

EL ERROR DIAGNÓSTICO EN TOCGINECOLOGIA

Prof. P. Dr. NUBIOLA ESPINÓS

Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona

LAS conquistas científicas que han trascendido a la medicina profesional poniendo a disposición del práctico una serie de medios y recursos de gran utilidad y muchos de absoluta eficacia, han allanado de una manera considerable las abruptas tareas clínicas, proporcionando grandes facilidades en el diagnóstico; pero también la posibilidad de una radiografía, de una biopsia, de un análisis da lugar a que se relajen las normas clásicas para la formalización de una historia clínica.

En Obstetricia y Ginecología se deja ello sentir quizás aún más que en otras especialidades, en parte por tal motivo, además también por sus condiciones particulares; una de las causas es la facilidad aparente, que resulta paradójica, del reconocimiento de los genitales femeninos, por ser éstos asequibles por vía vaginal, otra es la posibilidad de recurrir fácilmente al acto quirúrgico.

No es mi objeto analizar en detalle los elementos utilizables para el diagnóstico, ni alambicar lo correspondiente al diagnóstico diferencial, sino analizar brevemente las causas de error y la forma de evitarlas.

Me referiré a algunas situaciones clínicas para que puedan servir de pauta, pero en sentido general importa recordar que para conocimiento de un caso lo primero que debe hacerse es un interrogatorio, pero interrogar no es enterarse a la ligera de los hechos actuales, ni dejar que la paciente se despache a su gusto refiriendo datos sin orden ni ilación. Saber interrogar es difícil por parte del médico, como asimismo lo es acertar en las respuestas por parte de la interesada.

Afortunadamente en tocGINECOLOGÍA por las circunstancias capitales del organismo femenino como son sus etapas: infantil o prepuberal, de vida sexual y menopausia; la ocurrencia y caracteres de menstruación, actos sexuales, gestaciones y puerperios no es difícil que pueda conocerse obteniendo información cronológica de los mismos, una historia genital de la paciente. En el trazado de la misma podremos intercalar o superponer luego los síntomas que aparezcan truncando la normalidad en la ocasión que fuere.

Es posible que algún lector sonría creyendo obvias tales consideraciones, pero al tal yo le emplazo a que ensaye un interrogatorio respecto a un solo asunto, p. ej., los caracteres de la menstruación en una paciente. Si se limita a preguntarla ¿menstrúa usted bien?, recibirá casi siempre una respuesta afirmativa a pesar de que no sea exacto. ¿Es que acaso la mujer sabe qué es la menstruación? No, ella sólo sabe que desde cierta época ha observado que algunos días mana sangre por sus genitales. Supongamos que la pregunta es más insistente, ¿tiene usted la menstruación todos los meses? Salvo que haya observado largos períodos de amenorrea completa, contestará también que sí. La buena mujer considera que si sangra de tanto en tanto su menstruación es regular, aun cuando la periodicidad, la duración o la cantidad no lo sean: son estos tres datos los que interesa puntualizar.

Se ha de contar también con la falta de memoria, muchas no recuerdan la fecha de menarquia, olvidan que en cierta época se suspendió la regla, o en tal otra ocurrió exageración o disminución de la misma, o sufrió pérdidas atípicas. Todo ello pasa por alto si el interrogatorio no ha sido minucioso y aún, para mayor seguridad, precisa apelar a la técnica judicial de las repreguntas.

Lo que llevamos dicho justifica que, aun actualmente, cierta parte de público médico acepte que puede ocurrir menstruación durante el embarazo como también que una amenorrea circunstancial afirme la gestación, y que una cancerosa vuelva a menstruar en plena menopausia, etc.

Los que tuvimos la suerte de recibir enseñanzas del mejor maestro de la especialidad en España, y dicho esto podría excusarme de nombrar a Fàrgas, no hemos

jamás olvidado la importancia que daba al interrogatorio. Regido por él aparecía en nuestra mente la evolución de la afección, cual si se desarrollara ante nuestros ojos una película cinematográfica, la exploración no hacía más que ratificar lo que ya aparecía claramente por la anamnesis.

Como ejemplo entre muchos que podría aducir recordaré el siguiente:

En época de vacaciones, regentando yo la clínica en concepto de auxiliar, ocurrió un caso que me produjo grandes dudas diagnósticas. Aquel día Fargas actuaba en un tribunal de exámenes, y aprovechando una pausa me senté a su lado y le expuse los datos más salientes de la historia clínica, me oyó con atención y al terminar la relación me dijo sonriendo: "Si usted repasa tal capítulo de mi libro (su Ginecología) encontrará allí la solución." Se trataba, en efecto, como pude convencerme en la intervención de lo que Fargas ya indujo: de un interesante caso de hematómetra lateral.

Logrado el interrogatorio a satisfacción interesa naturalmente el reconocimiento, digo reconocimiento y no observación, porque a mi entender no es lo mismo. Reconocimiento, significa enfrentarse con el aparato genital de la paciente en forma que se lleguen a apreciar las particularidades que pueda ofrecer en concepto normal y en el patológico.

Para conseguirlo interesan condiciones adecuadas de la paciente y del médico que, si se analiza el asunto, se comprenderá son imprescindibles; sintetizándolos podría decirse que se ha de conseguir, que la primera esté en reposo moral y físico y que el segundo tenga comodidad de actuación y discreción en todos los sentidos de la palabra.

Un tacto practicado bruscamente a una paciente atemorizada, hundida y crispada en una cama y teniendo que esforzarse el médico para no perder el equilibrio manteniéndose con el dorso flexionado, suele ser de poco provecho.

Es sabido que la exploración tocoginecológica capital es por tacto combinado con la palpación, pero ha de ser efectuado de tal suerte que, desde la entrada vaginal, vayan reconociéndose datos hasta llegar al hocico de tenca y fondos de saco; si el tacto es sólo vaginal la exploración forzosamente resultará incompleta aún colaborando la palpación, pues queda una zona pelviana que no es alcanzada; dicha región se extiende desde el fondo de Douglas al sacro en el sentido anteroposterior y desde la base de los ligamentos anchos hasta la escatadura ciática. La razón es obvia aun cuando los dedos presionan en los fondos de saco laterales y posterior, la elasticidad de la pared vaginal limita la actuación, y si bien la mano externa cabe que, presionando por hipogastrio y fosas ilíacas, consiga descender a los órganos que se intenta explorar no siempre se consigue plenamente.

La conducta que entendemos más provechosa es iniciar la exploración con el tacto vaginal y una vez éste ha dado su rendimiento, continuar con el tacto vaginorectal. El dedo en el recto debe rebasar la ampolla rectal, entonces puede recorrer el peritoneo pelviano y la porción supraistmica de la pared posterior del útero, la situación y condiciones de los ligamentos útero sacros, llegar al ovario y limitar la extensión, hacia la parte pósterio lateral de la excavación, de los procesos anexiales.

Para que este *modus faciendi* dé suficiente resultado importa que, con el mismo, se pueda tener concepto, primero de la situación de cada uno de los órganos y luego de las diferencias que presenten respecto de su condición normal.

Desde hace mucho tiempo vengo exigiendo en clínica cuando se practica una exploración que se afirmen dos hechos: uno es dónde y cómo está el hocico de tenca y otro dónde se encuentra el fondo del útero. Esto último no siempre se logra con facilidad, de ahí una frase que he repetido en muchas ocasiones en la jerga clínica: hay que individualizar el útero. Con esto pretendo dar a entender que no basta tocar parte del útero y menos *suponer* que el cuerpo del órgano está en tal zona sino que, en buena práctica, no puede seguir la exploración adelante sin tener la seguridad de ello. Tanto es así que, aun con el abdomen abierto, no se podría llevar a cabo con acierto una intervención, si, a pesar de adherencias y magma fibroso

que pueden velar los genitales internos, no se insiste pacientemente hasta lograr reconocer y aislar en lo posible el órgano.

Tengo plena seguridad de que cuantos hayan practicado la especialidad habrán sido sorprendidos por cierta singularidad, cual es la distinta apreciación de los mismos hechos por un reconocimiento practicado con un intervalo, aun cuando éste sea de uno o de pocos días. Además de otras razones que lo justifican, depende de que muchos casos ginecológicos y obstétricos tienen menor inmutabilidad que las afecciones ocurrientes en otros territorios orgánicos. Puede que el práctico lo atribuya a deficiencia de su parte en el examen anterior, claro que también es posible, pero sin ello el hecho tiene lugar también.

Por tal motivo tengo dispuesto en los servicios a mi cargo que cada reconocimiento se detalle en la historia clínica de los casos con la fecha y firma de quien lo haya practicado. Y el resultado ha sido sumamente provechoso y alentador.

* * *

¿Existe o no embarazo? Este interrogante con tanta frecuencia planteado al clínico, unas veces, las menos, es resuelto por haber logrado un diagnóstico exacto, en general, salvo que el práctico se haya especializado, opta por una de tres salidas: rehuir la afirmación positiva o negativa alegando que es difícil siendo temprana la supuesta gestación, o aconseja como solución una reacción de Asheim-Zondek o Friedman, o, juzgando por las apariencias, afirma o niega sin fundamento el estado gravídico, usualmente lo primero por considerar está menos expuesto a quiebras

¿Es acaso realmente difícil el diagnóstico de una gestación de dos o tres meses? Si se atiene el práctico a las normas antes señaladas y conoce las modificaciones gravídicas usuales del órgano no tendrá para ello la menor dificultad en casos corrientes. A buen seguro que puestos de lado sobre una mesa un útero con gestación incipiente y otro vacuo, sin gestación, no se confundirían con sólo darles un vistazo. Pues esto mismo ocurre con un reconocimiento adecuado. Si no se procede bien el error es muy fácil. Será unas veces por tratarse de una mujer obesa, de abultado abdomen y que acusa un retardo menstrual; teniendo los dedos en la vagina, entre éstos y la mano que palpa el hipogastrio se interpone una masa voluminosa que parecerá sea el útero.

La sugestión de las referencias de la paciente que sufre mareo, náuseas, vómitos, etc., por influencia nerviosa o por reflejo de padecimientos viscerales sin embarazo, ayuda a convencer; igualmente cuando aquélla manifiesta que ha sentido persistentes movimientos del feto —dato que no suele faltar en los embarazos falsos por peristaltismo intestinal o contracturas de la pared— que han sido comprobados por el marido o la madre de la interesada!

Algunas veces completa la inducción al diagnóstico del embarazo sin que exista tal estado haber observado que, espontáneamente o por expresión de la areala, fluye alguna gota por el pezón, por ignorar que el hecho es bastante frecuente en amenorreicas no grávidas.

También un caso obstétrico muy frecuente es el de gestación con amenazas de aborto. Descontado que exista embarazo y ocurran pérdidas sanguíneas el médico recomienda reposo y un tratamiento, el que sea; a pesar de ello, persisten las pequeñas pérdidas o habiendo cesado reaparecen, y así se pasan los días manteniendo la confianza de que la gestación sigue adelante, pudiendo ocurrir diversas eventualidades. ¿Por qué no comprobar que la gestación ha cesado? Cuando esto tiene lugar el útero lo demuestra por su falta de desarrollo y por perder su lozanía, su consistencia elástico-resistente, por disminuir su abombamiento, de manera que sus paredes tienden otra vez al paralelismo.

Si no ocurre hemorragia importante puede ser que el médico titubee algún tiempo en intervenir por temor de que sea el causante de un aborto evitable, cuando hace días o semanas que el huevo caducó.

Todos los tratados de Ginecología anotan la sintomatología de las diversas afecciones y detallan las circunstancias anatómicas predominantes, pero no es posible que se refieran a todas las variedades que puedan ofrecer los casos, por esto se dijo con tanta razón que el verdadero maestro es la clínica; pero, actuar en clínica no consiste en aventurar un posible diagnóstico y resolver, como se pueda, una situación operatoria, sino estudiar y tratar los casos racionalmente.

Ha contribuido mucho a la relajación de normas de trabajo clínico la aceptación sin protestas de diagnósticos vagos: afección anexial, tumor pelviano, abdomen agudo y no sería raro que en alguna hoja clínica se hubiera estampado: bultoma. Esto me recuerda la chacota que en mis tiempos de estudiante hacíamos de un médico jefe de un servicio, que en casos de defunción, invariablemente suscribía que la muerte había sido por tos o por diarrea.

Ha ido cundiendo el concepto deplorable de entender que antes de una intervención no hace falta entretenerse en lograr el diagnóstico del caso pues ya lo evidenciará el acto operatorio. Aun cuando se quiera aceptar que tal conducta no es ilógica cabe preguntar, ¿si se desconoce la lesión, en qué se ha fundamentado la indicación operatoria? Se podrá decir lo que va a hacerse es una comprobación del estado genital. Tampoco tal orientación es plausible, por mínimo peligro que tenga actualmente la abertura del abdomen.

No es que yo pretenda alzarme contra la laparatomía exploradora, conveniente y en algunos casos es necesaria, pero cuando se practica no es para averiguar el proceso que aqueja la paciente, sino que, habiéndose establecido el diagnóstico del caso, no se ha podido dilucidar si está dentro de los límites de la operabilidad o la extensión que deba tener la exéresis. Como puede comprenderse no es lo mismo que en el caso anterior.

Una laparatomía en busca de un quiste ovárico no tratándose sino de una vejiga urinaria distendida, la intervención para extirpar un fibroma cuando el útero no tiene tumoración alguna si bien está incluido en un magma debido a flogosis pélvica o se encuentra en retroflexión con adherencias, y otros por el estilo no son hechos singularmente raros en los anales de los quirófanos.

Si en un caso de fibroma no se puntualiza la situación y condiciones del tumor es posible que se decida la castración en nulípara deseosa de hijos, cuando estudiado el caso se podía haber conservado la función por una miomectomía.

También da lugar a desaciertos cierta costumbre bastante corriente de, a seguido de establecer indicación operatoria, estimar existe urgencia de realizarla, por lo que si el concepto diagnóstico no fué exacto, ya no tiene enmienda.

Los grandes éxitos y la espectacularidad del acto quirúrgico han triunfado plenamente en el ánimo del público que acepta sin protestas ni remilgo y muchas veces con fruición y aun con entusiasmo la indicación operatoria, pero no puede el médico abusar de esta cómoda receptividad de la paciente, pero no está en mi ánimo excursionar en este terreno.

Siguiendo el concepto anterior, el planteamiento de la urgencia de la intervención inmediata entraña un peligro, se opera un caso del que no se sabe otra cosa que existencia de una lesión pero se desconoce —por no haber tiempo material para averiguarlo— cuanto pudiera interesar del estado y restantes órganos de la paciente; el desconocimiento de ello puede ser motivo de complicaciones, de otra suerte evitables, teniendo en cuenta que la operada, además del trauma, tiene que soportar una anestesia y un curso postoperatorio.

El asunto de la urgencia requiere que sea analizado en cada ocasión, si la tuviera en realidad con toda evidencia no hay discusión posible, pero, aún pareciéndolo, una demora suficiente a mejorar de momento la situación apurada de la enferma muchas veces es garantía de que pueda la intervención terminarse y tener éxito.

También la premura operatoria expone a que se efectúe la intervención en condiciones inadecuadas.

Recuerdo un caso en que el médico, por los síntomas de la parturienta, diagnosticó una rotura uterina y pedía auxilio. La paciente residía en una pequeña población bastante lejana, recapacité un momento y opté por decirle: "Tráigala en la forma que mejor puedan mientras aquí yo lo tendré todo dispuesto para intervenirla." Se hizo así y se logró un excelente resultado. No sé si hubiera sido el mismo si, por la urgencia del caso, hubiera yo salido al punto para practicarla en la población donde vivía la enferma.

Volviendo al punto principal del tema es innegable que el restablecimiento y si cabe mejoramiento de las normas clásicas en la formación de la historia clínica completa de los casos, además del provecho que ha de reportar a las pacientes, es la mejor manera de adiestrarse en la práctica de la especialidad y mejorar la actuación personal, lo que trasciende en alto grado respecto de la educación y formación de los ayudantes y de los alumnos.

Cuando después de haber precisado y ratificado el diagnóstico se plantea una terapéutica productiva, o se fundamenta una indicación operatoria y la técnica requerida y, ulteriormente resulta justificado y confirmado, el ánimo del práctico, siente completa satisfacción, que es el mejor premio de sus afanes.

RESUMEN

Los medios auxiliares de gran utilidad para la confirmación diagnóstica han relajado en tocoginecología las normas que requiere la historia clínica, ésta no es factible sin el interrogatorio minucioso y exploración bastante a demostrar la situación y condiciones de los órganos afectados.

Sin la pauta y las técnicas que analizamos serán frecuentes los errores de diagnóstico, si éste es impreciso o nulo, la indicación será aleatoria y la intervención podrá ser inútil o nociva.

La laparatomía exploradora sólo ha de practicarse para justipreciar la posible operabilidad del caso. La supuesta urgencia de intervención nunca exime de inquirir la afección causal y siempre requiere proporcionar previamente a la paciente condiciones adecuadas para que pueda tolerar el acto operatorio.

SUMMARY

The auxiliary means employed nowadays to confirm diagnosis have reduced the care recording clinical histories in toco-gynecology. In fact, it should not be done without a detailed examination and exploration enough to show the situation and condition of the organs affected.

Frequent mistakes in diagnosis may occur if we do not follow the rules and techniques under study in this paper. When diagnosis is inaccurate or non-existent the indication would be doubtful and to operate perhaps useless or dangerous.

The explorative laparotomy should only show the state of the case for a surgical treatment. The supposed operative emergency should never excuse to inquire the causal condition, and must always place the patient in the best state to undergo the operation.

RESUMÉ

Les moyens auxiliaires de confirmation diagnostique si utiles, ont relâché dans le champ toco-gynecologique les règles exigées par la execution de l'histoire clinique. On ne peut pas la réaliser sans un interrogatoire minutieux, et une exploration tout-à-fait suffisante, pour démontrer la situation et l'état des organes malades.

Sans les règles et les techniques qui sont ici revues et analysées, les erreurs dans le diagnostic seront très fréquents, et s'il est peu précis ou inexistant, l'indication thérapeutique sera douteuse, et l'intervention successive inutile ou dangereuse.

La laparotomie exploratoire, seulement doit se faire pour démontrer l'operabilité du cas. L'urgence de l'intervention chirurgicale, n'exclut jamais l'investigation etyologique, et demande toujours placer auparavant a la malade dans les conditions les plus favorables pour supporter l'operation.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Hilfsmittel der diagnostischen Bestätigung in der Toko-ginecologie, haben die Sorgfalt die klinische Geschichte erfordert, gemindert. Diese is nicht durchführbar ohne ein ausführliches Ausfragen und Untersuchen, welches genügt um den Zustand des behandelnden Organes zu finden.

Häufige diagnostische Irrtümer können auftreten wenn man nicht die Regeln und die Technik die dieser Arbeit behandelt, folgt. Wenn diese unsicher oder wertlos ist, wird die Deutung aleatorisch sein, und der Angriff unnützlich oder sogar chädlich.

Die untersuchende Laparotomie hat nur die Angreifbarkeit des Falles zu schätzen. Die angebliche Angriffseile schaltet die Ursache der Krankheit niemals aus, und erfordert immer, das die Kranke im voraus die notwendigen Bedingungen zum Angriff versetzt wird.