

Alteraciones que todos conocemos pero que aún no entendemos

Fernando García Frade R,* Ana Paula Mas Martínez*

RESUMEN

En la práctica médica es común encontrar ciertas características en los pacientes o alteraciones de laboratorio que, por falta de conocimiento respecto a las mismas o por la incertidumbre que ocasiona no saber qué nombre ponerles o cuál va a ser la respuesta al tratamiento que en ese momento se decida, preferiríamos no encontrar. En este artículo se comentan algunas de esas características, algunas están en vía de respuesta, otras aún se desconocen y otras más tan sólo se recordarán.

Palabras clave: trastornos no bien conocidos.

ABSTRACT

In the medical practice it is common to find certain characteristics in patients or laboratory disorders which, due to the lack of knowledge about them or the uncertainty caused by unknowing how to name them or their response to treatment, we would prefer not to find. This paper comments some of these characteristics, some are being answered, other are still unknown and other just will be remembered.

Key words: not well known disorders.

En la práctica médica es común encontrar ciertas características en los pacientes o alteraciones de laboratorio que preferiríamos no encontrar debido, en ocasiones, a la falta de conocimiento respecto a las mismas y, en otras, por la incertidumbre que ocasiona no saber a ciencia cierta qué nombre ponerles o, peor aún, cuál va a ser la respuesta al tratamiento que en ese momento se decida.

Es frecuente que ante un paciente que desde la historia clínica comienza a platicar sus raras molestias, siempre todas ellas difíciles de ensamblar en un diagnóstico preciso, se piense que éste padece un trastorno psiquiátrico, pero ¿en realidad tendrán todos ellos una alteración psiquiátrica o somatización?

En este artículo se comentan algunas de esas características, unas de las cuales están en vía de respuesta, otras que aún se desconocen y otras más que tan sólo se recordarán.

Un ejemplo de estas alteraciones son los complejos electrolíticos séricos, los dolores articulares, las enzimas

cardiacas, la amilasa, la fibromialgia, el síndrome de colon irritable, las cefaleas vasculares y tensionales, el síndrome de las piernas inquietas, entre otras.

ELECTRÓLITOS SÉRICOS

Si bien las causas, manifestaciones clínicas y tratamiento de los trastornos que implican a cada uno de los electrolítos séricos se encuentran muy bien establecidas y detalladas en la bibliografía, es frecuente que sólo se piense en ellos cuando el paciente cursa de manera específica con manifestaciones nueromusculares, por lo que es común que algunos pacientes hospitalizados con hiponatremia sean tratados de primera instancia con medicamentos del tipo del haloperidol, debido a un cuadro de irritabilidad. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la hiponatremia, de acuerdo con un estudio publicado en esta misma revista, con 103 pacientes, fueron en orden de frecuencia: somnolencia, náusea, vómito y cefalea.¹

La actitud ante un paciente con hiponatremia debiera ser la misma que ante un paciente con anemia, no tratar ésta hasta no saber la causa de la misma, salvo raras excepciones en las que el paciente se encuentre con franco deterioro neurológico debido a hiponatremia de progresión rápida. La hiponatremia es un trastorno de causas complejas ocasionadas por alteraciones del agua, lo que origina, la mayor parte

* Médico adscrito al servicio de medicina interna, Hospital Ángeles del Pedregal.

Correspondencia: Dr. Fernando García Frade R. Camino a Santa Teresa número 13, local 43. Centro comercial Pedregal del Lago, colonia Héroes de Padierna, Tlalpan, CP 14200, México, DF. Tel: 5652-4247. E-mail: doctorfrade@starmedia.com

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

de las veces, un diagnóstico impreciso. Esto lleva a hacer un diagnóstico parcial de hiponatremia, con el consiguiente tratamiento empírico de la misma y que quizás sea eficaz pero no el más indicado.

Son bien sabidas las fórmulas para establecer la cantidad de sodio que debe proporcionarse al paciente en 24 horas, de acuerdo con su déficit. Sin embargo, aun calculándolas, el apego, vigilancia y supervisión continua del paciente y de las concentraciones séricas del ion son fundamentales, ya que en raras ocasiones el sodio aumenta más de lo previsto. ¿Será que el hecho de calcularlas brinda tranquilidad a los médicos de saber que, aunque con frecuencia éstas no proporcionan mayor ayuda, se está haciendo todo por el paciente?

Las alteraciones del potasio sérico tienen mejor tratamiento y comprensión que las del sodio, quizás porque las causas de la hipocalémia y de la hipercalémia son más limitadas y de estudio menos complejo, a la vez que su tratamiento resulta más lógico. Si bien sus alteraciones pueden resultar en graves complicaciones cardiovasculares, no se manifiestan las temidas complicaciones neurológicas del sodio.

Otros electrólitos, como: calcio, fósforo y magnesio, son en la mayor parte de las ocasiones iones del dominio de los médicos de cuidados intensivos o de los que tratan con nutrición parenteral. Es común que estos electrólitos séricos sufran cambios que alteran al organismo, que es un complejo rompecabezas en el que todas sus piezas interactúan entre sí y en el que las alteraciones del metabolismo, como la cetoacidosis diabética, pueden modificarlos. De igual forma, el uso indiscriminado de algunos fármacos, como los diuréticos, pueden alterar sus concentraciones. Por lo anterior, es necesario tenerlos más en cuenta en la práctica diaria.

DOLORES ARTICULARES

Es común encontrar en la consulta a pacientes con cuadro de dolor articular, mismos que, con frecuencia, han visitado a otros médicos y quienes, por lo general, les han solicitado múltiples estudios de laboratorio, incluido el perfil reumatólogico, que normalmente se encuentra en los parámetros normales. Sin poder ponerle un nombre a dichas molestias se cae en diagnósticos injustificados, como fiebre reumática, sin cumplir con los criterios de ésta; muchas veces

su diagnóstico sólo se basa en las antiestreptolisinas elevadas o en la manifestación de gota, sin sospechar que el paciente está iniciando con un cuadro poliarticular. Es decir, en varias ocasiones uno se olvida de la clínica y se cae en el abuso de estudios de laboratorio y gabinete, incluido el perfil inmunológico en pacientes que tan sólo tienen poliartralgias. En otras ocasiones, al no poder unir las fichas que traducen una enfermedad precisa se cae en diagnósticos un tanto carentes de fundamentos, como el síndrome de Reiter incompleto.

No todo dolor poliarticular obedece a una alteración inmunológica de importancia, como el lupus eritematoso sistémico, sino que existen trastornos no demostrables por laboratorio y gabinete fácilmente reconocibles al interrogatorio y la exploración física, como los dolores articulares en la menopausia o en el síndrome de fatiga crónica.

ENZIMAS CARDIACAS Y OTRAS

Al medir las enzimas cardíacas creatinfosfocinasa total (CK) y su fracción MB mediante inmunoinhibición, con frecuencia suele encontrarse que la CK total se encuentra en parámetros normales con su fracción MB elevada. Esta alteración de laboratorio originó la siguiente pregunta: ¿si la enzima CK-MB es una fracción de la CK total, cómo puede elevarse sin alterar la CK total? y más aún ¿qué traducción clínica brinda dicha alteración? Por este motivo se realizó un estudio de cuatro pacientes, con dicho parámetro de laboratorio y con posterior electroforesis de las enzimas cardíacas; ambas se encontraron en parámetros normales. Al revisar dos artículos europeos de reporte de casos se apreció que la falsa elevación de la fracción MB se debe a la existencia de una macrocreatincinasa, que eleva de manera artificial la fracción MB al medirse por el sistema tradicional de inmunoinhibición. En la actualidad, se conocen dos tipos de macrocreatincinas, que son inmunoglobulinas pero que aún se desconoce su función y su traducción clínica.²

Al hablar de alteraciones que todos conocemos pero que aún no entendemos se hace referencia a los trastornos que pueden elevar la amilasa sérica, sin que ésta traduzca por sí misma enfermedad pancreática, pero que como médicos internistas dedicados al

estudio de un todo y de sus interacciones entre sí es necesario tener presente (cuadro 1).

Cuadro 1. Causas de la elevación de la amilasa sérica³

- Gastroenteritis infecciosa
- Enfermedad ácido-péptica
- Úlcera penetrada en páncreas
- Isquemia mesentérica
- Obstrucción intestinal
- Perforación intestinal
- Acidosis metabólica
- Colecistitis aguda
- Enfermedad tuboovárica

FIBROMIALGIA, SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA Y OTROS

Si bien los criterios para diagnosticar fibromialgia y síndromes de fatiga crónica, miofacial y de colon irritable están establecidos en la bibliografía⁴ (cuadros 2 y 3) es común encontrar pacientes que comparten todos éstos a la vez o de manera cíclica. Hay mujeres que abusan de los fármacos y que acuden a múltiples visitas con varios médicos; la mayor parte de las veces se les etiqueta como histéricas. Pero, ¿lo son realmente o

Cuadro 2. Síntomas del síndrome de fatiga crónica⁵

- Fatiga
- Dificultad para concentrarse
- Cefalea
- Dolor faríngeo
- Mialgias
- Artralgias
- Fiebre
- Insomnio
- Problemas psiquiátricos
- Alergias
- Pérdida de peso
- Taquicardia
- Dolor torácico

Cuadro 3. Criterios de Roma modificados para el diagnóstico de síndrome de colon irritable⁶

- Existencia de al menos 12 semanas (no necesariamente consecutivas) en los últimos 12 meses de molestia abdominal o dolor que no puede explicarse por anomalías bioquímicas o estructurales y que tiene, al menos, dos de las siguientes tres características:
- Su comienzo se asocia con un cambio en la frecuencia de los movimientos intestinales (diarrea o estreñimiento)
- Su comienzo se relaciona con un cambio en la forma de las evacuaciones
- El dolor se alivia con la defecación

causa temor no poderle poner un nombre a su malestar y hacer un adecuado examen de la posible existencia de una depresión mayor o de probables abusos físicos, psíquicos o sexuales en su pasado?

Es difícil integrar la interacción psíquica y física que existe en esas pacientes y entender el papel que desempeñan ciertos neurotransmisores en el sistema nervioso central (hipotálamo, núcleo solitario, etc.) con los fenómenos de estrés. Esto desencadena múltiples manifestaciones clínicas, como las mencionadas y otras más, como intolerancia ortostática, cefalea vascular, etc.; es decir, alteraciones que todos conocemos pero que aún no entendemos.

Todas estas alteraciones requieren, para su adecuado diagnóstico, contar con exámenes de laboratorio y gabinete en parámetros de normalidad, es decir, habitualmente son diagnósticos por exclusión, como el caso de la cefalea vascular, fibromialgia y síndromes de colon irritable y fatiga crónica.

Quizá no se esté lejos de terminar de entender muchas de estas alteraciones, debidas tal vez a procesos infecciosos, como citomegalovirus o virus de Epstein-Barr en el síndrome de fatiga crónica, fibromialgia o probablemente en todas ellas. Es posible que sólo se trate de complejas interacciones bioquímicas en el sistema nervioso central con manifestaciones periféricas o que las macrocreatincinas aún no comprendidas formen parte de este gran rompecabezas clínico.

SÍNTOMAS CATAMENIALES

Algunas de las molestias mencionadas también se manifiestan durante el periodo menstrual, entre ellas: cefalea vascular, agudización de los síntomas del síndrome de colon irritable, mialgias, etc., quizás relacionadas con la liberación de prostaglandinas E2 y F2.⁷ Son alteraciones que aún no se entienden por completo.

CONCLUSIÓN

Ante el creciente número de pacientes con trastornos aún no bien conocidos se vuelve indispensable la adecuada práctica clínica y el apego a los criterios diagnósticos de las enfermedades para lograr

definir con precisión a los pacientes que padecen las alteraciones mencionadas, ya que algunas de ellas han comenzado a dejar de ser diagnósticos por exclusión, al contar con estudios de gabinete específicos.

Pareciera como si uno se encontrara a la mitad de un camino lleno de preguntas acerca de todas estas alteraciones y muchas más. Sin embargo, sólo la creciente inquietud a responderlas dará pie a su conocimiento, para beneficio de los pacientes, ya que nunca será tarde para comprender las alteraciones que todos conocemos pero que aún no entendemos.

REFERENCIAS

1. García-Frade LF. Hiponatremia en hospitalización. *Med Intern Mex* 2003;6:352-5.
2. Lanfranchi R, García-Frade LF, Sandia A. Identificación de falsos positivos de CK-MB. *Med Intern Mex* 2004;5:333-6.
3. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Pancreatitis aguda. En: *Manual de terapéutica médica*. 3^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997.
4. Silver DS. The management of fibromyalgia-associated syndromes. *Rheum Dis Clin North Am* 2002;28(2):405-17.
5. Adaptado de Straus SE. *J Infect Dis* 1988;157:405.
6. Horwitz BJ. The irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2001;344(24):1846-50.
7. Kevin W. Irritable bowel syndrome. In: *Gastrointestinal and liver disease*. Philadelphia: Saunders, 1998;pp:1536-48.

medigraphic.com