

Vínculos históricos entre la medicina interna y la anatomía patológica

Historical relations between Internal Medicine and Pathological Anatomy

Junior Vega Jiménez,^I Yailin Cabrera Hernández,^{II} Dalia García Cuervo,^{III} Leydiana Trimiño Galindo,^{IV} Daylin González González.^V

- I. Dr. En Medicina. Investigador Agregado. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Dr. Mario Muñoz Monroy. Carretera Central km 101 R. García, Matanzas.
juniorvj.mtz@infomed.sld.cu
- II. Dr. En Medicina. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Dr. Mario Muñoz Monroy. Carretera Central km 101 R. García, Matanzas.
- III. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesora Auxiliar. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Dr. Mario Muñoz Monroy. Carretera Central km 101 R. García, Matanzas.
- IV. Especialista de Segundo Grado en Laboratorio Clínico. Profesora Auxiliar. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Dr. Mario Muñoz Monroy. Carretera Central km 101 R. García, Matanzas.
- V. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Dr. Mario Muñoz Monroy. Carretera Central km 101 R. García, Matanzas.

RESUMEN

La relación de discrepancia y coincidencia de las causas de muerte entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico constituye de forma indirecta un indicador de calidad de la atención médica. Son múltiples los ejemplos de enfermedades descubiertas o esclarecidas gracias a la autopsia, que tiene en la correlación clinicopatológica un basamento fundamental. Se estableció como objetivo de investigación describir los principales vínculos históricos entre las especialidades de medicina interna y anatomía

patológica, que tienen como enlace esencial la correlación clínico patológica, atendiendo a que no puede existir contradicción antagónica entre enfermo y enfermedad; la medicina interna y la anatomía patológica no pueden verse aisladas ni separadas.

Palabras clave: medicina interna, anatomía patológica.

ABSTRACT

The difference and similarity relationship of death causes between the clinical and anatomy-pathological diagnosis is, indirectly, a medical care quality indicator. Thanks to autopsy, which has the clinical-pathological correlation as a main basis, numerous diseases have been discovered or clarified. Discovering the main historical relations between Internal Medicine and Pathological Anatomy specialties was established as the objective of the research. These specialties have the clinical-pathological correlation as a main link, taking into account that there cannot be a conflicting contradiction between the sick and the disease; Internal Medicine and Pathological Anatomy cannot be seen in an isolated or separate way.

Keywords: Internal Medicine, Pathological Anatomy.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud tienen como objetivo fundamental prolongar, en cantidad y calidad, la vida del ser humano. La muerte es, por tanto, su mayor fracaso; analizarla y aprender de ella debe ser una actividad obligada y sistemática.

El método empleado para lograr un mayor conocimiento de las enfermedades y la muerte es conocido como autopsia; este aporta numerosas ventajas, porque constituye el estudio más completo del enfermo/enfermedad y es el procedimiento más útil para determinar las causas de muertes. Su función más importante consiste en establecer la correlación clinicopatológica, para evaluar la concordancia y estudiar los resultados encontrados con fines científicos, asistenciales y docentes.^{1,2}

Médicos asistenciales, en especial internistas y patólogos, apoyados en la autopsia clínica y mediante la correlación clinicopatológica, han descrito y desarrollado el conocimiento que ha permitido no solo el avance en la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino los logros alcanzados por la medicina en los últimos siglos.³

La caracterización de la enfermedad como entidad mórbida producida por una lesión anatómica, revolucionó el pensamiento clínico que se hizo de nuevo observacional. Posteriormente, las alteraciones fisiopatológicas y etiológicas complementaron el cuadro de una taxonomía que dura hasta el presente, fundamento y base de la medicina biomédica actual. El diagnóstico del clínico se convierte en un acto de razonamiento experimental. La taxonomía y el diagnóstico médico marchan en forma conjunta y se hacen interdependientes.³⁻⁵

La medicina no puede renunciar al concepto de enfermedad (actualmente patología) sobre todo en la medicina biomédica. El diagnóstico como concepto puede ser distinto a "lo que le pasa al paciente". Esto puede conducir a errores serios.⁴

Se coincide con el principio de que al conocer las causas de un error de cualquier clase, ya sea, en la vida común o en la producción laboral, es el primer paso para su solución y ello permite, sobre todo, ganar la experiencia necesaria para evitar su repetición. Se estableció como objetivo de investigación describir los principales vínculos históricos entre las especialidades de medicina interna y anatomía patológica, que tienen como enlace esencial la correlación clinicopatológica.

DESARROLLO

Los beneficios de la correlación clinicopatológica son bien conocidos y ampliamente divulgados en la literatura especializada. Existen relevantes ejemplos que debido al tiempo transcurrido hace que se pierdan en el olvido, pero que es bueno recordar.

Desde la antigüedad se realiza la disección postmortem. En las sociedades esclavistas, como Egipto, Grecia, Roma y en la feudal Europa medieval, este proceder era realizado por razones religiosas o con el objetivo de aprender anatomía humana. En

América Latina, los incas preparaban y embalsamaban a sus muertos para ser después enterrados en cuevas y túmulos.^{3,6,7}

En las autopsias que realiza Hipócrates en animales, principalmente perros, cabras y caballos, logra demostrar alteraciones patológicas del cerebro. Jean François Fernel (1497-1558) llamado "el galeno francés o moderno" se puede considerar como un verdadero precursor de la anatomía patológica, al describir los hallazgos anatómicos encontrados durante las autopsias.⁸

Al médico Thomas Sydenham (1624-1689), en medio de la revolución industrial inglesa del siglo XVII, le corresponde el mérito de haber insistido en la necesidad del regreso a la observación de los fenómenos clínicos a la cabecera del enfermo, fiel a la esencia del legado hipocrático de actuar próximo al paciente. Con Sydenham, comienza el concepto más definido de enfermedad como "especie morbosa", y se inicia la moderna nosografía y el diagnóstico diferencial de todas las enfermedades consideradas en un paciente. Se vuelve entonces al diagnóstico objetivacional (por lo que se ve) del cuadro clínico y a la "historia natural de la enfermedad". Surge la necesidad de ejercer la medicina de lo particular e individual, pero para lograr tal propósito había que ser muy buen observador, muy buen clínico.^{4,9}

En el campo de la anatomía patológica destaca la obra de Giovanni Battista Morgagni (1682-1771). Con su labor, por una parte, establece las bases científicas del estudio anatomopatológico y, por otra, fortalece el método anatomoclínico, que constituye hasta hoy uno de los fundamentos del progreso de la medicina.⁹

En el siglo XVIII, el holandés Hermann Boerhaave (1668-1738) fue el clínico más prominente de esta época. No resaltó por ningún descubrimiento, sino por su excelencia como médico y por su maestría. Enseñó a examinar al enfermo y a estudiar el mal y después sobre esa base construir la doctrina. Al igual que Sydenham, al que admiraba fervientemente, destacó la importancia de la enseñanza de la medicina junto al lecho del paciente. También insistía en la necesidad de que el estudiante siguiera el procedimiento de la autopsia a fin de que se habituara a relacionar claramente las lesiones (cambios patológicos en la morfología) con los síntomas.^{3,9}

Otro maestro talentoso de la clínica, fue el italiano Giorgio Baglivi (1668-1707), seguidor y contemporáneo de Sydenham, al punto de ser llamado el “Sydenham italiano”. Trabajó junto a su maestro Malphigi, al cual cuidó hasta sus últimos días. También a su muerte le practicó la autopsia. En su praxis médica escribió: “Sepan los jóvenes que nunca encontrarán un libro más docto e instructivo que el enfermo mismo”.^{8,9}

El médico holandés Gerhard van Swieten (1700-1772) y su colega Antón de Haen se destacan fundamentalmente en las tareas organizativas y por realizar importantes modificaciones en los sistemas de enseñanza de la medicina, en los cuales aplican y sistematizan el sistema clínico de Sydenham. En los fallecidos era de casi absoluta obligación la realización de la autopsia y el registro detallado de las alteraciones orgánicas detectadas, con vistas a establecer una adecuada correlación clinicopatológica.⁸

Discípulo de Swieten fue el austríaco Leopoldo Auenbrugger (1755-1821). Se dice que había visto a su padre golpear los toneles para determinar la altura a que llegaba el vino y que esto le habría sugerido la idea de usar la percusión en la clínica. Actualmente se sabe que Swieten, su maestro, ya percutía el abdomen con ascitis. Auenbrugger dio a conocer su método en 1760 en el trabajo *Inventum novum* (en verdad el título continúa: *ex percussione thoracis humani, ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi*, o sea, Nuevo invento como signo para detectar enfermedades escondidas del interior del tórax por medio de la percusión del tórax humano). Había demorado siete años en demostrar su utilidad sirviéndose de la autopsia como control.⁹

Si se asume, como la mayoría de los médicos del siglo XVIII lo hicieron, que la enfermedad era un proceso generalizado, no había razón para definir sus localizaciones anatómicas. La concepción general de que las enfermedades pueden ser la consecuencia de un daño localizado a órganos o regiones se origina por primera vez en el sistema médico francés.³

La escuela anatomoclínica francesa fue la primera en hacer realidad la herencia de Morgagni. Los médicos se trasladaron de la biblioteca hacia el lado de la cama de los pacientes, examinaron a los enfermos en las salas de los hospitales de París y

correlacionaron las observaciones clínicas con los hallazgos anatómicos obtenidos en las autopsias. Por esta época, en la escuela parisina, fueron los clínicos los que practicaban las autopsias, por lo cual se vuelven muy destacados entre los iniciadores del método anatomoclínico.^{6,9}

Una de sus primeras figuras fue Marie François Xavier Bichat (1771-1802). En 1800 fue admitido como médico del Hotel-Dieu, de París, donde desarrolló una actividad frenética, pues en un solo invierno disecó cerca de 600 cadáveres, sin abandonar la sala de autopsia día y noche. Poco después aparecieron en él los síntomas de la tuberculosis, a consecuencia de la que murió a la edad de solo 31 años.^{8,9}

Bichat escribió: "Ha de ser privativo de la investigación anatómica el definir las enfermedades por las lesiones que se encuentren, y será luego la tarea de la clínica el registrar los síntomas y signos que permiten diagnosticarlas en vida". También planteó: "Cuanto más examinamos los cuerpos, tanto más convencidos tenemos que estar de la necesidad de considerar la enfermedad local no del punto de vista de los órganos, que rara vez se afectan como un todo, sino del punto de vista de sus texturas diferentes, que casi siempre están afectadas separadamente".^{3,9}

La figura cumbre de la escuela francesa de inicios del siglo XIX fue René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826). Tres fueron las principales contribuciones de Laennec: la invención del estetoscopio, la delimitación de cuadros semiológicos de enfermedades cardíacas y pulmonares, y la descripción de numerosas lesiones anatomopatológicas. Delimitó numerosos cuadros semiológicos y para ello se había apoyado en las autopsias realizadas en los hospitales parisinos posrevolucionarios.^{8,9}

Más de 40 años después de lo expresado por Laennec, Paul Pierre Broca repetiría sus argumentos: "Cuando descubro en un enfermo el trastorno que he propuesto llamar afemia, es seguro que hay una lesión destructiva en la tercera circunvolución frontal izquierda del cerebro de ese enfermo". Ese camino del pensar anatomoclínico, iniciado por el genio de Laennec, no solo fue el de Broca, también el de Trousseau, Charcot, Bastian, Kussmaul, Wernicke, Lichtheim, Kleist, Romberg, Westphal y muchos más.⁹

Un ejemplo brillante de esta época fue Jean-Martin Charcot (1825-1893), nació en París, clínico perspicaz, gran sistematizador de la medicina interna, consultante de los

grandes de su tiempo y creador de una escuela. Se convierte en el gran maestro de la neurología moderna. Fueron sus alumnos más sobresalientes Babinski y Pierre Marie.⁹ En 1862 fue designado médico en jefe de un pabellón de la célebre escuela de la Salpêtrière. Charcot instauró la práctica de autopsias en los pacientes que morían en su servicio y en todos aquellos que podía, provenientes de los otros pabellones del inmenso asilo.^{3,8,9}

Durante largo tiempo, la terapéutica estuvo muy por debajo del saber clínico y anatómico. Con respecto a los fuertes lazos existentes entre ambas especialidades médicas, a mediados del siglo XIX se planteaba que lo mejor que le podía ocurrir a un paciente era ir a Viena para ser perfectamente bien diagnosticado por Joseph Skoda (internista) y perfectamente bien autopsiado por Carl von Rokitansky (patólogo).^{3,9}

Pueden citarse múltiples ejemplos de enfermedades descubiertas o esclarecidas gracias a la autopsia, que como tanto se ha insistido, tiene en la correlación clinicopatológica un basamento fundamental. El microorganismo que causa la enfermedad de Whipple, descubierto en tejidos de autopsias por George Hoyt Whipple; el concepto de “enfermedad del colágeno” desarrollado por Paul Klemperer apoyado en estudios de autopsias; la forma de demencia senil descrita por Aloisius "Alois" Alzheimer; la comprensión de las enfermedades hepáticas gracias a Hans Popper; los estudios de Karl Albert Ludwig Aschoff sobre la miocarditis reumática; la enfermedad fibroquística y los estudios que la distinguen de otras enfermedades pancreáticas realizados por Dorothy Russell.³

Un ejemplo notable fue el canadiense William Osler, internista, profesor destacado de la Escuela de Medicina de la Universidad “John Hopkins” en Maryland, Estados Unidos, quien antes de morir el 29 de diciembre de 1919, dejó instrucciones muy específicas relacionadas con su autopsia, las cuales facilitaron el diagnóstico final de una bronconeumonía (causa directa de muerte) debida a una bronquiectasia (causa básica de muerte) con formación de abscesos y empiema (causa intermedia muerte).^{3,9}

En Cuba, durante el siglo XIX, se destacan en el campo de las ciencias Tomás Romay y Chacón (1764-1849), Juan Guiteras Gener (1852-1925) y Carlos Juan Finlay y Barrés (1833-1915), quienes legaron sus aportes sobre esta temática.^{3,8}

En la Isla se conoce la práctica de la autopsia por primera vez cuando, en 1762, se desató una epidemia de “vómito negro” que causó numerosas muertes; sin embargo, la referencia escrita de la primera autopsia se atribuye al doctor Tomás Romay. Este científico opinó sobre la misma en un artículo publicado en 1793: “el cadáver del hombre el inmenso libro que con voces inefables, pero demasiado enérgicas, les manifiesta en cada página que rasga la diestra mano del anatómico, el origen, los progresos y los efectos de las enfermedades. La inspección de una sola víscera les enseña más fisiología y patología que los difusos volúmenes de Enríquez, Maroja y Bravo”. Romay fue un entusiasta defensor de la correlación clinicopatológica y el precursor de los estudios acerca de la fiebre amarilla realizados en Cuba por el doctor Carlos Juan Finlay.³

Constituye esta correlación de los hallazgos en la cabecera del enfermo con los del laboratorio y la autopsia la característica fundamental de la medicina del siglo XIX. Entonces se puede afirmar que, después de transcurridas las primeras décadas de dicho siglo, ya se había alcanzado con la clínica y la autopsia, los dos pilares de la medicina clínica, casi todo lo que podían dar estos métodos.^{6,9}

Hacia los años de 1950 eran el laboratorio clínico y microbiológico, junto a la radiología la forma de contrastación de uso común. De acuerdo con el método anatomoclínico, las biopsias y autopsias en los pacientes que fallecen son los métodos superiores de contrastación. Se obtiene generalmente la certeza del diagnóstico, y no pocas veces el mismo resulta ser otro o existen hallazgos inesperados. De esta forma, para conformar los conocimientos de exploración clínica y su correspondencia anatomopatológica, se amplía progresivamente la utilización del hospital como escenario investigativo y docente.^{3,6,9,10}

Es bien conocido que más del 50 % de los diagnósticos de certeza se pueden hacer tan solo por la clínica. Hoy se posee la ventaja adicional de la tecnología moderna, que bien utilizada pudiera asegurar otro número considerable de diagnósticos, sin embargo, parece que no es tal como se pensaba. Un análisis de autopsias por épocas no descubre cambios en los errores de diagnóstico con la introducción de la tecnología moderna. Corresponde reiterar que los métodos de exploración, incluida la clínica, tienen un límite: todos están sujetos a error. Esto pudiera catalogarse como un axioma o una ley.^{6,11}

Desde que en 1912 el Dr. Richard Cabot^{12 (12)} publicara el primer estudio sobre el error médico en el diagnóstico de las enfermedades, haciendo notar que algunos de ellos eran comunes, incluso a los clínicos más experimentados de su época, se sabe que los errores se producen con relativa frecuencia. Muchos años después Cameron,¹³ en 1981, hubo de señalar que en el 15 % de las autopsias estudiadas por él no se había hecho el diagnóstico en condiciones fáciles de definir y tratar.

En 1984 Goldman, publica un trabajo en el que comparan tres épocas médicas coincidentes con la introducción de nuevas tecnologías en el hospital donde se realiza el estudio. Al correlacionar los diagnósticos clínicos de muerte con los obtenidos de las autopsias, en las distintas épocas, comprueba que, a pesar de los avances tecnológicos, los índices de discrepancias se mantuvieron similares y, por tanto, sigue vigente la importancia y la necesidad de la autopsia como método para controlar y garantizar la calidad del trabajo médico. Es decir, la introducción de modernas técnicas de diagnóstico no mejora sustancialmente la calidad en los diagnósticos, porque los errores clínicos surgen en una inadecuada semiología.¹⁴

En el trabajo realizado por Seth Landefeld en un hospital comunitario clínico de los Estados Unidos, además de los errores sobre 233 autopsias, se comprueba que una ultrasonografía de abdomen deja de detectar múltiples abscesos abdominales; un infarto cardiaco transmural no se diagnostica en parte porque el ecocardiograma muestra una disfunción ventricular global y no local; una estenosis de 90 % de la arteria coronaria descendente anterior deja de diagnosticarse por una interpretación errónea de la coronariografía; y una biopsia de pulmón a cielo abierto no fue capaz de revelar una neumonía por hongos.⁶

En Cuba durante el año de 1991 se publica un estudio de 434 autopsias: 190 de 1976 y 244 de 1986, a fin de comprobar si hubo mejoría con las técnicas imagenológicas en la concordancia clínico-patológica. Concluyen que las discrepancias continúan inaceptablemente altas, que la autopsia permanece siendo indispensable y que las nuevas modalidades de diagnóstico han logrado mejorar la detección de las causas principales de muerte, aunque no han mejorado la de las causas inmediatas.^{3,6}

Lo anterior confirma la utilidad de esta práctica como control de calidad interno en las instituciones. Se plantea que de cada cuatro autopsias una descubre discrepancias diagnósticas de causas de muerte. No existen dudas acerca de las dificultades que pueden surgir para lograr el diagnóstico de algunos pacientes, aún con el mejor uso de la clínica y de los recursos tecnológicos. Hay un porcentaje variable de diagnósticos de entidades nosológicas que por diversas complejidades o asociación de factores, a veces, requieren confirmación por la autopsia.^{2,6}

No puede existir contradicción antagónica entre enfermo y enfermedad; la medicina interna y la anatomía patológica no pueden verse aisladas ni separadas entre sí. No se debe crear una antítesis donde no la hay. Lo que enriquece el conocimiento sobre el enfermo enriquece también los conocimientos sobre la enfermedad y viceversa. Eso precisamente se logra con la práctica consecuente de la correlación clinicopatológica.¹¹

CONCLUSIONES

La relación de discrepancia y coincidencia de las causas de muerte entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico constituye de forma indirecta un indicador de calidad de la atención médica prestada. La autopsia es el medio que permite el análisis de esta discrepancia. Conceptualizado como una herramienta clínica de gran importancia, el índice de autopsia en un hospital específico ha figurado como uno de los indicadores con los que se evalúa y define si ese centro de atención cumple con los requisitos mínimos de calidad en su actividad.

La correlación clinicopatológica enriquece el acto médico, pues el conocimiento de los errores y sus causas es el primer paso para su solución. Lo anterior también reafirma la idea de que el saber es el mejor aliado de la experiencia para evitar errores subsiguientes. Constituye una necesidad impostergable la incorporación al acervo histórico médico de las nuevas generaciones de médicos, el conocimiento de los vínculos irremplazables existentes entre la medicina interna y la anatomía patológica.

AGRADECIMIENTOS

A Aida Jiménez Bosco y Reinaldo Peña Santana. Al DrCs. José Hurtado de Mendoza Amat.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Valcárcel K, Hernández Díaz D, Pedraza Alonso NE. Compatibilidad entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en los servicios del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2014 [citado 13 Jul 2015]; 18(4): Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400004&nrm=iso
2. Bürgesser MV, Camps D, Calafat P, Diller A. Discrepancias entre diagnósticos clínicos y hallazgos de autopsia. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2011 [citado 13 Jul 2015]; 71(2): Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0025-76802011000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Hurtado de Mendoza Amat J. *Autopsia. Garantía de calidad en la Medicina*. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
4. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. *Rev Cubana Educ Med Super* [Internet]. 2000 [citado 15 May 2015]; 14(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000200001&nrm=iso
5. Nasiff Hadad A, Rodríguez Silva HM, Moreno Rodríguez MÁ. *Práctica clínica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
6. Rodríguez Rivera L. *La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas*. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
7. Vargas Sanabria M. Evolución histórica de las autopsias y situación actual en Costa Rica. *Med leg Costa Rica* [Internet]. 2014 [citado 20 Abr 2015]; 31(2): Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000200005&nrm=iso
8. Pérez Pérez OF. *De los albores a los albores: un recorrido por la historia de la medicina*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
9. Espinosa Brito AD. *La clínica y la medicina interna. Presente, pasado y futuro*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.

10. Wilson ML. An Alternative Approach to Autopsy Education and Training. Am J Clin Pathol 2014;142(1):580-1.
11. Moreno Rodríguez MA. El método clínico. Lecturas y lecciones: La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
12. Cabot RC. Diagnostic pitfalls identified during study of three thousand autopsies. JAMA [Internet]. 1912; 59: Disponible en:
<http://www.jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=829012>
13. Cameron HN, Mc Googan E. A prospective study of 1152 hospital autopsies: I) Inaccuracies in death certification. J Pathol [Internet]. 1981; 133: Disponible en:
<http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/path.1711330402/full>
14. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bettmann M, Weisberg M. The value of the autopsy in three medical eras. N Eng J Med [Internet]. 1983; 308: Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM198304283081704>

Recibido: 02/09/2016

Aprobado: 14/03/2017

Junior Vega Jiménez. Dr. En Medicina. Investigador Agregado. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Dr. Mario Muñoz Monroy. Carretera Central km 101 R. García, Matanzas.
Email: juniorvj.mtz@infomed.sld.cu