



ISSN 1887-4606

---

Vol. 19, núm. 1, 2025, pp. 49-68  
<https://doi.org/10.14198/dissoc.19.1.03>

Sección  
Miscelánea

## **El caso clínico: análisis de un género textual para los profesionales de la salud. El tratamiento de los epónimos**

*The medical case report: analysis of a textual genre  
in specialized communication. The case of eponyms*

*Claudia Colantonio*  
Sapienza Università di Roma, Italia

### **Resumen**

*En este artículo nos proponemos estudiar algunos aspectos de la comunicación especializada, a través del análisis de género (“genre analysis”), que permite enfocar el texto en su relación con la realidad sociodiscursiva; se tomará en consideración el caso clínico, que es un género dirigido a los profesionales de la salud con una finalidad educativa. Al tratarse de un documento altamente especializado, la escasa legibilidad a raíz de los cuantiosos tecnicismos es uno de sus*

*rasgos definitorios más llamativos. El análisis revela los mecanismos más destacables que pueden obstaculizar la comprensión de un caso clínico, entre los cuales se menciona el tratamiento de las construcciones epónimas.*

**Palabras clave:** caso clínico; terminología; género textual; epónimos.

## Abstract

*In this article we intend to study some aspects of specialized communication, through genre analysis, which enables the focus of the text in its relationship with the social reality; we examine the case report, which is a genre of the specialized communication with an instructive function. Its scarce legibility owing to the excess of technicisms is one of its main defining features. The analysis shows some mechanisms which led to a difficult understanding of the clinical case, such as the eponyms constructions.*

**Keywords:** Case report; terminology; textual genre; eponym.

**Cómo citar:** Colantonio, Claudia. (2025). El caso clínico: análisis de un género textual para los profesionales de la salud. El tratamiento de los epónimos. *Discurso & Sociedad*, 19(1), 49-68. <https://doi.org/10.14198/dissoc.19.1.03>

**Fecha de recepción:** 15/09/2024

**Fecha de aceptación:** 20/12/2024

**Conflicto de intereses:** la autora declara que no hay conflicto de intereses.

**Financiación:** sin financiación

© 2025 Claudia Colantonio

Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0):

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



## **Lengua de la salud: entre divulgación y comunicación especializada.**

Si hay algo que defina de manera clara y contundente a las lenguas de especialidad es bien su subcategorización al lenguaje general, y bien el conjunto de tres variables, a saber, la temática, el tipo de usuarios (especialistas, semi-especialistas, público lego) y las situaciones de comunicación, tal y como destaca Cabré (1993).

Ahora bien, al fijar los parámetros arriba mencionados, se subraya la doble fisonomía de una lengua de especialidad en general, y del español de ámbito médico en particular: el componente temático que representa el eje horizontal y que consta de los conocimientos, los contenidos y la terminología propios de un campo del saber, y el componente social que indica la dimensión vertical y que se centra en los factores pragmáticos y comunicativos de un texto o de una intervención (Cortelazzo, 1990; Calvi, 2006).

El conjunto de las dos dimensiones, o en otras palabras, el conjunto de términos especializados o tecnicismos (marcados por su monorreferencialidad y univocidad) y de un intercambio comunicativo (con una función determinada por las intenciones del usuario de la lengua) es la esencia de cualquier lengua de especialidad (v. Gutiérrez Rodilla, 1998).

La estratificación de las lenguas de especialidad según el argumento representa la llamada dimensión horizontal: a modo de ejemplificación, se propone la distinción entre las ciencias humanas o sociales (derecho, sociología, psicología, filosofía, historia, antropología) y las ciencias físicas o naturales (matemáticas, química, física, biología, medicina o ingeniería). Además, a pesar de aspirar al criterio de la homogeneidad, cualquier lengua de especialidad no es un sistema hermético e impenetrable, ya que tiene cabida también el fenómeno de la «infrasettorialità» (Rovere, 1989, pp. 139), a saber, la imprescindible interrelación entre ámbitos tan distintos que a primera vista podrían parecer incomunicables. A este respecto, el campo médico reúne una amplia gama de sectores y subsectores, entre los que se pueden distinguir ramas como reumatología, cardiología, neumología y oncología médica, y dentro de cada una destacan las enfermedades (angina de pecho, tumor, carcinoma, neumonía etc.), su diagnóstico (tiene que ver con los síntomas, la estadificación y el pronóstico) y el tratamiento (fármacos por vía intravenosa; por vía oral etc.).

Por lo que respecta al lenguaje técnico-científico, del que el español para la salud forma parte, tal y como señala Fernández González (2021), habría que tomar en consideración tres factores que influyen en la manera en la que se

articularía el eje horizontal para integrarlo mejor en las necesidades del vertical: en primer lugar, el canal en el que puede materializarse la situación comunicativa, que puede ser escrito (manuales, textos, artículos, capítulos en un manual) u oral (conferencias, congresos, entrevistas, ruedas de prensa); la intención comunicativa modela el discurso del emisor de tal manera que se engendren diferentes tipos de textos (Autor, 2023) (el artículo científico o de investigación escrito por y dirigido a expertos en una determinada disciplina; los textos instruccionales, como los manuales de instrucciones, quieren provocar en el destinatario un comportamiento determinado a través de una serie de acciones; los manuales didácticos como un libro de geometría para el bachillerato o el manual del permiso para obtener el carnet de conducir); y, finalmente, el tipo de receptor que quizás es el factor que más condiciona la interacción entre dimensión horizontal y dimensión vertical ya que determina asimismo el nivel de especialización.

A este propósito, es posible identificar tres niveles de especialización: la comunicación experto-experto crea una relación a la par entre especialistas, se caracteriza por una alta densidad conceptual, un nivel de formalidad, de objetividad y de neutralidad emotiva vinculantes, y la presencia de abundantes tecnicismos, “puesto que los conocimientos compartidos permiten reducir al mínimo los procedimientos explicativos” (Calvi, 2006, p. 129). Poniendo como ejemplo el caso del resultado de pruebas médicas, cabe destacar los tecnicismos y las formas textuales, discursivas y lingüísticas preestablecidas por convención. Adelantamos que este nivel de comunicación es el que tomaremos en consideración en nuestro análisis de los casos clínicos.

El nivel entre experto-semiexperto determina un tipo de comunicación pedagógica en contextos didácticos, cuyo objetivo es transferir una «cultura secundaria» (“secondary culture”, Widdowson, 1979, p. 51, cit. en Gotti, 2014) a través de una densidad léxica aún bastante elevada combinada con frecuentes definiciones de los términos clave, aclaraciones y reformulaciones de los términos más oscuros para el usuario de la lengua.

La comunicación experto-público lego se suele asociar a la divulgación, es decir, a la asimetría de conocimientos entre emisores especialistas y el público: así pues, un médico cardiólogo que ilustra en qué consiste una anastomosis quirúrgica poseerá un saber experto mayor que el periodista divulgador en la televisión. Este nivel, por lo tanto, se caracteriza por una baja densidad de terminología específica y por la necesidad de reformulación de los conceptos, ya que se dirige a amplios sectores de la población, lo cual determina una

democratización del saber al cual pueden acceder profesionales y, sobre todo, el ciudadano de a pie.

Al otro lado, la dimensión vertical consta no solo del contenido especializado y de las necesidades referenciales de los participantes en el acto comunicativo, sino que se integra con los factores que influyen en la variación de las lenguas especiales, a saber, las necesidades comunicativas de los participantes que entrarían en el contexto cultural y social de la comunicación misma.

### **El caso clínico: rasgos definitorios.**

Al hilo de lo anterior, la relación que se establece entre la lengua y el tipo de interacción social entre los participantes en la comunicación, conlleva una estratificación interna. Así las cosas, según el carácter de un texto, Portaleone (1996) describe artículos médicos de carácter didáctico, científico, divulgativo y periodístico, cada uno de los cuales goza de un particular registro lingüístico. Por tanto, en el ámbito médico se pueden fácilmente detectar géneros discursivos que forman parte del discurso médico (como el prospecto de un medicamento, el consentimiento informado o el caso clínico) y géneros que coinciden con los de otras disciplinas científico-técnicas (como el artículo de investigación, la información para pacientes, por citar unos ejemplos).

A continuación vamos a desglosar los rasgos definitorios de uno de los géneros empleados en el ámbito de la salud, con sus peculiaridades léxicas y discursivas: el caso clínico.

De entrada, hay que aclarar que, en un entorno médico y sanitario, un caso clínico (case report) es la presentación comentada de la situación sanitaria de un paciente (o grupo de pacientes), que es mostrada a modo de ejemplo individual de un fenómeno más o menos extendido (de ahí el calificativo de “caso”). Es una descripción detallada y ordenada tanto del conjunto de los síntomas del paciente como de los datos complementarios proporcionados por los procedimientos diagnósticos, el tratamiento administrado y la evolución del enfermo (Revuelta y Llorente, 2022). Se considera una de las primeras formas de comunicación entre médicos cuyo objetivo es “contribuir al conocimiento médico, presentando aspectos nuevos o instructivos de una enfermedad determinada” (Ordóñez Álvarez et al., 2018, p. 185).

En concreto, el informe de un caso clínico tendría una estructura ordenada y meticulosa (Villanueva López, 2009), que se detalla a continuación:

- Título: debe ser claro, sencillo y breve, visto que es un componente esencial de cualquier artículo, incluido un informe de caso clínico; delimita el tema y, al mismo tiempo, causa la primera impresión;

- Resumen: debería describir los aspectos más relevantes del caso en términos concretos, claros y fáciles de leer;

- Introducción: el apartado introductorio sirve para crear una idea específica del tema que se sustente con argumentos (epidemiológicos y/o clínicos) y con su justificación clínica y sus implicaciones para la salud pública. Es importante aportar los antecedentes teóricos, junto al estado de la cuestión actual del tema.

- Presentación del caso: se describe en términos cronológicos la enfermedad y la evolución del paciente. Generalmente se aborda también la sintomatología, la historia clínica relevante, los datos importantes sobre la exploración física, los resultados de exámenes o pruebas diagnósticas (con valores normales entre paréntesis), el tratamiento y el desenlace (mejoría, falta de respuesta o muerte). Además, se debería narrar tanto el proceso para llegar al diagnóstico como el nombre genérico y las dosis administradas de los medicamentos.

- Discusión: en este apartado se resumen los hallazgos principales del caso, descuellan sus peculiaridades y se comparan con lo que se conocía o con lo publicado anteriormente; también se destaca qué aporta el caso (al saber científico en general o a cualquier otro ámbito sanitario o de la salud pública, etc.) (Revuelta y Llorente, 2022).

- Conclusión: el apartado final de un caso clínico debería resaltar alguna aplicación o algún mensaje concreto que se derive claramente del análisis completo del caso. Al tener el caso clínico una finalidad educativa, en las conclusiones debería deducirse una enseñanza que se proyecte en el futuro por medio de recomendaciones para el manejo de pacientes similares o las líneas de investigación que podrían originarse a propósito del caso (Revuelta y Llorente, 2022).

- Referencias bibliográficas: frecuentemente un caso clínico se complementa con un listado de las fuentes documentales relevantes, actualizadas y relacionadas con el caso que pueden consultarse para futuras investigaciones.

- Anexos: se incluyen figuras, tablas, imágenes y gráficos para una mayor inteligibilidad del caso, siempre y cuando se proteja la confidencialidad del paciente.

El contenido y, especialmente, el empleo de un léxico altamente especializado convierten al caso clínico en un género textual inaccesible en

términos de intelegibilidad para el público lego y para los pacientes. Queda claro que, al ser un género propio de la comunicación especializada, la terminología debe de ser compartida entre los profesionales de la salud: nuestro interés reside más bien en identificar los elementos lingüísticos (entre muchos, las construcciones epónimas que se tomarán en consideración a continuación) que obstaculizan la lectura y dificultan la comprensión del caso clínico desde la perspectiva del paciente y del público lego en general, aunque no sean los destinatarios directos del género analizado. Sin embargo, cabe destacar que, tal y como señalan Marín-Gámez et al. (2005: 246), “la incompreensión o baja legibilidad en salud es un factor independiente y determinante en los costes asistenciales, estancias medias, aplicabilidad de los planes de tratamiento, cumplimiento terapéutico, frecuentación de servicios de urgencias y mayor uso de los recursos hospitalarios especializados”, de ahí que se hable de “alfabetización en salud” (Juvinyà-Canal et al., 2018; Porrás-Garzón y Estopà, 2020; Carton Erlandsson et al., 2024, entre otros).

**Análisis del caso clínico “Eosinofilia grave: un reto diagnóstico”**

A continuación se va a describir un caso clínico (Tabla 1), “Eosinofilia grave: un reto diagnóstico”, que forma parte del Libro de Casos Clínicos del XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)<sup>1</sup> que reúne 63 casos y que se ha elegido de forma aleatoria. El estudio se enmarca dentro del análisis del discurso y del análisis de género, que sientan sus bases en la idea que el entorno social en que se desarrolla el discurso conlleva la adopción de determinadas pautas lingüísticas (Calvi y Mapelli, 2009).

|    |   |
|----|---|
| 1  | CC-43 EOSINOFILIA GRAVE: UN RETO DIAGNÓSTICO  |
| 2  | Motivo de consulta Varón de 45 años que acude a Urgencias por dolor epigástrico intenso.  |
| 3  | Antecedentes personales   |
| 4  | Alergia a PENICILINA y a POLEN DE GRAMÍNEAS.  |
| 5  | Asma bronquial intrínseca persistente moderada-grave corticodependiente desde 2009.   |
| 6  | Poliposis nasosinusal bilateral grado III intervenida en 2010 por rinosinusitis de repetición resistentes a tratamiento médico.                           |
| 7  | Intervenciones quirúrgicas: poliposis nasosinusal bilateral.  |
| 8  | Tratamiento habitual: Salmeterol/Fluticasona 50/250 mcg 2 inhalaciones cada 12 horas, Montelukast (0- 0-1), Terbutalina a demanda.                        |
| 9  | Motivo de consulta  |
| 10 | Acude a Urgencias en septiembre por episodio agudo de dolor epigástrico intenso irradiado a la espalda sin otros síntomas digestivos ni cardiovasculares. |
| 11 | En Urgencias el dolor se alivia tras la administración de Ranitidina y Pantoprazol, aunque persiste con menor intensidad.                                 |

|    |  |
|----|--|
| 12 | Se objetiva también crisis asmática leve que responde a tratamiento con broncodilatadores nebulizados sin precisar corticoides sistémicos.   |
| 13 | En la anamnesis por aparatos destacan mialgias en ambos gemelos de 15 días de evolución, disminución de la sensibilidad y disestesias en región cubital del antebrazo izquierdo del mismo tiempo de evolución. [...] |
| 14 | Exploración física   |
| 15 | TA 125/80, FC 110 lpm, SpO2 basal 95%, FR 12 rpm, Tª 36,5 °C.  |
| 16 | Cabeza y cuello: sin ingurgitación yugular a 45°.  |
| 17 | Carótidas y temporales isopulsátiles y sin soplos. Sin adenopatías cervicales ni supraclaviculares. Auscultación cardíaca: taquicardia sinusal a 110 lpm, sin soplos.  |
| 18 | Auscultación pulmonar: sibilancias espiratorias diseminadas en ambos campos pulmonares.  |
| 19 | Abdomen: blando, no doloroso a la palpación, sin masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales preservados.  |
| 20 | Extremidades inferiores: sin edema ni signos de tromboflebitis.  |
| 21 | Pulsos pedios preservados.   |
| 22 | Exploración neurológica: normal, salvo por parestesias y discreto déficit sensitivo en   |
| 23 | región cubital del brazo izquierdo.  |
| 24 | Parestesias en ambos cuádriceps sin alodinia, hiperestesia o hipoestesia. Dolor en ambos gemelos.  |
| 25 | Pruebas complementarias  |
| 26 | Analítica: iones, función renal y hepática normales.   |
| 27 | Enzimas cardíacas normales. PCR 5.16, Procalcitonina 0.114. CK 488, LDH 524.   |
| 28 | Leucocitos 26800 (Neutrófilos 5570, Linfocitos 2270, Eosinófilos 18200), con serie roja y plaquetas normales.  |
| 29 | Coagulación: TP 56% (normal >70%), TTPA normal.  |
| 30 | Frotis de sangre periférica: eosinofilia a expensas de formas maduras.   |
| 31 | Evolución y tratamiento  |
| 32 | Se valora al paciente en Urgencias. [...]  |
| 33 | Han empeorado las mialgias y las disestesias en antebrazo izquierdo.   |
| 34 | Además, refiere empeoramiento de la clínica respiratoria con administración de Terbutalina hasta 6 veces al día, con empeoramiento de la sintomatología por las noches.  |
| 35 | Ante el empeoramiento clínico se decide ingreso y se solicitan las pruebas que se describen a continuación.  |
| 36 | En la exploración física no hallamos cambios de interés con respecto a nuestra primera valoración,   |
| 37 | y en la analítica en ese momento destaca únicamente PCR 11.63, leucocitosis de 26780/mcL con   |
| 38 | hipereosinofilia grave de 17320 eosinófilos/mcL (64.7%). [...]   |
| 39 | Autoinmunidad: ANA, ENA y ANCA negativos.  |
| 40 | Bence Jones negativo.  |
| 41 | [...] Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 lpm, AQRS 60°, sin alteraciones en la repolarización ni signos de crecimiento de cavidades.   |
| 42 | Microbiología: - Serologías VIH, CMV, Hidatidosis, Fasciola, Triquinosis, Hepatitis B, Hepatitis C y Cisticercosis negativas.  |
| 43 | Virus Epstein-Barr: IgG VCA y EBNA positivos, IgM VCA negativo.  |



|    |   |
|----|---|
| 44 | Coprocultivos (3): <i>Cryptosporidium</i> sp positivo. <i>Strongyloides</i> negativo.   |
| 45 | Hiperplasia mieloide eosinofílica madura y de precursores MPO+, alguno aislado CD34+.   |
| 46 | Serie roja normal.<br>Ante la sospecha de Síndrome de Churg Strauss, habiendo descartado con las pruebas realizadas otras causas de hipereosinofilia grave, solicitamos biopsia de nervio sural y mantenemos tratamiento con corticoides en pauta lentamente descendente. [...] |
| 47 | Diagnóstico   |
| 48 | [...] Diagnóstico diferencial: Inmunodeficiencias: - Síndrome hiperIgE o Síndrome de  |
| 49 | Job;  |
| 50 | Enfermedad de Omenn; - Síndrome de Wiskott-Aldrich;   |
| 51 | Deficiencia selectiva de IgA. Neoplasias: - Hematológicas;  |
| 52 | Reacción de hipersensibilidad mediadas por IgE.   |
| 53 | Aspergilosis broncopulmonar alérgica: prick test negativo, IgE específica negativa.   |
| 54 | Síndrome de Churg-Strauss; - Fascitis eosinofílica;<br>Granulomatosis de Wegener; [...]   |
| 55 | Discusión   |
| 56 | [...] También pone en evidencia la dificultad diagnóstica del Síndrome de Churg-Strauss, que en nuestro caso se basa en criterios de clasificación clínicos sin poder objetivar afectación vasculítica.   |
| 57 | La eosinofilia grave persistente constituye un reto diagnóstico con un amplio abanico de entidades clínicas que incluye enfermedades infecciosas, reacciones a fármacos, patología neoplásica, así como entidades inmunológicas, inflamatorias y alérgicas.                     |
| 58 | [...] Es un trastorno que debe de ser valorado de forma sistemática para prevenir la morbilidad derivada de la causa de la eosinofilia y para dirigir el tratamiento a la enfermedad de base.   |
| 59 | El síndrome de Churg-Strauss es una vasculitis necrotizante sistémica de pequeños vasos, descrita por primera vez en los años 50 por Churg y Strauss.   |
| 60 | En 1990, The American College of Rheumatology publicó los criterios clasificatorios del síndrome de Churg-Strauss, incluyendo asma, eosinofilia mayor del 10%, mononeuropatía o polineuropatía.   |

Por lo que se refiere al marco situacional, el caso clínico es un tipo de texto en el que más que en otros se fraguan las características peculiares del discurso especializado de la salud, como el tipo de interacción social entre los participantes en la comunicación, el nivel de conocimiento especializado, la situación de uso y el empleo de tecnicismos. Efectivamente, la comunicación que se establece entre el autor del caso clínico y su lector es de tipo simétrico, ya que está pensado para especialistas de la salud. Su función es extremadamente informativa por los avances médicos que contiene y presenta un elevado nivel de fijación convencional, como se ha descrito anteriormente.

Además, desde la perspectiva del léxico, el texto del cuadro clínico está repleto de tecnicismos, es decir, el conjunto de términos del lenguaje especializado, lo cual le confiere un alto rigor argumentativo, además de un alto

nivel de especialización puesto que está pensado para los miembros de la comunidad científica interesada. A modo de ejemplificación, en el caso clínico que describe la eosinofilia grave se emplean muchos términos y expresiones que la mayoría del público lego desconoce, como “poliposis nasosinusal bilateral” (6), “hiperplasia mieloide eosinofílica madura” (45), “prick test negativo” (52), “afectación vasculítica” (54), etc.

Desde el punto de vista superestructural, a tenor del anonimato y de la confidencialidad de los datos del paciente, se omite todo material gráfico, que en cambio forma parte de otros géneros textuales, como los artículos periodísticos (Pontrandolfo, 2021) o el folleto de Información para pacientes (García Izquierdo, 2009). A nivel de macroestructura, el caso clínico presenta una descripción ordenada y detallada de los síntomas y de los acontecimientos que ocurren a un paciente de 45 años que acude a Urgencias a raíz de un intenso dolor epigástrico, además del reto terapéutico y diagnóstico que la eosinofilia grave supone, junto al síndrome de Churg-Strauss.

Desde la perspectiva de la microestructura, un aspecto morfosintáctico que salta la vista es la sencillez del texto en cuanto a su articulación discursiva, de ahí que prevalezcan la parataxis, o coordinación oracional, y las oraciones independientes, como (58) y (59). En general, la discusión presenta una estructura más discursiva, en la que prevalecen verbos de descripción y establecimiento de medidas, como “definir”, “realizar”, “condicionar”, “constituir”, “aportar”, “presentar”. Además, se pueden encontrar abundantes estructuras nominales y nominalizaciones, a saber, predominan los sustantivos en lugar de los verbos, como en (4), (6) y (9). Otro rasgo digno de mención es el uso del plural sociativo que sirve no solo para involucrar al lector, sino también para difuminar la presencia del “yo” locutor y, de esta manera, darle más objetividad al contenido, como en (36) y (44).

Es importante mencionar asimismo el gran número de siglas utilizadas para abreviar las denominaciones de pruebas complementarias, patologías o enfermedades (VIH, IgV VCA, EBNA, AQRS etc.). Tal y como señala Vázquez y del Árbol (2016, p. 97),

el médico suele recurrir a estrategias lingüísticas de reducción léxica – o abreviación, como la siglación, la apócope y los acrónimos – en sus escritos destinados al uso particular, al paciente o a otros especialistas.

En algunos casos clínicos, además de la sigla también se ofrece la denominación por completo, como UDVP (usuario de drogas por vía parental); CK (creatininquinasa); NSE (Enolasa neuroespecífica). Al margen de estas

reflexiones, cabe destacar que, si se realizan pruebas de laboratorio poco habituales, se suelen incluir los valores normales entre paréntesis (Revuelta y Llorente, 2022), como en (29) y (38).

Desde el punto de vista de los tiempos verbales, ya que el caso se debería redactar en orden cronológico y en manera detallada, en el apartado “Evolución” abunda el pretérito indefinido, a veces bajo la forma de oraciones impersonales con el “se”, a veces a través de la pasiva refleja (Lefèvre, 2015): a modo de ejemplificación, “Se realizó cirugía programada con exéresis de una masa pétreo [...]”; “Se comenzó tratamiento con antihistamínicos orales, sueroterapia [...]”; “Se completó el estudio solicitando autoinmunidad [...]”); en el caso analizado, en cambio, se opta con frecuencia por el uso del presente de indicativo, como en (32), (34) y (35).

Ahora bien, el aspecto léxico de un caso clínico que más salta a la vista es la presencia de rasgos terminológicos que remiten a un ámbito temático específico, a saber, una patología, una enfermedad, las técnicas de diagnóstico etc, como el “test de Coombs”, “Sjögren primario”, “enfermedad de Buerger”, “espondilodiscitis” etc. A continuación, se describirá con más detenimiento el caso de las construcciones epónimas que aparecen con frecuencia en el caso clínico recogido y, en general, en el Libro.

### **El caso de los epónimos**

A modo de acercamiento al tema que nos ocupa, cabe señalar que la lengua de la medicina resulta ser el lenguaje científico con mayor proliferación en el uso de las construcciones epónimas, a saber, términos contruidos sobre nombres propios de investigadores, científicos, médicos, pacientes (Serra Valdés, 2016), como “síndrome de Asperger” o “enfermedad de Parkinson”. Es un fenómeno empleado en el ámbito médico para denominar enfermedades, síntomas, tratamientos, términos médicos, signos y patologías, entre otros, pero cabe destacar que su empleo se puede extender a cualquier campo semántico (Tabla 2):

| Campo semántico | Epónimo  |
|-----------------|--|
| Geografía       | Estrecho de Bering, de Vitus Bering<br>Islas Bermudas, de Juan de Bermúdez       |
| Gastronomía     | Ensalada Caesar, de Caesar Cardini   |
| Inventos        | Motor diésel, de Rudolf Diesel<br>Amperio, del físico francés André-Marie Ampère |
| Cultura         | Canto gregoriano, de Gregorio Magno  |

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
|  | Alfabeto cirílico, de San Cirilio |
|--|-----------------------------------|

Tabla 2: ejemplos de construcciones epónimas

Asimismo, a pesar de ser un recurso representativo de muchas lenguas, como el español (Díaz Rojo, 2000), el italiano (Serianni, 2005) o el francés (Hamburger, 1982), los epónimos no gozan de una equivalencia internacional ni tampoco de unánime consentimiento acerca de su uso: algunos estudiosos se decantan por conservar las construcciones epónimas a raíz de su brevedad y concisión (Serra Valdés, 2016) y por aportar una perspectiva histórica (Araujo, 2016), además de su capacidad de dejar constancia de la participación directa en los acontecimientos médicos (Peña Pentón, 2017). Por otro lado, los detractores de su empleo esgrimen diferentes argumentos, entre los cuales destacan su escasa fuerza descriptiva, su opacidad y su falta de precisión científica (Goic G, 2009; González López, 2009), y que justificarían su ausencia en la terminología internacional (Serianni, 2005). En la estela de las consideraciones arriba mencionadas, se desprende que se trata de un mecanismo que goza de una doble consideración: desde el punto de vista del galeno, resulta un gran aliado por su brevedad y prestigio entre los profesionales; sin embargo, desde la perspectiva del paciente o del público lego en general supone una barrera adicional, cultural y social, entre médico y paciente por su escasa o, en algunos casos, nula comprensión.

### Taxonomía de los epónimos

A modo de caracterización general, siguiendo la taxonomía de Van Hoof (1986, 1993) que distingue dos tipos principales de construcciones epónimas dependiendo de su lexicalización o no, en la siguiente tabla (Tabla 3) se sintetizan y ejemplifican estas tipologías en español:

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| El nombre propio ha dado lugar a: | es                        |
| nombre común                      | parkinsonismo             |
| verbo                             | pasteurizar<br>galvanizar |
| adjetivo                          | parkinsoniano             |

|  |                           |
|--|---------------------------|
|  | galvánico                 |
| El nombre propio se conserva y describe: | es                        |
| enfermedades                             | enfermedad de Paget       |
| nociones anatómicas                      | órgano tendinoso de Golgi |
| técnicas                                 | islote(s) de Langerhans   |
| dispositivos                             | sonda/catéter de Foley    |

Tabla 3: ejemplos de construcciones epónimas lexicalizadas o no

Si en el primer grupo caben los epónimos que, en sentido estricto, han recategorizado el nombre propio del cual se originan, el segundo grupo consta de un sintagma compuesto por el nombre propio como determinante (Martín Camacho, 2021). Estos son los dos mecanismos para crear un epónimo: por un lado, se transforma el nombre propio en una raíz a la que se añaden afijos, como en el caso de “galvánico” o “galvanizar” a partir del apellido del fisiólogo italiano Luigi Galvani; por otro lado, los epónimos nacen a partir de construcciones de genitivo con uno o varios nombres propios, como “síndrome di Clarke-Howell-Evans-McConnel”. Un aspecto que salta a la vista reside en la creación poco transparente y no sistemática de las construcciones, algo que las diferencia de los formantes grecolatinos que componen mayoritariamente la terminología médica (Alcaraz Ariza, 2002; Marta Rodríguez y Varela Vila, 2017).

Además, a raíz del número de elementos que componen las construcciones epónimas, se diferencian dos subtipos, uno que consta de epónimos con un solo apellido (“signo de Babinski”, “enfermedad de Basedow”) y, por otro lado, epónimos formados por varios apellidos (“síndrome de Brown-Séguard”).

En el Libro de Casos Clínicos del XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), se han detectado 51 epónimos que se han agrupado en categorías semánticas, a saber, pruebas de laboratorio, enfermedades y síndromes, técnicas y nociones anatómicas (Tabla 4).

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Prueba de laboratorio | Test de Coombs<br>Blumberg negativo<br>Bence Jones negativo         |
| Enfermedad            | Síndrome de Sjögren<br>Síndrome de Fanconi<br>Síndrome de Boerhaave |

|                     |  |
|---------------------|--|
|                     | <p>Síndrome de Hamman<br/>                 Síndrome Wolff-Parkinson-White<br/>                 Anemia de Cooley<br/>                 Enfermedad de Buerguer<br/>                 Síndrome de Sézary<br/>                 Signo de Gottron<br/>                 Linfomas no Hodgkin<br/>                 Enfermedad de Paget<br/>                 Sd Budd chiari<br/>                 Enfermedad de Behçet<br/>                 Signo de Roger<br/>                 Enfermedad de Whipple<br/>                 Síndrome de Churg Strauss<br/>                 Síndrome de Job<br/>                 Enfermedad de Omenn<br/>                 Virus Epstein-Barr<br/>                 Síndrome de Wiskott-Aldrich<br/>                 Granulomatosis de Wegener<br/>                 Enfermedad de Shulman<br/>                 Enfermedad de Kimura<br/>                 Síndrome de Wells<br/>                 Síndrome de Gleich<br/>                 Síndrome de Clarkson<br/>                 Corea de Sydenham<br/>                 Corea de Huntington<br/>                 Enfermedad de Behçet<br/>                 Síndrome de Stevens Jonhson<br/>                 Enfermedad de Rosai – Dorfman<br/>                 Púrpura de Schönlein-Henoch<br/>                 Enfermedad de Von Recklinghausen<br/>                 Síndrome de Guillain-Barré<br/>                 Encefalitis de Bickerstaff<br/>                 Síndrome de Miller–Fisher<br/>                 Síndrome de Brugada</p> |
| Técnicas            | <p>Test de Schirmer<br/>                 Murphy negativo<br/>                 Signo de Babinski<br/>                 Estadio B2 de Aster-Coller<br/>                 Tinción de Rojo Congo</p>   |
| Nociones anatómicas | <p>Signo de la V de Naclerio<br/>                 Cisura de Silvio<br/>                 Tendón de Aquiles<br/>                 Esófago de Barrett<br/>                 Anillo de Waldayer<br/>                 Cicatriz de McBurney</p>  |

Tabla 4: epónimos presentes en el caso clínico

El caso clínico que se ha analizado contiene numerosas construcciones epónimas que atañen principalmente a enfermedades, síndromes y virus, como (43), (46), (48), (54), y a una prueba de laboratorio (40).

Algunos géneros, que pertenecen al discurso de la divulgación (como el artículo periodístico de corte divulgativo y los medios de comunicación o didácticos) y al discurso de la comunicación médico-paciente/familiar (como la guía de información para pacientes), están marcados por la intención de recontextualizar el discurso especializado (Ciapuscio, 2003; Calsamiglia y López Ferrero, 2003) a través de procedimientos reformuladores, glosas explicativas, términos y expresiones de la lengua común, en definitiva, de formas más orientadas al público lego. Por tanto, las construcciones epónimas arriba mencionadas se reformularían y explicarían para facilitar la transmisión del saber científico para el ciudadano de a pie. A modo de ejemplificación, el test de Coombs se podría explicar de la siguiente manera, “prueba de laboratorio que se usa para diagnosticar algunos trastornos de la sangre, además de establecer el tipo de sangre”; la enfermedad de Kimura es “una inflamación que afecta principalmente a varones jóvenes de los países asiáticos en la región de la cabeza y del cuello”. En otros términos, para facilitar la comprensión de unidades léxicas relacionadas con el ámbito médico que son poco transparentes, se puede optar por paráfrasis reformulativas, analogías, ejemplificaciones, glosas explicativas, definiciones que pueden redundar en beneficio de unos destinatarios no expertos. En el caso clínico, en cambio, no se adoptan recursos que posibiliten y/o mejoren la comprensión de los contenidos tratados (a saber, los procesos de desterrminologización, cfr. Campos Andrés, 2013), y la justificación a este respecto reside precisamente en los destinatarios del género textual, que son médicos y, en general, profesionales de la salud con un acervo terminológico médico compartido.

### **Conclusión**

De acuerdo con un propósito exploratorio y panorámico, esta contribución ha procurado tomar en cuenta un género textual que se inscribe en la comunicación especializada de ámbito médico, el caso clínico, y que está marcado por el uso de algunos recursos lingüísticos y discursivos, además de un elevado nivel de fijación convencional.

El caso clínico se inserta en el discurso de la ciencia médica en el que se fraguan rasgos peculiares y típicos, como la relación simétrica entre los participantes, el nivel de conocimiento especializado, la situación de uso y el empleo de tecnicismos, que se han descrito anteriormente. Ahora bien, el léxico representa el núcleo duro de cualquier lengua de especialidad (v. Gutiérrez

Rodilla, 1998), de ahí que nuestra atención se haya centrado en aspectos más bien terminológicos, como las construcciones epónimas, que en el caso clínico analizado, que se ha elegido de forma aleatoria, son numerosos. Nuestro objetivo ha consistido en subrayar los rasgos distintivos del caso clínico como género textual y, a continuación, fijar nuestra atención en uno de ellos, el uso de las construcciones epónimas. Estas constituyen uno de los aspectos léxicos más prolíficos de la lengua de la salud, que se construyen a partir de los nombres propios de los científicos, de los descubridores o de los inventores de la realidad que se está nombrando, además de marcar el nivel de especialización del texto. El análisis del caso clínico “Eosinofilia grave: un reto diagnóstico” ha puesto de relieve un cuantioso uso de construcciones epónimas que representan un arma a doble hilo, según el punto de vista que se adopte: si su empleo facilita la comunicación entre pares y representa una economía en la comunicación médica (Goic, 2009), por otro lado pueden ocasionar confusión, malentendidos y, lo que es más grave, falta de comprensión entre los pacientes.

## Notas

<sup>1</sup> El libro se puede consultar en la siguiente página web: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/congresos/libro-casos-clinicos-xxxiv-congreso-semi.pdf>

## Referencias

- Alcaraz Ariza, M. Á. (2002).** Los epónimos en medicina. *Ibérica: Asociación Europea de Lenguas para Fines Específicos*. (4), pp. 55-73. Disponible en: [https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/188065/AlcarazA\\_Loseponimosenmedicina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/188065/AlcarazA_Loseponimosenmedicina.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Fecha de consulta: 15/12/2023]
- Araujo, J. C. (2017).** Reflexiones en torno al lenguaje médico actual, los epónimos y abreviaciones. Las razones de su existencia y los principales problemas que plantea su uso. *Revista Biosalud*, 16(1), pp. 93-104. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/biosa/v16n1/v16n1a10.pdf> [Fecha de consulta: 08/12/2023]



- Autor (2023).** Los epónimos médicos: ¿un reto para el traductor? Una perspectiva contrastiva español-italiano. *Revista de Lenguas para Fines Específicos*, 29, pp. 125-137. Disponible en: <https://ojsspd.c.ulpgc.es/ojs/index.php/LFE/article/view/1537/1657> [Fecha de consulta: 28/11/2023]
- Cabré, M. T. (1993).** *La terminología. Teoría, metodología, aplicaciones*. Barcelona: Antártida/Empúries.
- Calsamiglia, H. & López Ferrero, C. (2003).** Role and Position of Scientific Voices: Reported Speech in the Media. *Discourse Studies*, 5(2), pp. 147-173.
- Calvi, M. V. (2006).** *Lengua y comunicación en el español del turismo*. Viareggio: Baroni.
- Calvi, M. V. & Mapelli, G. (2009).** El prospecto de medicamento en España y en Italia. *LEA XXXI* (1), pp. 35-59.
- Campos Andrés, O. (2013).** Procedimientos de desterminologización: traducción y redacción de guías para pacientes. *Panace@. Revista de medicina, lenguaje y traducción*, 37(XIV), pp. 48-52. Disponible en: <https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n37-tradyterm-OCamposAndres.pdf> [Fecha de consulta: 11/11/2023]
- Carton Erlandsson, L. – Martín Duce, A. – Gragera Martínez, RR. – Sanz Guijo, M. – Muriel García, A. – Mirón González, R. – Gigante Pérez C. (2024).** Uso de redes sociales como fuente de información sobre salud y alfabetización digital en salud en población general española, *Rev Esp Salud Pública* 98.
- Ciapuscio, G. E. (2003).** Formulation and Reformulation Procedures in Verbal Interactions between Experts and (Semi-)laypersons. *Discourse Studies*, 5(2), pp. 207-233.
- Cortelazzo, M. (1994).** *Lingue speciali: la dimensione verticale*. Padova: Unipress.
- Díaz Rojo, J. A. (2000).** Nociones de neología. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 1(1), pp. 13-14. Disponible en: [https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n1\\_NocionesNeologia.pdf](https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n1_NocionesNeologia.pdf) [Fecha de consulta: 15/12/2023]
- Fernández González, J. (2021).** El discurso científico-técnico en la enseñanza del español LE/L2. En Javier De Santiago-Guervós, y Lourdes Díaz Rodríguez, (eds.), *Lingüística textual y enseñanza del español LE/L2* (pp. 193-211). New York/London: Routledge.

- García Izquierdo, I. (2009).** *Divulgación médica y traducción: el género Información para pacientes*. Bern: Lang.
- Goic G, A. (2009).** Sobre el uso de epónimos en medicina. *Revista médica de Chile*, 137(11), pp. 1508-1510. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009001100016](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009001100016) [Fecha de consulta: 8/12/2023]
- González López, E. (2010).** ¿Hay que seguir utilizando (algunos) epónimos médicos? *Medicina clínica*, 134(15), pp. 703-704. Disponible en: <https://colegiocun.com.mx/tareasenlinea/wp-content/uploads/2022/01/S0025775310001284.pdf> [Fecha de consulta: 15/12/2023]
- Gotti, M. (2014).** Reformulation and Recontextualization in Popularization Discourse. *Ibérica*. (27), pp. 15-34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2870/287030196011.pdf> [Fecha de consulta: 22/11/2023]
- Gutiérrez Rodilla, B. M. (1998).** *La ciencia empieza en la palabra: análisis e historia del lenguaje científico*. Barcelona: Península.
- Hamburger, J. (1982).** *Introduction au langage de la médecine*. Paris: Médecine Sciences Publications.
- Juvinyà-Canal, D. – Betran-Noguer, C. – Suñer-Soler, R. (2018).** Alfabetización parala salud, más que información. *Gac Sanit*. 32(1), pp. 8-10.
- Lefèvre, M. (2015).** *La traduzione dallo spagnolo. Teoria e pratica*. Roma: Carocci Editore.
- Marín-Gámez, N. – López-Salido, M. Á – Márquez-García, A. B. – Trujillo-Pérez, J. A. – Jódar-Morente, F. y Rodríguez-Galdeano, M. (2005).** El efecto Fausto: sobre la legibilidad y comprensión de los informes clínicos de alta hospitalaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 41(4), pp. 245-248.
- Marta Rodríguez, V. y Varela Vila, T. (2017).** Análisis de la eponimia biomédica a través de textos sobre enfermedades raras. *E-Aesla* 3, pp. 174-184. Disponible en: <https://cvc.cervantes.es/lengua/eaesla/pdf/03/15.pdf> [Fecha de consulta: 17/11/2023]
- Martín Camacho, J. C. (2021).** El nombre propio en la creación de palabras. En torno a la eponimia. *Archivum* LXXI, pp. 245-277. Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/RFF/article/view/16774> [Fecha de consulta: 14/12/2023]

- 
- Ordóñez Álvarez, L., Sánchez Orraca, A. y Lazo Lorente, L. A. (2018).** Propuesta metodológica para la redacción científica de presentaciones de casos. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 14(2), pp. 184-188.
- Peña Pentón, D. (2013).** Epónimos médicos en la línea del tiempo. *Panorama Cuba y Salud*, 8(1), pp. 36-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4773/477348950007.pdf> [Fecha de consulta: 17/11/2023]
- Pontrandolfo, G. (2021).** *Lingüística textual y discursos de especialidad: perspectivas de análisis*. Madrid: Arco Libros.
- Porras-Garzón, J. M. y Estopà, R. (2020).** Escalas de legibilidad aplicadas a informes médicos: límites de un análisis cuantitativo formal. *Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación* 83, pp. 205-216. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/clac.70574>
- Portaleone, P. (1996).** Tradurre testi di medicina. En Gian Luigi Beccaria (ed.), *I linguaggi settoriali in Italia* (pp. 330-332). Milano: Bompiani.
- Revuelta, G. y Llorente, C. (2022).** *Redacción y presentación de casos clínicos*. Universidad Pompeu i Fabra.
- Rovere, G. (1989).** Sottocodici e registri in testi tecnici. Occorrenze e cooccorrenze. *Rid. Scuola società e territorio*, (13), pp. 135-160.
- Serianni, L. (2005).** *Un treno di sintomi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente*. Milano: Garzanti.
- Serra Valdés, M. Á. (2016).** Los epónimos médicos y la reumatología. *Revista Cubana de Reumatología*, 18(1), pp. 80-86. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5379405.pdf> [Fecha de consulta: 1/11/2023]
- Van Hoof, H. (1986).** Les éponymes médicaux: essai de classification. *Meta* 31(1), pp. 59-84. Disponible en: [https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/188226/VanHoofH\\_LeseponymesmedicauxessaiDECLASSIFICATION.pdf?sequence=4](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/188226/VanHoofH_LeseponymesmedicauxessaiDECLASSIFICATION.pdf?sequence=4) [Fecha de consulta: 3/12/2023]
- Van Hoof, H. (1993).** *Dictionnaire des éponymes médicaux français-anglais*. Louvain-La-Neuve: Peeters.
- Vázquez y Del Árbol, E. (2016).** Glosario (inglés <> español) de siglas, acrónimos y abreviaturas de documentos médicos. *Panace@*, 17, pp. 87-97.
- Villanueva López, I. S. (2009).** Cómo redactar un caso clínico. *Acta Ortopédica Mexicana*, 23(5), pp. 315-316.

## Nota biográfica



**Claudia Colantonio.** Doctora por la Università “Gabriele D’Annunzio” de Chieti – Pescara (Italia), es actualmente investigadora (Rtd-A) en el sector Lengua y Traducción Española del Departamento de SEAI de Sapienza - Università di Roma. Sus intereses se centran en la lengua de especialidad de ámbito médico y de su enseñanza, y en el análisis de los errores de aprendices italianos de ELE. En 2024 ha publicado la monografía *Lengua y comunicación en el español de la salud. Estudio terminológico, de los géneros textuales y de sus propiedades discursivas* y algunos artículos en revistas internacionales (*RILEX; Oralia; Revista de Lenguas para Fines Específicos*).

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4649-1266>

**E-mail:** [claudia.colantonio@uniroma1.it](mailto:claudia.colantonio@uniroma1.it)