

¿Tratar pacientes o tratar resultados de las pruebas?

Alberto Lifshitz

Director general, Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Secretaría de Salud.
Tel: 5568 3575. Correo electrónico: alifshitz@salud.gob.mx

Los estudios de laboratorio y de imagen han sido históricamente vías para corroborar o rechazar las hipótesis diagnósticas emitidas con bases clínicas. Mucho se ha dicho que son complementarios de la clínica, no obstante numerosos colegas han caído en el exceso de emplearlos como suplementarios, lo cual constituye no sólo una infracción a las reglas de la propedéutica clásica sino un dispendio, una autoanulación del trabajo clínico y hasta un riesgo para el paciente.

Sin embargo, el rastreo indiscriminado y amplio de anormalidades en las pruebas de laboratorio e imagen ha tenido algunos frutos en términos de conocer mejor la historia natural de ciertas enfermedades y la prevalencia de algunos fenómenos subclínicos, así como repercusiones prácticas para los pacientes, como sucede con el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino, próstata o pulmón, de la hipercolesterolemia o diabetes, o el descubrimiento incidental de una leucemia incipiente o alguna otra enfermedad grave. El fundamento de la estrategia diagnóstica exhaustiva conocida como “chequeo” o *check up* es el conocimiento de que los individuos asintomáticos pueden albergar enfermedades ocultas o condiciones de riesgo para enfermar, y que una intervención temprana puede modificar el pronóstico. No obstante, la mayor parte de los análisis sobre costo-beneficio no han sido favorables a esta estrategia, a menos que lleve una orientación con base en los riesgos específicos de la población examinada y en los resultados de la historia clínica.

Este número de *Revista Médica* incluye el estudio que un grupo de expertos en diagnóstico por imagen realizó en Veracruz mediante resonancia magnética de la columna lumbar en personas asintomáticas. Se encontró que más de la mitad tenía anormalidades a las que podría atribuirse el dolor y otros síntomas. El asunto pone en entredicho algunos conceptos cuestionados por largo tiempo: qué es la normalidad, la heterogeneidad de las correlaciones anatomoclínicas, la diferente expresión de las enfermedades en distintos enfermos, el valor de los hallazgos no iatrotópicos y los incidentales, de las búsquedas sistemáticas, de los estudios rutinarios en individuos en aparente buen estado de salud, y otros.

El tema no es nuevo. Desde que se empezaron a emplear con frecuencia las pruebas complementarias, algunos sabios profesores aconsejaban que si los hallazgos clínicos y los obtenidos por laboratorio no coincidían, mandáramos al diablo los del laboratorio. Lo anterior, desde luego, se extiende a los estudios de imagen, aunque éstos, por tener una mayor objetividad, difícilmente pueden ser remitidos a Satanás. Me ha tocado ver pacientes que solicitan atención porque el laboratorio reportó pruebas febriles marginalmente positivas; al preguntarles cómo se sienten suelen referir que bien o que al menos no tienen síntomas de tifoidea, brucelosis ni tifo. En esos casos les informo que la mejor manera de resolver tal discrepancia es borrando o tachando el resultado en el informe, que lo anormal es acaso la

prueba de laboratorio. Algo parecido ha ocurrido con otras supuestas anomalías que llegan a preocupar a los pacientes: los granulomas calcificados en las radiografías de tórax, la elevación de la amilasa sérica en sujetos sin síntomas abdominales, la leucocituria de algunas mujeres y, ahora que se hacen muchos estudios de ultrasonido, tomografía o resonancia, la presencia de quistes intrascendentes en diversos órganos. Sin negar la posibilidad de que estos hallazgos tengan significado en algunas ocasiones, lo cierto es que en la mayoría sólo generan inquietud o propician la realización de estudios adicionales, confirmatorios o refutatorios, no rara vez superfluos y riesgosos. Los diagnósticos suelen surgir de la conjunción de los datos clínicos debidamente interpretados y la complementación con los de laboratorio y gabinete, y no tanto como un hallazgo fortuito mediante una búsqueda ciega, por más exhaustiva y sistemática que sea.

La posibilidad de tener lesiones anatómicas no percibibles se ha utilizado como justificación para los rastreos, incluida la tomografía de cuerpo entero a la que, desmedidamente, se ha llamado “imagenología preventiva” cuando acaso es una estrategia para el diagnóstico precoz (y desde luego con posibilidad de prevenir daños mayores). Lo que se descubrió en la investigación referida es que numerosas personas tienen cambios anatómicos en la columna que podrían considerarse patológicos, y que si no han originado síntomas probablemente los producirán. Esto plantea también que algo debemos estar haciendo mal para que más de la mitad tenga alteraciones discuales, y obliga a reforzar las estrategias de higiene postural y de columna, tan escasamente difundidas.

Si más de 50 % de las personas tiene modificaciones en la columna, ¿se podría aceptar que esto es normal? A partir de la progresión de la epidemia de diabetes se ha especulado, por ejemplo, que va a ser normal ser diabético, tener sobrepeso u obesidad. El comentario del médico podría llegar a ser “tiene usted modificaciones en sus discos intervertebrales en la resonancia magnética, pero por ahora las podemos considerar normales”. Los criterios de normalidad incluyen la definición estadística, ya sea gaussiana (promedio \pm 2 desviaciones

estándar) o percentilar (entre los percentiles 5 y 95), que por supuesto no aplica a estos casos; pero hay otras definiciones, algunas convencionales y otras vinculadas con el riesgo o con el umbral terapéutico. Convendría observar en el tiempo a estas personas para afirmar si el hallazgo casual fue importante. No se puede descartar que algún cirujano pretenda intervenir quirúrgicamente a estas personas asintomáticas para evitar males mayores.

Cuando se encuentra una anomalía como ésta en personas con dolor lumbar, lo natural es que se atribuya el síntoma a la alteración anatómica, pero como se colige de este estudio también podría ser sólo una coincidencia sin ningún vínculo fisiopatológico. Este problema lo enfrentó la amebiasis por mucho tiempo: se intentaba relacionar cualquier síntoma digestivo con el hallazgo de quistes de *E. histolytica* en heces, y los pacientes recibían tratamiento antiamebiano porque tenían meteorismo, ruidos intestinales aumentados, falta de apetito (o exceso), estreñimiento, diarrea, dolores abdominales inespecíficos, urgencia y hasta nerviosismo. Sin negar que esta conducta pudiera haber contribuido a la disminución en la frecuencia del absceso hepático amebiano, hoy queda claro que muchos de estos pacientes tienen un síndrome de intestino irritable y son únicamente portadores de quistes de amibas. También a helmintos y otros protozoarios se han atribuido síntomas diversos como lipotimia, cefalea, falta de rendimiento escolar, bruxismo, prurito anal, que pueden tan sólo coexistir sin relaciones causales.

¿Por qué algunos pacientes manifiestan síntomas y otros no a pesar de que tienen alteraciones anatómicas similares? La respuesta a esta pregunta es la esencia misma del ejercicio clínico. La expresión de las enfermedades tiene una amplísima heterogeneidad que depende no sólo del daño tisular sino de la respuesta del paciente: su umbral de percepción, comorbilidad, estado funcional, capacidad de adaptación, hábitos y necesidades afectivas. Por eso siguen siendo válidos los viejos aforismos “no hay enfermedades sino enfermos” y “se puede ser cacarizo y andar en taxi”, y son, obviamente, los pacientes y no los resultados de las pruebas los que deben ser tratados. **rm**