

Los casos clínicopatológicos

Jesús Aguirre-García,* Cecilia Ridaura-Sanz**

Resumen

La discusión de los casos clinicopatológicos fue iniciada por el Dr. Richard C. Cabot en el Hospital General de Massachusetts a principios del siglo pasado y en corto tiempo se convirtió en uno de los instrumentos de enseñanza de la medicina más popular en todo el mundo. A pesar de que hay algunas diferencias entre el diagnóstico de un paciente en la vida real y el diagnóstico de un caso clinicopatológico, este último es un ejercicio de metodología diagnóstica de gran utilidad didáctica.

En las últimas décadas ha disminuido el interés por los casos clinicopatológicos como resultado de varios factores: el énfasis excesivo en el diagnóstico anatómico en detrimento de otros aspectos, como el estudio molecular de la enfermedad y la fisiopatología; la discusión de enfermedades poco comunes; la idea de que el propósito del patólogo es mostrar la ignorancia del comentarista; la limitación de la autopsia para explicar las alteraciones fisiopatológicas y la causa de la muerte en algunos casos; y el de los nuevos métodos de diagnóstico que resuelve las dudas en la mayoría de los pacientes.

Además, la reducción considerable en el número de autopsias ha ocasionado que en los casos seleccionados para las sesiones clinicopatológicas el diagnóstico final se haga por medio de una biopsia o un estudio de laboratorio o de imagen. El caso ideal para que la discusión clinicopatológica conserve su papel como instrumento de enseñanza es un caso de autopsia con suficiente información clínica, de laboratorio y/o de estudios de imagen.

Palabras clave: Autopsia, enseñanza, correlación clínico-patológica

A principios del siglo pasado el Dr. Richard C. Cabot, internista y profesor de la Escuela de Medicina de Harvard, encontró en un grupo de expedientes un caso diagnosticado como neurastenia; el paciente falleció y en el expediente se anotó que se había practicado la autopsia pero no había ninguna información de los hallazgos. Al revisar el protocolo de la autopsia se enteró que el paciente murió por carcinoma de la pleura. Impresionado por la falta de comunicación entre los clínicos y los patólogos e inspirado en la sugerencia de Walter B. Cannon, de que la

Summary

The clinicopathologic conference (CPC) was introduced by Dr. Richard C. Cabot at the Massachusetts General Hospital in the U.S. early in the past century. In a short time, it became one of the most popular medical teaching tools in the world. Despite certain differences between beside diagnosis and CPC diagnosis, the latter is a valuable teaching exercise.

During the past few decades, interest in CPCs has declined due to several issues: excessive concern with anatomic diagnosis at the expense of molecular pathogenesis and pathophysiology; emphasis on uncommon diseases; the pathologist being considered an adversary who enjoys demonstrating clinical discussion errors; autopsies failing to reveal abnormalities in physiopathologic disorders and it is not rare to fail to reveal cause of death, and the fact that very few cases are true diagnostic problems, due to advances in diagnostic techniques. In addition, with the decline of interest in autopsies during the past years, in several CPCs, many final diagnosis is performed by biopsy, laboratory tests, or imaging studies.

The ideal CPC case to conserve the educational role of this exercise is an autopsy case with adequate clinical, laboratory and/or imaging studies.

Key words: Autopsia, teaching, clinico-pathologic correlation.

discusión de "casos reales de enfermedad" debía utilizarse en la enseñanza de la medicina (en forma semejante al estudio de casos que se había aplicado con gran éxito en la Escuela de Leyes de Harvard), Cabot llevó a cabo la presentación de casos clinicopatológicos en el Hospital General de Massachusetts. Los "Casos de Cabot", como se llamaron, fueron impresos y distribuidos entre suscriptores y en 1923 aparecieron publicados por primera vez en la revista *Boston Medical and Surgical Journal*, predecesora de la *New England Journal of Medicine*.¹

* Academia Nacional de Medicina, Miembro Titular. Facultad de Medicina, UNAM y Hospital General de México, O.D.

** Academia Nacional de Medicina, Miembro Numerario. Subdirección de Investigación. Instituto Nacional de Pediatría.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Jesús Aguirre García. Unidad de Patología (310) Hospital General de México, O.D. Dr. Balmis 148 Col. Doctores 06726 México, D.F. Tel. 55-78-46-08

En corto tiempo la discusión de los casos clínicopatológicos o anatomoclínicos, llamada también conferencia clínicopatológica, se convirtió en el principal evento académico semanal en la mayoría de las escuelas de medicina y los hospitales de Estados Unidos y otros países; además, los casos aparecieron publicados en varias revistas. Las sesiones clínicopatológicas continúan presentándose cada semana en el Hospital General de Massachusetts y su publicación en la revista *New England Journal of Medicine* se ha conservado como una tradición durante 80 años.

En la etapa inicial la discusión de los casos era informal y en casi todos participaban Cabot, su hermano Hugh, que era cirujano, y un urólogo de nombre Edward L. Young, Jr. En 1935 el Dr. Tracy B. Mallory, jefe de patología del Hospital, miembro de una famosa dinastía de patólogos, fue nombrado editor de los casos en lugar de Cabot. Mallory utilizó casos de autopsia y de patología quirúrgica y les dio un carácter más científico con la participación de comentaristas de distintas especialidades, una información de patología más amplia y una correlación clínicopatológica más completa.²

El sucesor de Mallory como jefe de patología y editor de los casos fue Benjamin Castleman, ocupó los dos cargos a partir de 1953. Castleman era "un diagnosticador clínico muy agudo y un patólogo soberbio";³ entre sus contribuciones a la medicina están la descripción de las lesiones de las glándulas paratiroides asociadas a hiperparatiroidismo y de la enfermedad de los ganglios linfáticos que lleva su nombre. En el curso de 21 años (1953 a 1974) participó en la selección, coordinación y edición de 2 000 casos, actividades que llevó a cabo cada semana. Buena parte del éxito de los casos coordinados por Castleman se debió a su personalidad agresiva, que contribuyó al desarrollo de todo un espectáculo en las discusiones con los clínicos y cirujanos. Se menciona que era un clínico frustrado (lo que explica su interés por los casos clínicopatológicos) que no se detenía en sus comentarios y tenía como misión en la vida proteger al paciente de los excesos de los cirujanos.² Como editor, Castleman obtuvo financiamiento para distribuir gratuitamente los casos a países en desarrollo y a partir de esta época fue posible tener suscripción de los casos con las ilustraciones correspondientes.³

El siguiente editor fue el Dr. Robert E. Scully; su participación fue tan prolongada e importante como la de Castleman. En esta etapa por los menos 200 hospitales de todo el mundo recibían cada semana los casos con las diapositivas correspondientes y una encuesta efectuada en 1976 entre los suscriptores de las revista, para conocer la utilidad de los casos, reveló que 56% de los lectores leía por los menos tres casos clínicopatológicos cada mes, en tanto que 5% nunca los leía. Scully concluyó que el resultado de la encuesta fue muy favorable

si se toma en cuenta que en muchos casos se discuten aspectos muy especializados de la medicina.⁴

La Dra. Nancy Lee Harris, editora actual, opina que virtualmente cada médico en el mundo ha leído en alguna ocasión los reportes de las conferencias clínicopatológicas y señala que una de las razones por las que aceptó esa tarea fue para dar a conocer por medio de los casos las contribuciones de los patólogos (con frecuencia inadvertidas) al cuidado de los pacientes. En ese mismo artículo la doctora Harris comenta la necesidad de adecuar las sesiones anatomo-clínicas a la medicina actual. Los avances tecnológicos y la implementación de pruebas diagnósticas cada vez más sensibles y específicas dan como resultado que la mayoría de los pacientes cuente con un diagnóstico preciso de su enfermedad. Los retos actuales para la atención adecuada de un paciente son la selección de las modalidades terapéuticas y las estrategia de prevención, así como el estudio de la fisiopatología del padecimiento, particularmente si se trata de una enfermedad emergente.⁵

La mayoría de los casos clínicopatológicos que se publica actualmente en la revista *New England Journal of Medicine* no son casos de autopsia y el diagnóstico "final" o "definitivo" no lo hace necesariamente el anatopatólogo. El caso puede concluir con un examen de laboratorio, como una prueba serológica, o un estudio de gabinete.

El objetivo principal del caso clínicopatológico es hacer un ejercicio de metodología diagnóstica; otros objetivos son conocer las alteraciones macroscópicas e histológicas de la enfermedad y correlacionar los síntomas y signos con los hallazgos anatopatológicos.

Apesar de que la discusión de casos clínicopatológicos es un método excelente de enseñanza de la medicina, desde hace tres décadas aparentemente ha disminuido el interés por este ejercicio. Se ha sugerido que el desinterés por estas sesiones es paralelo al de las autopsias y quizás es una consecuencia de éste último. Con el objeto de conocer cuál es la situación de los casos clínicopatológicos y su relación con la práctica de las autopsias en nuestro medio, realizamos una encuesta en 16 hospitales de la ciudad de México: siete de los Institutos Nacionales de Salud, cinco del Instituto Mexicano del Seguro Social, tres de la Secretaría de Salud y uno de PEMEX. En 10 hospitales la presentación de los casos anatomo-clínicos se efectúa en forma periódica en sesión general, con la asistencia de numerosos médicos y la coordinación de los patólogos; en tres de éstos se realiza cada semana, en tres cada dos semanas, en uno cada dos a cuatro semanas y en tres cada mes; en algunos hospitales la periodicidad depende del número de autopsias, que varía de 20 a 80 al año. En tres hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social las sesiones son esporádicas, en número de una a cinco al año; en dos el número reducido de sesiones se atribuye a que no son programadas

por las autoridades de enseñanza y en uno al pequeño número de autopsias. En dos hospitales de los Institutos Nacionales de Salud y uno de la Secretaría de Salud no hay sesiones clinicopatológicas desde hace dos o más años; en uno han sido sustituidas por sesiones del comité de mortalidad, en otro se suprimieron porque “se invierte mucho, tiempo en discutir un solo caso” y en su lugar se presentan casos de patología quirúrgica y autopsia; en otro hospital “las autoridades no han programado casos clinicopatológicos”: es interesante señalar que en dos de los hospitales en los que no hay sesión anatomo-clínica se practica un número elevado de autopsias. En conclusión, en los hospitales encuestados la presentación de casos clinicopatológicos en sesión general no depende del número de autopsias, aunque la periodicidad de las sesiones sí. La persistencia de esta actividad académica en 10 de los hospitales parece ser una consecuencia de la tradición y de la convicción de su utilidad.

Una opinión frecuente es que si bien es cierto que la sesión anatomooclínica tradicional ha sido un excelente ejercicio de diagnóstico, en la actualidad resulta anacrónica y su forma estereotipada no es congruente con el nuevo modo de ejercer la medicina.⁴ Es probable que algunas de las críticas que se han hecho a este ejercicio sean responsables de su menor interés. Se menciona que se hace énfasis excesivo en el diagnóstico anatómico en detrimento de otros aspectos, como la fisiopatología y el estudio molecular de la enfermedad. No se discuten algunos puntos de gran interés, como el impacto social o psicológico del paciente o el costo de la atención médica. Se presentan casos poco comunes, diferentes a los observados en la práctica diaria. Los resúmenes de historia clínica tienen información incompleta o tendenciosa. El patólogo, con su actitud agresiva, pretende poner en evidencia al comentarista. El comentarista, con el propósito de “quedarse bien”, realiza un proceso de elaboración del diagnóstico no siempre instructivo y con frecuencia artificial.⁴ No es raro que la causa inmediata de la muerte no se pueda conocer a pesar de la elaboración de la autopsia. Otros posibles factores son el empleo de nuevos métodos, como la tomografía computada, la resonancia magnética y la endoscopia, que resuelve los problemas de diagnóstico en muchos casos.⁵ Y, en los países del primer mundo, el desarrollo de la investigación biomédica experimental que ha transformado a los departamentos de patología en departamentos de investigación.

Casi todos los argumentos que condenan la utilidad actual de estas sesiones se pueden contrarrestar si se conserva el objetivo fundamental de esta actividad. Se ha considerado que la sesión clínico-patológica es el mejor método de educación médica continua entendida como “el conjunto de actividades de enseñanza que desarrolla, mantiene, amplía, actualiza y profundiza los conocimientos,

valores, actitudes y destrezas”.⁶ Cuando el médico comparara sus diagnósticos clínicos con los informes de autopsia es capaz de evaluar en forma objetiva sus habilidades y limitaciones, esto le permite mejorar constantemente su práctica profesional. Las sesiones anatomo-clínicas le dan al médico la oportunidad de revisar los conocimientos de una enfermedad, la expresión de la misma en un caso particular, las alternativas de diagnóstico, la validez de los estudios paraclínicos, las propuestas de tratamiento y la forma de prevenirla. Los casos seleccionados deben exemplificar una variedad amplia de las enfermedades que se observen en cada hospital y también es conveniente incluir las enfermedades raras debido a que ocurren en la práctica diaria.

Lifshitz señala que el caso clinicopatológico tiene un atractivo lúdico por su estructura semejante a la de la novela policiaca, en la que participan cuatro protagonistas: la víctima es el enfermo que falleció, el culpable la enfermedad que lo mató, el investigador es el clínico y el juez el patólogo. Compara, además, las diferencias entre la solución de un ejercicio clinicopatológico y el diagnóstico de un paciente en la práctica diaria. En el caso clinicopatológico el comentarista tiene que basar su diagnóstico casi siempre en los datos del interrogatorio y la exploración física que otros médicos obtuvieron o interpretó y no los puede corroborar. Los únicos datos objetivos que tiene son los estudios de gabinete. Los casos seleccionados con frecuencia corresponden a enfermedades raras. Las alteraciones fisiopatológicas (cetoacidosis diabética, desequilibrio hidroelectrolítico, etcétera) no pueden ser confirmadas o descartadas por la autopsia. En la vida real lo que importa es hacer el diagnóstico y curar al enfermo, en la sesión fundamentar un diagnóstico aunque no coincida con el del patólogo. Concluye que resolver un ejercicio clinicopatológico equivale a nadar fuera de la alberca, aunque es la mayor aproximación a un ejercicio de metodología diagnóstica sistematizada.⁷

Para que las sesiones anatomooclínicas cumplan con su cometido es conveniente tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Aunque pueden aparecer otras modalidades, la sesión tradicional es la discusión de un caso de autopsia. La autopsia permite una correlación anatomooclínica más completa que la discusión de un caso quirúrgico o de biopsia y no solo proporciona información sobre la enfermedad principal (el diagnóstico), sino que desenmascara la presencia de otros padecimientos o complicaciones que actúan como distractores. La discusión por parte del patólogo debe incluir todos los métodos de estudio disponibles (inmunohistoquímica, microscopía electrónica, biología molecular) siempre que aporten información relevante.
2. El caso ideal es un caso de la vida real: se trata de analizarla expresión de la enfermedad en una situación

particular (este enfermo) y no el concepto abstracto de un padecimiento. La práctica de “inventar un caso” nunca logra el dramatismo y los matices que presenta el caso real y tampoco permite apreciar la utilidad y limitaciones de los métodos de estudio, incluida la autopsia.

3. Lo ideal es que se discutan casos propios. Esto no es indispensable; la publicación de los casos del *New England Journal of Medicine* ha demostrado que el ejercicio se puede hacer en casos ajenos. Sin embargo, el análisis del caso en relación al entorno real de la atención de un hospital particular permite conocer las estrategias alternas que conducen a la elaboración de un diagnóstico con base en los métodos de diagnóstico disponibles y la forma racional de su uso.
4. La selección del caso es la parte más importante para el propósito de enseñanza. Los casos habitualmente son seleccionados por el patólogo y el criterio más importante es que los hallazgos de la autopsia expliquen satisfactoriamente las manifestaciones clínicas; para ello se requiere un expediente clínico adecuado y los exámenes de diagnóstico indispensables. En ocasiones se justifica la omisión de alguna información relacionada con el diagnóstico con la condición de que esto no induzca la formulación de un diagnóstico erróneo. Un requisito esencial es que la expresión clínica de la enfermedad haga posible una discusión provechosa; un error relativamente frecuente es que el patólogo seleccione un caso muy interesante desde el punto de vista anatómopatológico pero que no dé lugar al ejercicio clínico. Es indudable que parte del éxito de los casos presentados por el Dr. Castleman fue resultado del amplio conocimiento que este patólogo tenía de la clínica y de la correlación anatómoclínica.
5. El comentarista oficial debe ser un médico con experiencia. No se trata de dictar una conferencia sobre un padecimiento o de relatar lo que menciona la literatura. Los casos que aportan más enseñanza son aquellos en los que los clínicos muestran su propia experiencia e ilustran el proceso de toma de decisiones para abordar un problema de diagnóstico o de tratamiento. Lo importante es la semiología del caso y no “atinarle” al diagnóstico.
6. La presentación clinicopatológica debe hacerse con la participación de todo el grupo de profesionales que interviene en la atención de los pacientes. La revisión de casos de un solo servicio es de gran utilidad para

fines de enseñanza de ese servicio, pero no puede reemplazar a la sesión general multidisciplinaria. Por otra parte, la suspicacia que el caso clinicopatológico despierta en el comentarista y el público no invalida la utilidad didáctica de esta actividad y puede estimular la asistencia a las sesiones.

En algunos hospitales se ha intentado reemplazar la sesión anatómoclínica por la sesión de mortalidad, sin embargo tienen propósitos diferentes. En la sesión de mortalidad no importa el ejercicio clínico sino evaluar las condiciones en las que se proporciona la atención médica para detectar deficiencias y corregirlas oportunamente.

Las sesiones anatómoclinicas son una especie de ritual, formal y solemne en el que se dramatiza, a través de un caso de la vida real, el arte de la medicina. Hugo Galera dice que “la autopsia es el acto de mayor rango del patólogo, en el que se analiza la enfermedad con datos objetivos, cuando el médico clínico viene de verdad al terreno del patólogo y la confrontación es de igual a igual y solo a favor de la salud de los pacientes. La sesión anatómico-clínica, así siempre sustentada por la autopsia, es la “puesta de largo” de un hospital y en parte una de las mejores medidas de su prestigio”.⁸

Referencias

1. Ingelfinger FJ. Castleman of the CPC'S. N Engl J Med 1974;291:250-251.
2. Scully RE, Vickery AL Jr. Surgical pathology at the hospitals of Harvard Medical School, In: Rosai J. Guiding the surgeon's hand. The history of American surgical pathology. Washington D.C., USA: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. Pp. 87-110.
3. Scully RE. Ben Castleman champion of the CPC. N Engl J Med 1982;307:370-371.
4. Relman AS, Lipkin M. Scully RE. Are the case records obsolete? Two views. N Engl J Med 1979;301:1112-1116.
5. Harris NL. Case records of the Massachusetts General Hospital-Continuing to learn from the patient. N Engl J Med 2003;348:2252-2254.
6. Garduño Espinosa A, Heshiki Nakandakari L, Ridaura Sanz C. Las sesiones anatómoclinicas en México en los albores del Siglo XXI. Rev Panam Salud Pública 1998;4:424-428.
7. Lifshitz A. Resolviendo el ejercicio clinicopatológico (o cómo nadar fuera de la alberca). La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F. pp. 39-44.
8. Citado por Oliva Aldamiz H. Ángel Peña, el maestro prosector. Patología (Méx) 1997;35:5-11.