler. Todos ellos se encuentran entrelazados genética, etiológica o patogénicamente"

Goic, Chamorro y Reyes en su *Semiología Médica* refiriéndose a los síntomas plantean: "Afortunadamente a menudo se presentan agrupados con otros constituyendo ya sea un síndrome entendiendo como tal un conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí que obedece a diferentes etiologías; o bien, una enfermedad en que los síntomas y signos que la caracterizan obedecen a una sola causa"⁽¹⁶⁾ Y luego añaden: " El síndrome, en cambio, es un conjunto de síntomas y signos que se presentan simultáneamente y configuran una entidad, que sirve al clínico para circunscribir los posibles factores etiológicos y, en alguna medida, presumir su mecanismo de producción"⁽¹⁶⁾

En el Tratado de Semiología Médica de Horacio Argente y Marcelo Álvarez esos autores definen el síndrome como el "conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, es decir, que tienen una fisiopatología común y que obedecen a diferentes etiologías. Por ejemplo: un síndrome de insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico, síndrome piramidal. Cuando un conjunto de síntomas y signos obedece a una sola causa, se constituye una enfermedad, por ejemplo, endocarditis infecciosa, enfermedad de Cushing"⁽¹⁷⁾

Luego especifican que cuando el médico se enfrenta a un paciente además de tener en cuenta el contexto de ese enfermo, debe reconocer: " La enfermedad o alteración blanco, es decir, el trastorno bioquímico, anatómico, fisiológico o psicológico cuya etiología, fisiopatología, cuadro clínico y tratamiento se describen en los textos de medicina (y cuyo estudio es la nosología).

El síndrome, generado por la respuesta del organismo a la enfermedad y constituido por un conjunto de síntomas (manifestaciones que percibe el paciente o surgen del interrogatorio) y signos (manifestaciones que descubre el médico mediante el examen físico o los estudios complementarios) ..⁽¹⁷⁾ (el subrayado es nuestro)

El Profesor Moreno Rodríguez en su obra *El método clínico. Lecturas y lecciones* expresa: "Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos causal, fisiopatológica o topográficamente relacionados" ⁽¹⁸⁾ Cuando se refiere al diagnóstico nosológico plantea: " Consiste en establecer el nombre de la enfermedad que presenta el paciente: endocarditis infecciosa, cirrosis hepática, neumonía, hipertensión arterial, úlcera gástrica, pielonefritis aguda, etc." Y al explicar el diagnóstico etiológico o causal expresa: "Implica conocer la causa de la enfermedad. En ocasiones el diagnóstico causal es el mismo que el nosológico y ello se debe al carácter ecléctico y desordenado de la nosografía..." ..⁽¹⁸⁾

Lain Entralgo puntualiza: "el diagnóstico específico-o nosográfico, o nosológico, o *diagnosis morbi*, que de todos esos modos se llama tiene como objeto propio la especie morbosa a que pertenece la enfermedad del paciente, según el modo como es concebida y nombrada" ..⁽¹⁹⁾

Ese autor señala que la nosografía actual es sumamente ecléctica y la describe en siete grandes grupos: 1ero, las descritas sobre la base del cuadro sintomático y el curso clínico; 2do las nombradas según los principios de la patología anatomooclínica; 3ero, nombradas de modo diverso pero concebidas con una mentalidad fisiopatológica; 4to, nombradas, descritas y concebidas desde un punto de vista etiológico; 5to, nombradas de acuerdo con su cuadro sintomático pero etiopatológicamente concebidas; 6to, nombradas según la anatomía patológica concebidas de acuerdo con la etiología; 7mo, nombre originario arbitrario y convencional unas veces, otras en conmemoración al primer descriptor y luego comprendidas en correspondencia a criterios anatomo-patológicos, fisiopatológicos o etiopatológicos. ⁽¹⁹⁾

En su libro *La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas* Rodríguez Rivera explica que: " El concepto más aceptado de síndrome es que se trata de un conjunto de síntomas y signos que frecuentemente se presentan asociados pero con diferentes causas.

Otros señalan que se trata de grupos de síntomas y signos de un común mecanismo fisiopatológico que pueden ser causados por diferentes enfermedades. ESTO NO SIEMPRE ES CIERTO. Si el síndrome se identificó por sus mecanismos o su topografía la regla se cumple como ejemplos pueden citarse el síndrome de hipertensión endocraneana, el síndrome nefrótico y el síndrome disentérico. Pero cuando la identificación del síndrome es principalmente sobre bases clínicas las cosas se complican más. El síndrome adénico puede variar tanto en sus causas como en los mecanismos de producción de las adenomegalias. El síndrome anémico es abierto pues sus mecanismos de producción difieren...El síndrome ictérico es también demasiado abierto^{..(20)}

Respecto a la enfermedad el Profesor Rodríguez Rivera expresa: " La enfermedad es una abstracción conceptual (ello no niega su existencia) derivada del estudio de muchos enfermos en los cuales se descubrieron regularidades, similitudes en el orden semiológico, clínico, evolutivo, anatomo-patológico, causal y pronóstico que permitieron identificar un determinado proceso morboso que era el mismo para cada paciente. La enfermedad se conoce también con el nombre genérico de entidad nosológica"^{..(20)}

Y aclara: " Pero al mismo tiempo que se identificaban estas regularidades que permitían asegurar que varios enfermos tenían una misma enfermedad, los clínicos observaban que en cada uno de los enfermos la afección-siendo la misma- tenía una manera diferente, peculiar de manifestarse y evolucionar; ello motivó que se describieran las llamadas formas clínicas de la enfermedad. De estas observaciones, de esta contradicción entre lo que es similar y diferente al mismo tiempo, surgió el sabio aforismo de que" no existen enfermedades, sino enfermos"^{..(20)}

Síndrome y entidad nosológica. Precisiones conceptuales

La polisemia del término síndrome ha tenido y tiene repercusiones en el caso de su empleo como fase previa en la construcción de la hipótesis diagnóstica, de tal forma que a veces el diagnóstico sindrómico que precede al diagnóstico nosológico refleja más convención que convicción y en ocasiones se formulan luego de establecido el nosológico.^(1,2)

Al respecto Mulet Pérez considera que: " En el caso del síndrome como conjunto no casual de síntomas subjetivos, objetivos o ambos que concurren, adquiere un especial relieve como conjunto de signos que se interrelacionan de una manera tal que alcanza una connotación de suprasigno pues de la adición dinámica de sus diferentes elementos, deviene en una mayor capacidad expresiva de una enfermedad. La presencia del síndrome debe poseer, por lo general, una mayor capacidad para sugerir la existencia de una determinada afección que un síntoma o signos aislados o inconexos. En ello radica el valor semiológico del síndrome para arribar al diagnóstico nosológico" ⁽¹⁾

Para plantear una entidad nosológica o enfermedad deben existir alteraciones de carácter morboso estructural, funcional o ambas, que se presentan de forma regular y comparten, a través de un vínculo etiopatogénico, similitudes en su expresión clínica, evolutiva y pronóstica, de forma general, pero con la impronta de la singularidad de cada persona enferma como ente único e irrepetible. La enfermedad pueda expresarse por un cuadro sintomático tanto subjetivo como objetivo, así como por signos paraclínicos con frecuencia analíticos, que pueden integrarse o no en síndromes.

El diagnóstico nosológico consiste en establecer el nombre de la enfermedad. ⁽¹⁸⁾ En ocasiones la entidad nosológica obedece a una sola causa, es decir hay coincidencia en el diagnóstico nosológico y etiológico, pero no siempre es así.

Sobre estas consideraciones podemos resumir en tabla II los siguientes conceptos de síndrome y de entidad nosológica.

Tabla II. Conceptos de síndrome y de entidad nosológica

Síndrome	Enfermedad o entidad nosológica
Conjunto de síntomas, signos* o ambos que se presenta asociados con una frecuencia no debida al azar por vínculos** de diferente naturaleza y que puede obedecer a diferentes causas.	Constructo dado por la regularidad en la presencia de peculiares alteraciones estructurales, funcionales o ambas*** que comparten un vínculo patogénico único o multicausal, con similar expresión sintomática en lo general manifestado de manera particular en cada persona enferma y que adquiere una condición de ente singular.

*Que no solo pueden constituir síntomas objetivos recogidos en el examen físico sino también de los derivados de los estudios paraclínicos, en especial analíticos.

** Vínculos que pueden ser: común mecanismo fisiopatológico; causal; topográfico; similitud de expresión clínica con diversas causas y mecanismos de producción.

*** A nivel macroscópico, microscópico, ultramicroscópico y biomolecular.

La entidad nosológica existe antes que el síndrome pues este constituye una manifestación de aquella y no a la inversa. Para que existan los síntomas y los signos tiene que estar subyacente previamente un proceso morboso, el cual en un momento dado de su historia natural origina alteraciones estructurales y funcionales capaces de manifestarse clínicamente o de revelar alteraciones analíticas o de otra especie paraclínica.

Propuesta de desarrollo conceptual del término síndrome

Moreira y Greca ⁽²¹⁾ en un análisis crítico del cambio conceptual desde la teoría del aprendizaje significativo presuponen que durante el cambio de una cosa esta debe permanecer la misma, y plantean, citando a Popper, que "Podemos decir que una hoja verde cambia cuando queda amarilla, pero no podemos afirmar que hubo cambio si la reemplazamos por una hoja amarilla.

El principio que de lo que cambia retiene su identidad es esencial a la idea de cambio. No obstante, lo que cambia debe tornarse algo distinto: era verde, se ha tornado amarillo; era húmedo, se ha tornado seco; era caliente, se ha tornado frío. Por lo tanto, cualquier cambio es la transición de una cosa para otra que tiene, de cierta forma, cualidades opuestas.

Sin embargo, al cambiar, la cosa debe permanecer idéntica a sí misma” y aclaran: “Este es el problema del cambio que ha llevado a Heráclito a decir que todo está en flujo, nada queda en reposo. Es también lo que nos ha llevado a decir que el cambio conceptual en el sentido de reemplazo de una concepción (alternativa) por otra (científica) no tiene sentido. ⁽²¹⁾

A partir de los presupuestos anteriores Moreira y Greca ⁽²¹⁾ consideran que debía abandonarse el término “cambio conceptual” así como los modelos que lo sugieren como reemplazo conceptual. Plantean que es mejor hablar de evolución, desarrollo, enriquecimiento conceptual y discriminación de significados pues no implican cambios de conceptos o de significados y si aprendizaje significativo.

En concordancia con esos autores la propuesta que hacemos es la del desarrollo conceptual del término síndrome desde la óptica de construcción y discriminación de significados y no la de reemplazar concepciones, sustituyendo una por otra.

Nuestra propuesta de desarrollo conceptual del término síndrome en función del diagnóstico médico es la siguiente:

Síndrome es el conjunto de síntomas, signos (incluso en algunos casos analíticos-paracídicos que constituyen su correlato comprobatorio) o ambos que concurren con una frecuencia no debida al azar cuya relación puede ser causal, patogénica, fisiopatológica, topográfica o por similitud en la expresión clínica de las diversas enfermedades que lo pueden originar.

Se especifica que el síndrome puede estar constituido solo por síntomas o por signos, y no es requisito que estén ambos, pero eso si al ser un conjunto no puede ser uno solo sino dejaría de ser conjunto. ⁽²²⁾ Se incluyen en algunos casos signos paracídicos, en especial analíticos, que constituyen su correlato comprobatorio, dado que sin este el diagnóstico sindrómico puede ser posible o probable pero no confirmado.

En el caso de las pruebas de laboratorio, en todo caso tratando de encontrar algún paralelismo con el concepto de síndrome clínico, nos parece entonces apropiado definir como síndrome analítico, el conjunto de signos analíticos dados por los resultados anormales de ciertas pruebas de laboratorio asociados temporal y patogénicamente conformando un patrón de alteración que pueden ser originados por varias enfermedades. Patrones que por lo general, excepto en los pacientes asintomáticos, tienen su correlato en la clínica.⁽²³⁾

Pongamos el caso del síndrome hiperglicémico. Si no se dispone del signo analítico hiperglicemia sino de los síntomas poliuria y polidipsia estaríamos en presencia de un síndrome poliuria-polidipsia, diada sintomática que no solo obedece a la presencia de hiperglicemia. Si se sospecha que el vínculo pueda ser la hiperglicemia lo pertinente sería enunciarlo como síndrome hiperglicémico o hiperglucémico probable hasta que obtengamos el correlato comprobatorio del síndrome, es decir el signo analítico hiperglicemia.

Por supuesto en presencia de una hiperglicemia aislada tampoco podemos enunciar el síndrome hiperglicémico, sería solo un signo analítico al igual que una hiperuricemia o una hipertransaminemia.⁽²⁾ Algo similar ocurre con el síndrome hipoglicémico o hipoglucémico. No obstante es evidente que existen signos analíticos o paraclínicos de otra naturaleza que preceden las manifestaciones clínicas, ya constituyan estas síndromes o conjuntos sintomáticos ocasionados por una o varias entidades nosológicas, Ese es el fundamento de las pruebas de tamizaje y también es el caso de los pacientes asintomáticos que acuden a consulta por los resultados anormales de una prueba de laboratorio, la detección de un marcador viral o de un hallazgo ecográfico en un chequeo periódico.⁽²⁴⁾

Entre otros síndromes en los que su calificativo implica un signo de la analítica clínica, o incluso electrocardiográfico, se encuentran la hiperpotasemia, la hipopotasemia, entre otros (tabla III).

Tabla III. Algunos síndromes cuya denominación implica como componente esencial un signo analítico

Denominación	Sindromografía	Signo analítico esencial Que lo denomina y corrobora
Síndrome de hipopotasemia	Astenia, debilidad muscular, hiporreflexia, a veces temblores, hipotensión postural, trastornos cardiacos, íleo paralítico etc.	Hipopotasemia
Síndrome de Hipocalcemia	Tetania, hormigueo de los labios, calambres abdominales y musculares e hiperreflexia	Hipocalcemia
Síndrome hiperglicémico	Poliuria, polifagia, pérdida de peso corporal, astenia muscular y psíquica	Hiperglicemia o Hiperglucemia
Síndrome hipoglicémico	Astenia, fatiga, nerviosismo, hipotensión arterial, en las crisis sensación de hambre, angustia, sudación, mareos, malestar indefinido, lipotimia y a veces coma	Hipoglucemia o hipoglucemias

Fuente: 25- Llanio R; Perdomo G. y coautores Propedéutica clínica y Semiología médica. Tomo 2 Ciencias Médicas, 2005

Un síndrome de especial importancia, de naturaleza clínica y electrocardiográfica, es el síndrome coronario agudo. En palabras del Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología para el tratamiento de los síndromes coronarios agudos el síntoma principal que pone en marcha el proceso diagnóstico es el dolor torácico agudo. Los rasgos de tipicidad coronaria apoyan una alta probabilidad de que exista este síndrome pero por si solo lo que permite plantear es una sospecha de síndrome coronario agudo. El electrocardiograma mediante los signos que puede revelar es el que permite sustentar junto al dolor torácico agudo el diagnóstico sindrómico y distingue dos grandes grupos:

- SCA con elevación del ST: pacientes con dolor torácico agudo y elevación del segmento ST focalizado y persistente por más de 20 minutos.
- SCA sin elevación del ST: paciente con dolor torácico agudo y hallazgos tales como elevación transitoria del ST, depresión persistente o transitoria del ST, inversión, aplanamiento o pseudonormalización de las ondas T.

Cabe señalar que en un grupo de pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo este se realizó por una asociación clínico-analítica: dolor torácico agudo y elevación de biomarcadores de necrosis miocárdica por encima del límite superior de referencia en ausencia de signos electrocardiográficos. En este caso se trata de un diagnóstico sindrómico que es equivalente al nosológico: síndrome coronario agudo sin elevación del ST es lo mismo que infarto agudo del miocardio sin elevación del ST.^(26,27)

Por ello se propone especificar al enunciar el síndrome el término probable cuando para su formulación no se dispone de todos los requisitos para enunciarlo. El algoritmo sería el que aparece en la figura 1:

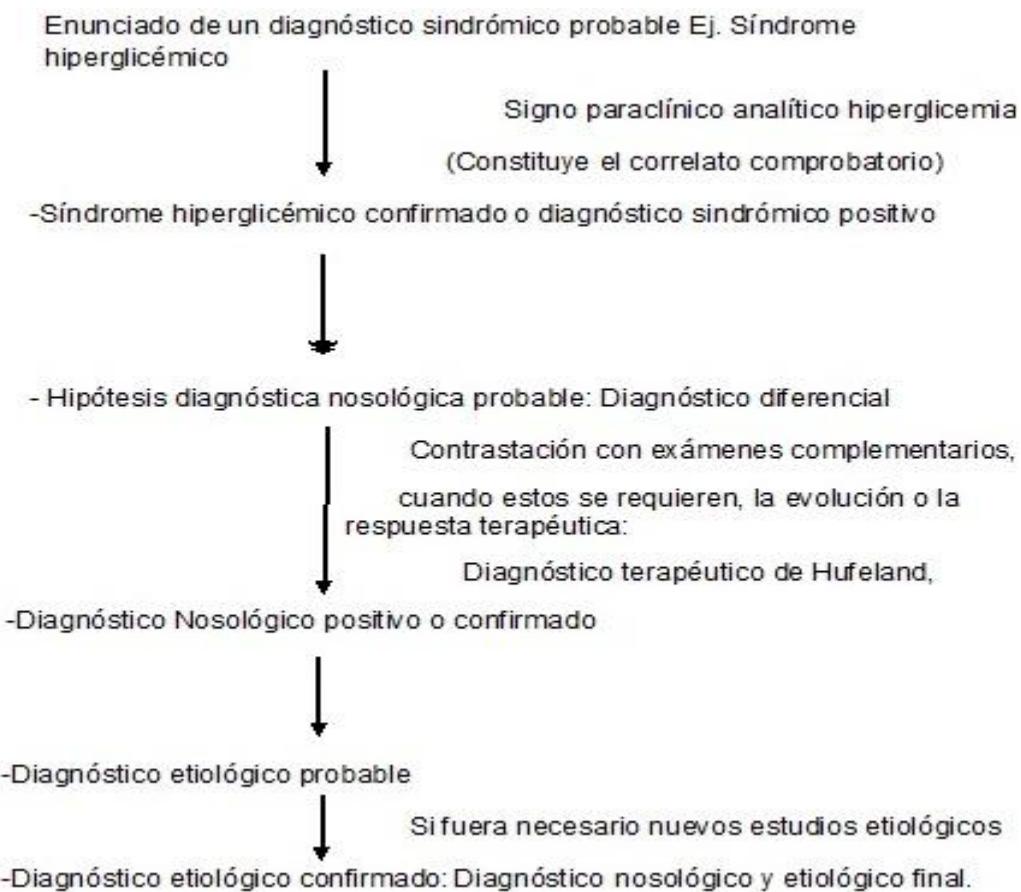


Fig. 1. Algoritmo del enunciado de un síndrome probable a confirmado y de ahí a hipótesis diagnóstica probable y luego del diagnóstico nosológico positivo al diagnóstico etiológico probable y luego confirmado.

Por otro lado hay síndromes integrados exclusivamente por signos analíticos en pacientes en fase presintomática o asintomática intercrisis por ejemplo el síndrome de colestasis disociada integrado por una elevación de la fosfatasa alcalina, la gammaglutamiltranspeptidasa con bilirrubina normal o muy ligeramente elevada.

Incluso en la rediscusiones diagnósticas de pacientes en los cuales los síntomas y signos que presenta no permiten integrar un síndrome, la aparición ulterior de un signo puede permitir conformar un síndrome. Así, la presencia de várices esofágicas en el estudio endoscópico de un paciente que solo presenta como signo aislado una esplenomegalia elevaría la categoría de signo de la esplenomegalia a la de un síndrome de hipertensión portal que en este caso no fue planteada en la primera discusión diagnóstica en la cual a partir del signo esplenomegalia se comenzaron a formular las hipótesis diagnósticas nosológicas. En una segunda discusión diagnóstica o rediscusión la presencia de una fase sindrómica constituida por el síndrome de hipertensión portal reduciría las hipótesis diagnósticas nosológicas por su mayor especificidad.

En su magnífico libro *El método clínico. Lecturas y lecciones*, que todo internista debería leer, el Profesor Miguel Ángel Moreno considera que:

“ Por último, no tiene sentido discutir un enfermo “ solo con la clínica”, si se excluyen los resultados de los exámenes complementarios realizados hasta ese momento. Esa era una norma hace muchos años, en la época de alumno del autor, aunque se sigue realizando por algunos. No tiene sentido en la actualidad. Las investigaciones de laboratorio intervienen de manera muy importante en toda valoración como para pretender ignorarlas. En una discusión diagnóstica, primero deben darse los síntomas, luego los signos, después los análisis y con todos esos elementos comenzar la interpretación del caso”⁽¹⁸⁾

Uriarte Méndez, Pérez Pintado y Pomares Pérez consideran en su trabajo, sobre el razonamiento clínico llevado a la historia clínica, que: “ De todos los problemas relacionados con los modelos establecidos, quizás el más grave es el de evitar hacer alusión a los exámenes complementarios realizados hasta el momento de redactar la discusión diagnóstica.

Una cosa es motivar el pensamiento clínico y otra cosa es violar el principio de veracidad de un documento legal. Es inaceptable desde cualquier punto de vista, omitir una radiografía cuando casi todo el peso del diagnóstico se centró en esta. Obviamente, todo lo que se escriba evadiendo este resultado, es falso. Pero ¿sobre qué base se centra esta forma de actuar? ¿Qué objetivo cumple?..⁽²⁸⁾

Similares criterios sostienen Corona-Martínez y Fonseca Hernández cuando plantean con respecto a la Discusión Diagnóstica y el razonamiento clínico: "... quizás la mayoría de los exámenes complementarios no son confirmatorios de enfermedad alguna, sino que sólo brindan información adicional que debe ser coherentemente integrada al contexto clínico para ser correctamente interpretada y contribuir realmente al diagnóstico del problema que aqueja al paciente. Desde este punto de vista estos exámenes complementarios tienen la función de contribuir a la reducción de la incertidumbre diagnóstica, dentro de sus posibilidades.

A partir de estas consideraciones, ¿cómo excluir los valores de creatinina y del filtrado glomerular calculado a partir de esta, en un paciente en que se discute la posibilidad de una insuficiencia renal crónica? ¿Parece sensato no tener en cuenta las características ultrasonográficas de los riñones en la distinción de la agudeza o cronicidad en un paciente con disfunción renal? ¿Tiene sentido dejar el electrocardiograma fuera del análisis de un paciente con dolor precordial agudo de tipo isquémico según la clínica? ¿Y cómo discutir con propiedad variantes de hiperlipidemias sin el estudio de los lípidos en sangre? ¿Quién puede negar la utilidad del estudio de la sangre periférica, como fuente de información orientadora, para ubicar al paciente con anemia y escasos datos clínicos en alguno de los mecanismos de producción de dicho estado y, a partir de ello, arribar a la etiología? ¿Obviaremos esa información de la discusión diagnóstica sólo por el hecho de concebir la misma como una discusión exclusivamente clínica? ..⁽²⁹⁾

El enfoque sindrómico apropiado permite una mejor toma de decisiones en la práctica médica incluso en situaciones de emergencia⁽³⁰⁾ y contribuye a mejorar la certeza diagnóstica en la discusión diagnóstica⁽³¹⁾ pues influye en que el razonamiento médico se fundamente en bases apropiadas.⁽²⁹⁾

No obstante, en la discusión diagnóstica inicial sustentada en gran parte en la clínica y muy pocos estudios paraclínicos que pueda traer el paciente al ser ingresado o que son realizados durante el ingreso no pueden aprovecharse todos los signos paraclínicos y hay que establecer una hipótesis diagnóstica nosológica inicial, sea o no precedida por un síndrome probable o confirmado o sencillamente por un signo o un síntoma cuya especificidad supere a los restantes del conjunto sintomático con los que no es factible integrar un síndrome. En una rediscusión o una discusión diagnóstica evolutiva o definitiva, cuando se disponen de una serie de estudios complementarios indicados con un pensamiento y razonamiento clínico se está en mejores condiciones no solo de llegar a un diagnóstico nosológico sino también a un diagnóstico etiológico.

Los recursos que aporta la tecnología hay que insertarlos de manera racional en el flujo del proceso diagnóstico. Hay pruebas paraclínicas que solo revelan signos, mientras otras diagnostican entidades nosológicas, precisan la etiología o ambas cosas.

Si bien es cierto que en el método clínico los estudios paraclínicos integran la fase de contrastación, en ocasiones, algunos de ellos en particular los analíticos revelan signos que completan o corroboran el diagnóstico sindrómico que como se sabe debe ser previo a la hipótesis diagnóstica nosológica.

Conclusiones

El empleo inadecuado del término síndrome en la discusión diagnóstica está relacionado, entre otros factores, con su polisemia y ambigüedad terminológica que afectan su funcionalidad en el proceso diagnóstico.

El desarrollo conceptual del término síndrome que se propone respeta el sentido primigenio del concepto, le otorga una mayor funcionalidad a su empleo en el diagnóstico médico y propicia su uso por convicción y no por convención con la formulación, según la circunstancia, de un diagnóstico sindrómico probable o confirmado.

Referencias Bibliográficas

1. Mulet Pérez AM. Síndrome: uso inadecuado del término en la discusión diagnóstica. CCM. 2015 [citado 24 jun 2019]; 19(4): 628-644. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2127>
2. Mulet Pérez A, Mulet Gámez AM, González Ferrer J. Síndrome. Empleo inadecuado del término en la Discusión Diagnóstica. Semejanzas y divergencias en el criterio de expertos. CCM. 2018 [citado 24 jun 2019];21(4): 628-644. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2599>
3. Jablonski S. Síndrome: un concepto en evolución. ACIMED. 1995 [citado 24 jun 2019] ; 3(1): 30-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94351995000100006&lng=es
4. Llanio Navarro R, Lantigua Cruz A, Batule Batule M, Matarama Peñate M, Arús Soler E, Fernández Naranjo A. *et. al.* Síndromes. La Habana: Ciencias Médicas, 2005.
- 5- Mulet Pérez A. El síndrome y el diagnóstico médico en su ¿Gastritis, úlcera o reflujo? Holguín: Ediciones Holguín, 2016.
6. González -Meneses A. Dismorfología clínica genética I: enfoque diagnóstico del paciente dismórfico. An Pediatr Contin. 2008[citado 20 ago 2018]; 6(3):140-146. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(08\)74868-6](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(08)74868-6)

7. Bisbé J. Patología general con su Clínica. Semiología General. Conferencias. Escuela de Medicina. Universidad de la Habana (s/f).
8. Padilla T. Semiología General. Biblioteca de Semiología/Directores T. Padilla y P. Cossio. Buenos Aires: Argentina, 1949.
9. Cossio O, Berconsky I, Fongi E, Fustinoni, Martínez F, Miatello V, et al. Semiología Médica. Hospital Nacional de Clínicas, Instituto de Semiología. TI Buenos Aires, 1955.
10. Galíndez L, Galíndez LC. Manual de Semiología y Clínica Propedéutica. Ed. López Etchegoyen. SRL. Buenos Aires. 1955.
11. Izósteguy Dupuy F. Consideraciones teóricas acerca del diagnóstico médico en su Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985.p.241-285.
12. Llano R, Perdomo G. Propedéutica clínica y Semiología médica. La Habana: Ciencias Médicas; 2003, p.273-280.
13. González Menéndez R. Psiquiatría para médicos generales. La Habana. Científico-Técnica, 1988. p.37.
14. Puigdollers J M; Guma J. Fundamentos generales de Propedéutica en Patología General/ Balcells Gorina. Toray, SA, Barcelona. Tomo II, p.1404-1405. 1970.
15. Surós Batlló A, Surós Batlló J. Surós Semiología médica y técnica exploratoria. 8^{va} ed. Issy les Moulineaux Francia Elsevier Masson. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-semiologia-medica-y-tecnica-exploratoria-8aa-ed/9788445810804/791561>

16. Goic A, Chamorro G, Reyes H. Semiología médica. 2^{da} Ed. Mediterráneo, Antofagasta, Chile:2017
17. Argente HA. La enseñanza y el aprendizaje de la Medicina y la Semiología. Definiciones en Semiología. En: Argente HA, Álvarez ME. Su Semiología Médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.p.4.
18. Moreno Rodríguez MA. El método clínico. Lecturas y lecciones. La Habana: Ciencias Médicas;2012.
19. Laín Entralgo P. Diagnóstico de la enfermedad en Patología General. Barcelona: Toray, SA; 1970.
20. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. La Habana: Ciencias Médicas; 2013.
21. Moreira MA, Greca IM. Cambio conceptual: análisis crítico y propuestas a la luz de la teoría del aprendizaje significativo. Ciênc Educ (Bauru). 2003[citado 5 ene 2018]; 9(2):301-315. Disponible en: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/106922/000441913.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Tundidor Bermúdez ÁM. La teoría matemática de conjuntos en el diagnóstico sindrómico médico. Rev. Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015 [citado 28 jun 2019];40(9). Disponible en: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/308/html_84
23. Mulet Pérez A. Pruebas diagnósticas en el estudio de las enfermedades del hígado En: Paniagua Estévez M, Piñol Jiménez FN. Gastroenterología y Hepatología T.VI. La Habana: Ciencias Médicas; 2016.p.1877-1897.

24. Mulet Pérez A. Historia clínica gastroenterológica En: Paniagua Estévez M, Piñol N, Jiménez F. Gastroenterología y Hepatología T.I. La Habana: Ciencias Médicas; 2016.p.54-71.
25. Llanio R, Perdomo G. Propedéutica clínica y Semiología médica: T. II. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.p.1229-1236.
26. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, *et al.* Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2015; 68 (12): 1125-1125.64. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/en-guia-esc-2015-sobre-el-articulo-resumen-S0300893215005928>
27. Zipes D, Libby P, Bonow R, Douglas L, Mann D, Tomaselli G. Abordaje del paciente con Dolor Torácico .En: Braunwald. Tratado de Cardiología.10^{ma} Ed. España: Elsevier; 2019. p.1062-1069.
28. Uriarte Méndez A, Pérez Pintado E, Pomares Pérez Y. El razonamiento clínico llevado a la historia clínica. Un punto de vista diferente. Medisur. 2015 [citado 28 jun 2019] ; 13(3): 467-471. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300018&lng=es
29. Corona-Martínez L, Fonseca-Hernández M. El razonamiento médico en la historia clínica: una mirada a la discusión diagnóstica. Medisur. 2011 [citado 28 ago 2019]; 9(4). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1589>
30. Cabezas C, Donaires F. Enfoque sindrómico para el diagnóstico y manejo de enfermedades infecciosas febres agudas en situaciones de emergencia. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2017 [citado 28 jun 2019]; 34(2): 316-322. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2836>

31- Suárez Rivero B, Blanco Aspiazú MA, Morales Jiménez E, Suárez Rivero A. Influencia en la certeza diagnóstica de los errores médicos en la discusión diagnóstica. Rev Cub Med Mil. 2012 [citado 24 jun 2019]; 41(3): 271-282. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v41n3/mil07312.pdf>

Dr. C. Agustín M. Mulet Pérez. Hospital Universitario "Vladimir Ilich Lenin". Holguín, Cuba
Correo electrónico: agustinmhlg@infomed.sld.cu