



Medicina de Familia  
**SEMERGEN**

[www.elsevier.es/semergen](http://www.elsevier.es/semergen)



## CARTAS AL DIRECTOR

### Mala praxis: papel de la Medicina de Familia para atenuar el daño



### Malpractice: The role of Family Medicine to mitigate the damage

*Sr. Director:*

Hacer un diagnóstico conlleva una gran responsabilidad habida cuenta de lo que significa poner una etiqueta de enfermedad a una persona con las consiguientes intervenciones terapéuticas y de seguimiento que ello conlleva, en muchas ocasiones no exentas de efectos secundarios o de riesgo. Es por ello que debemos ser cautos a la hora de hacer un diagnóstico y sobre todo, hacerlo sobre la base de un estudio bien realizado y con una aplicación de criterios coherente y rigurosa. No cabe duda que en este aspecto pueden influir decisivamente los diferentes niveles profesionales de competencia, formación y responsabilidad<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un paciente de 85 años, diagnosticado de HTA, deterioro cognitivo leve de origen vascular, hipocondría, psoriasis, gammapatía monoclonal, insuficiencia renal crónica e hiperplasia benigna de próstata de años de evolución.

Tiene seguimiento habitual para la gammapatía monoclonal en el hospital de referencia. El estudio del deterioro cognitivo se completó por el neurólogo de referencia y en la actualidad es seguido junto a la HTA y la insuficiencia renal moderada por su médico de familia. Realiza múltiples visitas a especialistas privados por diferentes síntomas y signos mal definidos (pesadez de cabeza, sensación de abotargamiento, presión en pecho, sensación de que algo se le mueve cuando traga a nivel de la laringe, tenesmo rectal ocasional, dispepsia...) sin que se llegue, tras las pertinentes exploraciones y pruebas, a diagnósticos específicos. Alguna de estas consultas las comenta a su médico de familia una vez realizadas. Todos los síntomas cree que son debidos a enfermedades graves y aunque se descarta patología mediante adecuadas pruebas diagnósticas no ceden completamente los síntomas ni la preocupación que le causan. La situación que crea la sensación continua de enfermedad potencialmente grave en sus relaciones familiares es muy negativa y le provoca malestar significativo y ánimo depresivo permanente. Cumple los criterios de la DSM V para hipocondría.

Acude a su urólogo privado para «revisión anual» y por sensación de malestar perineal y disuria intermitente. Este le diagnostica de «muy probable cáncer de próstata» después de realizarle las siguientes pruebas: PSA total de 6 ng/ml., relación PSA libre/total de 0,45. El resto de la analítica es totalmente normal. Los cultivos de orina son negativos. En ECO vesicoprostática solo destaca hiperplasia prostática grado II. Hace 4 años el PSA total era 4,99 ng/ml y solo se indicó seguimiento. La recomendación del urólogo es no hacerle biopsia por la edad avanzada pero aplicar tratamiento directamente como si se tratase de un cáncer de próstata con leuprorelina acetato (Eligard) inyectado cada 3 meses.

El paciente, tras este diagnóstico comienza a sentir «dolores generalizados debido a lo que supone serán metástasis» a diferentes niveles (tórax, cabeza, etc.).

Su médico de familia, que habitualmente intenta no reforzar sus síntomas hipocondríacos mediante la evitación de pruebas innecesarias, que ya había comentado con el paciente los resultados de las pruebas de urología antes de que el urólogo le diera el diagnóstico y las había interpretado como normales para su edad y debidos a la hipertrofia prostática, le intenta convencer de lo improbable del diagnóstico de cáncer, lo aventurado del tratamiento sin pruebas que lo confirmen, y que además en este momento resultan innecesarias, y de la benignidad del proceso. Al paciente cualquier explicación le parece insuficiente y no le reduce el temor a morir y el elevado nivel de ansiedad que le ha causado el nuevo diagnóstico. El médico de familia decide comentar el caso personalmente con otro urólogo de su hospital de referencia, quien tras conocer las características y patologías del paciente y sin más pruebas que las ya realizadas, a las que únicamente añade un tacto rectal, que solo demuestra un leve aumento del tamaño prostático de características benignas, le explica que no tiene nada más que una hipertrofia benigna de próstata, que los niveles de PSA son normales para su edad y que lo que debe hacer es «olvidarse definitivamente de más revisiones urológicas y de los urólogos» mientras no presente nueva sintomatología. El paciente queda aparentemente convencido pero su médico de familia sabe que solo será temporalmente y que el daño que en esta ocasión se ha causado por una intervención médica más que discutible será muy difícil de combatir, ya que ha creado gran angustia y temor en el paciente.

Este caso nos enseña los siguientes aspectos.

No hay duda de que la variabilidad y la incertidumbre están asociadas a la ciencia y al desarrollo del conocimiento y que cierto grado de variabilidad en los criterios de los profesionales también es positivo por significar un abanico de opciones para el paciente. Pero aceptando cierta variabilidad, siempre debemos actuar de forma lógica, racional y apoyados en la evidencia científica, teniendo en cuenta todo el contexto y antecedentes del paciente. En este caso, además de que el diagnóstico es incorrecto basándose en las pruebas disponibles, es sumamente importante tener presente el trastorno hipocondríaco antes de emitir cualquier diagnóstico, pero mucho más si no existe la certeza absoluta del mismo. En este caso el ser «especialista» no exime de la responsabilidad de conocer el resto de las patologías del paciente y actuar de acuerdo a ello.

Nos enseña el valor de las pruebas en los diferentes grupos de edad y su aplicación en la práctica. Debemos tener en cuenta el valor predictivo del PSA en personas mayores, considerando normal niveles de PSA libre de hasta 6,4 ng/ml en mayores de 70 años siempre que la clínica y el resto de las exploraciones no indiquen otra cosa<sup>2,3</sup>. En los casos de PSA total moderadamente elevado, son de utilidad para valorar la indicación de biopsia de próstata la determinación del porcentaje PSA libre/PSA total y la velocidad del PSA.

Desde el punto de vista ético nos podemos plantear el hecho de comenzar tratamiento de cáncer sin la certeza diagnóstica que debe otorgar la anatomía patológica tras biopsia. Solo parece justificado comenzar el tratamiento en casos de personas con evidencia de enfermedad avanzada en pruebas de imagen, pluripatología y niveles de PSA extremadamente elevados (alrededor de 100 ng/ml)<sup>4</sup>.

Por último este caso destaca el papel del médico de familia que debe coordinar la atención que el mismo presta con la recibida por el paciente en otros niveles ya sean

públicos o privados y teniendo siempre como objetivo la mejor atención global y el máximo beneficio, evitando, como en este caso, los riesgos innecesarios que pueden derivarse de la propia atención médica.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Morera Montes J. Situación de alto riesgo. *Aten Primaria*. 2008;40:35–8.
2. Vickers AJ, Ulmert D, Serio AM, Björk T, Scardino PT, Eastham JA, et al. The predictive value of prostate cancer biomarkers depends on age and time to diagnosis: towards a biologically-based screening strategy. *Int J Cancer*. 2007;121–30.
3. Luboldt HJ, Swoboda A, Börgermann C, Fornara P, Rübber H, Early Detection Project Group of the German Society of Urology. Clinical usefulness of free PSA in early detection of prostate cancer. *Onkologie*. 2001;24:33–7.
4. Young Jang J, Sig Kim Y. Is prostate biopsy essential to diagnose prostate cancer in the older patient with extremely high prostate-specific antigen? *Korean J Urol*. 2012;53:82–6.

J. Morera-Montes, M. Gómez-García\*  
y S. Castellanos-Redondo

*Medicina Familiar, Centro de Salud Mirasierra, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Área Norte, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mangomezg@telefonica.net](mailto:mangomezg@telefonica.net)  
(M. Gómez-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.05.018>

## En relación con «Esofagitis eosinofílica, una enfermedad en auge»



### Eosinophilic oesophagitis: A disease on the increase

Sr. Director:

En relación con el caso publicado en *SEMERGEN*, titulado: «Esofagitis eosinofílica, una enfermedad en auge» y cuyos autores son Miranda García y Gutiérrez Teira<sup>1</sup>, queremos añadir una serie de comentarios.

Recientemente Castro Jiménez et al.<sup>2</sup> han publicado un artículo original donde se recogen las características demográficas, clínicas y alergológicas de pacientes con esofagitis eosinofílica (EoE) en España. Este estudio coincide con los resultados de otros previos en los datos clínicos y demográficos de pacientes con EoE, la cual afecta predominantemente a varones de entre 30 y 40 años, que manifiestan disfagia y/o impactación del bolo alimentario hasta 3,73 años antes

del diagnóstico de la enfermedad, así como la alta prevalencia de atopía encontrada en los pacientes estudiados, un 83,7%.

Este dato apoya ampliamente la fisiopatología basada en 2 factores: un mecanismo inmunoalérgico mediado por la sensibilización de linfocitos T a través de una respuesta TH2 a ciertos elementos de la dieta o del ambiente que actúan como alérgenos alimentarios o aeroalérgenos, o bien por un mecanismo mixto, también mediado por IgE; y la presencia de reflujo gastroesofágico que induce una respuesta inmune anormal y que podría conducir al inicio de EoE, o ser la EoE por sí sola el factor que predispone al reflujo gastroesofágico.

La sensibilización a alimentos constituye la principal hipótesis etiológica de la enfermedad. Lucendo et al.<sup>3</sup> recientemente han publicado un estudio desarrollado en nuestro país confirmando la implicación alimentaria en la patogénesis de la enfermedad. Ellos consideran que los antígenos alimentarios son los mayores detonantes en la inducción y mantenimiento de la inflamación eosinofílica esofágica hasta el punto que tras la evitación empírica del alimento responsable se produce una remisión clínica en