

Anamnesis y su relevancia, a propósito de un caso: isquemia arterial por aneurisma poplíteo



Anamnesis and their relevance, a case report: Popliteal fossa mass

A continuación presentamos el caso de un varón de 58 años de edad, sin antecedentes médicos de interés salvo fumador de 10 cigarrillos al día desde hace 40 años (IPA=20), que acude a la consulta de atención primaria por tumoración en fosa poplíteo izquierda que dificulta la flexión en los últimos grados de la articulación de la rodilla. A la exploración, destaca una masa móvil y dolorosa a dicho nivel con maniobras meniscales y ligamentosas negativas. No se aprecian alteraciones vasculares o nerviosas a dicho nivel o distales. Dada la localización, se interpreta el cuadro como posible quiste de Baker decidiéndose pautar tratamiento analgésico (ibuprofeno) y derivar a consultas externas de traumatología para estudio, donde se decide realizar una resonancia magnética de extremidades inferiores.

Encontrándose a la espera el paciente de la realización de dicha prueba diagnóstica y ante la evolución tórpida de la sintomatología (persiste clínica dolorosa que no remite con ibuprofeno, paracetamol y tramadol), el paciente decide ir al servicio de urgencias para valoración del cuadro ante la aparición de parestesias a la sintomatología ya conocida. A la exploración, destaca una masa de consistencia sólida, dolorosa y móvil que dificulta la flexión total de la articulación con maniobras meniscales y ligamentosas negativas. No edemas, signo de Homans negativo y pulsos pedios conservados aunque destaca leve frialdad distal en dicha extremidad respecto a la contralateral. Para completar el estudio diagnóstico, se decide realizar una radiografía de la articulación afecta (fig. 1), donde se aprecia una estructura esférica con bordes calcificados en zona posterior de la rodilla y una analítica sanguínea donde cabe destacar un dímero D de 897 µg/l. Desde dicho servicio, se decide dar de alta al paciente con diagnóstico de quiste de Baker, instando a seguir el estudio por traumatología, como estaba previsto a la espera de la realización de la resonancia magnética y se añade pregabalina a su tratamiento analgésico.

A las 2 semanas y con varias visitas a su centro de salud en dicho periodo con exploraciones en las que destacaba dolor rebelde al tratamiento pautado y leve frialdad distal, el paciente acude de nuevo al servicio de urgencias con signos isquémicos agudos en la extremidad inferior izquierda caracterizados por frialdad, cianosis, alteración sensitivo-motora y dolor incoercible con analgesia pautada. Se realiza una arteriografía urgente de la extremidad inferior izquierda bajo anestesia local observándose una trombosis de la arteria poplíteo izquierda y de los troncos distales, iniciándose tratamiento anticoagulante y perfusión de analgesia sin respuesta. Ante la no mejoría de los signos isquémicos de la extremidad inferior izquierda se decide realizar un *bypass* fémoro-poplíteo a 3.ª porción poplíteo izquierda con vena safena interna izquierda autóloga invertida sin mejoría significativa de los síntomas. Ante la mala evolución a las 24h, se decide

realizar una amputación supracondilea izquierda. Se realiza estudio de extensión mediante resonancia magnética evidenciándose en la zona poplíteo derecha un aneurisma poplíteo derecho en el que se decide realizar un *bypass* femoropoplíteo a 3.ª porción poplíteo derecha con vena safena autóloga invertida sin complicaciones. El estudio no muestra evidencia de aneurisma a nivel de la aorta abdominal.

Discusión

Los errores diagnósticos se producen cuando el diagnóstico se retrasa de forma no intencionada (la información requerida para el mismo no estaba disponible antes), fallo interpretativo (se realiza otro diagnóstico antes del correcto) u omisión (nunca antes se ha realizado). Los factores cognitivos son la causa más frecuente de errores diagnósticos en medicina interna y en los servicios de urgencias. La tasa de errores diagnósticos se estima entre el 0,6 y el 12%, y la tasa de efectos adversos o consecuencias negativas oscila entre el 6,9 y el 17%. Factores como la alta carga de trabajo, cansancio, falta de sueño y la sobreconfianza se ha demostrado que aumentan la probabilidad de los mismos¹. Si nos ceñimos a valores absolutos, estudios americanos estiman que hasta 98.000 estadounidenses mueren cada año como resultado de esos errores, cifra superior al número anual de muertes por accidentes de tráfico y de enfermedad de Alzheimer. Esto, además supone un costo estimado asociado al sistema de salud entre 17 y 29 mil millones de dólares al año². En el proceso diagnóstico, se pueden aplicar 2 modelos: uno basado en proceso intuitivo, automático y que requiere poca capacidad cognitiva (más utilizado por médicos expertos en base a experiencias vividas) y otro sistema basado en un razonamiento reflexivo, analítico y que requiere una capacidad cognitiva mayor (el explicado en las facultades de medicina y en el que se basan los médicos más inexpertos). En el proceso diagnóstico se puede dar una mezcla de ambos sistemas³⁻⁵.

En el proceso diagnóstico aparecen también sesgos cognitivos y afectivos. Los cognitivos se producen por la influencia de otros posibles diagnósticos sobre el correcto y se basan en la recolección de datos, la interpretación de estos, y la valoración de las probabilidades diagnósticas. Uno de los más relevantes es el de etiquetado/decisiones previas, fundamentado en la influencia de las opiniones de personas del entorno, sean profesionales médicos o no, que conforman un «sesgo confirmatorio colectivo» en base a un diagnóstico inicial que dificulta la anamnesis. Los afectivos se encuentran menos estudiados en la literatura y se basan en estados afectivos transitorios, la situación clínica y los trastornos endógenos³⁻⁵.

Los aneurismas poplíteos son los aneurismas periféricos más frecuentes (80%). Afectan al 1% de la población de 65 años, siendo más prevalentes en los varones (95%). Arterioesclerosis, hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovasculares influyen en su patogenia. El 50% son bilaterales y el 50% presentan aneurismas a nivel de aorta abdominal. La sintomatología es dolor, frialdad, claudicación o parestesias, pero el 80% son asintomáticos al diagnóstico. La rotura es una complicación



Figura 1 Radiografía lateral de rodilla izquierda.

rara (2-4%), pero implica amputación en el 50-70% de los casos⁶.

El tratamiento está indicado en los casos de⁷:

- Aneurisma sintomático.
- Aneurisma mayor de 2×5 cm.
- Crecimiento de aneurismas manejados de forma conservadora.
- Aneurisma seguido de forma conservadora que presenta alteraciones en pulsos distales (indica evento embólico oculto).

Hay diversas técnicas quirúrgicas basadas en injertos venosos, arteriales o de Dacron. Sea cual sea el umbral elegido para la indicación de cirugía, ha de valorarse que la mayoría de estos pacientes son de edad avanzada con comorbilidades significativas y una esperanza de vida limitada. Si el paciente es joven y activo sí que se recomienda de forma temprana un *bypass* venoso. Sin embargo, si se trata de un paciente frágil, con comorbilidades importantes, el tratamiento conservador puede ser una opción válida si hay trombosis mínima, pulsos distales palpables y no hay signos de expansión⁸.

Conclusión

En nuestro caso, se trata de un paciente relativamente joven con el único factor de riesgo cardiovascular de tabaquismo activo donde se produce un sesgo cognitivo con un diagnóstico erróneo en primera instancia (quiste de Baker) que produce una influencia negativa en el resto de profesionales sanitarios que lo atienden. Esto dificulta una correcta anamnesis y diagnóstico diferencial adquiriendo así dicho sesgo cada vez más consistencia produciéndose, finalmente, un daño irremediable para el paciente. Es por ello que ha de realizarse siempre una correcta exploración valorando todos los síntomas del paciente y sin interferencias de agentes externos para poder realizar así un diagnóstico certero.

Bibliografía

1. Phua DH, Tan NC. Cognitive aspect of diagnostic errors. *Ann Acad Med Singapore*. 2013;42:33-41.
2. van den Berge K, Mamede S. Cognitive diagnostic error in internal medicine. *Eur J Intern Med*. 2013;24:525-9.
3. Elstein AS. Thinking about diagnostic thinking: A 30-year perspective. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;14 Suppl 1: S7-18.
4. Norman G. Dual processing and diagnostic errors. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;14 Suppl 1:S37-49.
5. Croskerry P. Clinical cognition and diagnostic error: Applications of a dual process model of reasoning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;14 Suppl 1:S27-35.
6. Dawson J, Fitridge R. Update on aneurysm disease: Current insights and controversies: Peripheral aneurysms: When to intervene - is rupture really a danger? *Prog Cardiovasc Dis*. 2013;56:26-35.
7. Hall HA, Minc S, Babrowski T. Peripheral artery aneurysm. *Surg Clin North Am*. 2013;93:911-23.
8. Ricco J-B, Forbes TL. Trans-atlantic debate nonoperative versus surgical management of small (less than 3 cm) asymptomatic popliteal artery aneurysms (editor's Comment). *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011;41:445-9.

E. Esteban^{a,*}, P. Ochoa^b y F.J. Ruiz^c

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Sector Zaragoza III, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España*

^b *Atención Primaria, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España*

^c *Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eezubero@gmail.com (E. Esteban).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2015.05.006>