



## EN DEFENSA DE LOS REPORTES DE CASOS Y LAS SERIES DE CASOS

ALEJANDRO J. GARCÍA

*Miembro del Comité Editorial de la Revista Médica de Rosario*

Cuando leemos trabajos científicos y prestamos atención a los niveles de evidencia se establece que el mayor nivel está dado por trabajos controlados, aleatorizados, prospectivos, y los metaanálisis basados en los mismos. Siguen en valoración los estudios de cohorte de correcto diseño; algo más abajo los casos controlados revisados de manera sistemática; siguen las series de casos y reportes, y por último la opinión de expertos. ¿Esto significa que no hay que prestar atención a los reportes y basarse en los trabajos de mayor nivel?

Los estudios y metaanálisis cumplen una función imprescindible en nuestra era de medicina basada en la evidencia, en el desarrollo de conocimientos nuevos y revisión de pautas ya establecidas, nuevos tratamientos, métodos de estudio, descripción de patologías, etc. No siempre se pueden aplicar a todas las situaciones de la medicina. En el otro extremo los reportes brindan una descripción que puede o no tener trascendencia y aumentan su valor si se acompañan de una adecuada revisión de la literatura.

Los reportes y series pueden tener valor como disparadores para ulteriores investigaciones o generadores de hipótesis. No así para generalizar conclusiones sobre etiologías, respuestas a tratamientos, etc. Para estos objetivos, por supuesto, hacen falta estudios más sofisticados como los de prevalencia, casos controlados retrospectivos, estudios de cohorte longitudinales prospectivos y ensayos clínicos. De todos modos, y sin ignorar sus limitaciones, las ventajas de los reportes residen en el costo reducido de realización y la facilidad de hacerlo en el medio asistencial u hospitalario.

Como profesionales que estamos en “el campo de batalla” de la medicina diaria en consultorio o en el hospital, a veces nos encontramos ante situaciones que no habíamos visto con anterioridad, y en estos casos nos es muy útil lo que podemos recoger de casos publicados similares.

Por ejemplo, un colega me comentó que recientemente le tocó ver en terapia intensiva un paciente diabético tipo 1 tratado con SGLT2. La idea inicial del médico que lo envió fue de una acidosis metabólica asociada a sepsis en paciente diabético de probable origen urinario. No había, aparte de la descompensación, otro dato que abonara un origen infeccioso. Uno de los intervinientes recordó el artículo publicado en RMR sobre acidosis euglicémica en diabetes tipo 2 asociada a SGLT2<sup>1</sup> que resultó ser el diagnóstico correcto de acuerdo con la evolución y resultado de los estudios.

Otro comentario, sobre una situación acaecida hace unos años, en la cual un paciente llevó a su médico una historia clínica de una familiar de alrededor de 40 años que presentó un cuadro psicótico agudo. Éste fue transitorio, pero posteriormente agregó convulsiones, trastorno de conocimiento en distintas etapas tras lo cual deterioró su situación neurológica y falleció. Los estudios disponibles en esa época: RNM, EEG, estudios de LCR, laboratorio inmunológico y metabólico no aportaron un diagnóstico. El familiar pidió una opinión y con los datos disponibles no se pudo dar una respuesta precisa. Tiempo después se describió mejor la llamada encefalitis límbica y su relación con distintos anticuerpos que orientan a distintos cuadros paraneoplásicos.

Cuando el clínico consultado leyó la presentación en seminario de AMIR de un caso de encefalitis y revisión de la bibliografía,<sup>2</sup> recordó esa paciente y surgió que posiblemente pudo haber estado involucrada una complicación paraneoplásica, sin descartar posibilidad de probable cáncer de ovario con anticuerpos anti hu; no solo eso, sino que también pudo haber habido alguna chance terapéutica.

Los mecanismos con los que los clínicos llegan a un diagnóstico están ligados a diferentes procesos de pensamiento. Uno es el pensamiento rápido, utilizado muchas veces por clínicos más experimentados y basado en reconocimiento de patrones (por ejemplo *rash* en un paciente con varicela reconocible en una primera vista); y otro en pensamiento más lento o arduo, la típica enumeración de posibles etiologías en un seminario clínico con consideración de datos a favor y en contra. En este caso también se llegó a un diagnóstico posible, no tanto debido a experiencia, sin la evocación de un reporte de caso. La literatura, sobre todo sajona, habla de heurística que se puede ver como un atajo del razonamiento con utilidad práctica. El mecanismo por el que se trae a colación un determinado artículo puede ser incitado por distintas causas: la rareza, la similitud o con una situación similar, lo reciente de la lectura, etc. Pero no hay duda de que el reporte es una herramienta de mucha utilidad.

Muchas veces no es necesario que los casos coincidan totalmente con lo que estamos considerando en un paciente en particular. Un ejemplo de esto me sucedió con un paciente con neuropatía periférica y lipodermatoesclerosis en miembros por secuela de trastornos venosos. Dicho paciente obtenía mejoría con compresas frías en los miembros. Esto me trajo a la memoria un caso publicado sobre eritromelalgia, por lo que incluí esta entidad como diagnóstico diferencial, que, si bien finalmente fue descartado, fue útil para considerar desde distintos ángulos el problema y fijar los conocimientos como herramienta para utilizar en otros casos.

Los reportes y series de casos brindan evidencia de menor calidad, pero no significa que no deban tenerse en cuenta, sino que el grado de recomendación es más débil comparado, por ejemplo, con los estudios más elaborados importantes sobre todo para la elaboración de conocimiento nuevo y para recomendaciones basadas en evidencia. Por este motivo, hay quienes tienen en poca estima los reportes de casos, pero en la práctica médica diaria no siempre nos manejamos con estos parámetros; y ante una situación clínica particular puede tener muchísima importancia el conocimiento derivado del análisis de un reporte en particular.

Por último, quiero mencionar un trabajo publicado en 1981 por el *Center of Disease Control* en Estados Unidos sobre neumonía por pneumocystis,<sup>4</sup> en donde se informa de 5 pacientes homosexuales varones con dicha patología. Fue el primer reporte sobre SIDA de la literatura mundial.

Para que una publicación científica como la Revista Médica de Rosario sea considerada, debe incluir un número mínimo de trabajos científicos originales. Estos deberían ser el pilar fundamental de nuestros contenidos. De todos modos los reportes siguen siendo una parte importante de la literatura; por ejemplo la prestigiosa *Annals of Internal Medicine* creó una división independiente especial de la publicación (*Annals of Internal Medicine Clinical Cases*) dedicada a presentaciones de casos clínicos. Dicha sección está regida por arbitraje por pares, brinda información rigurosa y de importante contenido didáctico, y resalta presentaciones no usuales, desafíos diagnósticos y terapéuticos, así como los nuevos enfoques que los reportes pueden proveer.

Por lo señalado, desde el Comité Editorial continuamos convocando a la comunidad médica global y de nuestra área a participar mediante este tipo de trabajos e invitamos a nuestros lectores a considerarlos y enviar las opiniones que los mismos les merezcan.

## Referencias

1. Laurenti MdIN, Pites N, Fruci L. *Cetoacidosis diabética euglucémica secundaria al uso de dapagliflozina*. Rev Med Rosario 83: 79-82, 2017.
2. Dip P, L'heureux L, Atum Y, y col. *Paciente joven con cuadro subagudo de alteraciones neuropsiquiátricas*. Rev Med Rosario 83: 26-35, 2016.
3. García M, Kablan P. *Eritromelalgia: ciclosporina, gabapentina y buflovedil, alternativas terapéuticas para una enfermedad con pocas opciones*. Rev Med Rosario 86(1), 2020.
4. Gottlieb MS, Schanker HM, Fan PT, y col. *Pneumocystis pneumonia*. Los Angeles, Morbidity and Mortality Weekly Report 30: 250-252, 1981.