

A propósito de un caso de hiperfrecuentación en Atención Primaria

S. DURÁN FRANCISCO, M. BLANCO MARENCO, N. ZARZUELO MARTÍN, C. RIBOT CATALÁ

Centro de Salud Jaime Vera. Leganés Madrid.

Semergen 24 (5): 369-370.

■ Introducción

Frecuentemente en las consultas de Atención Primaria, tenemos pacientes con síntomas compatibles con trastornos de ansiedad, muchas veces diagnosticados por Servicios de Psiquiatría, que son claramente hiperfrecuentadores interfiriendo en nuestro juicio diagnóstico y retrasando un tratamiento correcto (1).

■ Presentación del caso

Se trata de una mujer de 72 años, consultante habitual desde hacía siete años (historia abierta en 1990), que en el último año había aumentado claramente el número de consultas hasta 2 ó 3 al mes.

Motivo de consulta: El más frecuente era astenia importante. Otros motivos fueron: imposibilidad para dormir por la noche, a pesar de letargia diurna, disminución del apetito, en alguna ocasión comenta no comer nada durante tres días. Sensación de encontrarse hinchada, sin corresponder a la ingesta diaria de alimento y sin aumento de peso claro. Dolores musculares generalizados, a veces, concretados en dolores tendinosos: En 1992 tendinitis del supraespinoso, en 1993 lumbalgia de repetición, en 1994 refiere gran debilidad en las piernas.

Antecedentes personales:

1. Adenoma hipofisario intervenido por vía transesfenoidal en 1978.
2. Traumatismo craneoencefálico en 1978. Fue valorada por neurología en esa fecha y diagnosticada de temblor esencial y fallo de memoria de carácter funcional.
3. Síndrome depresivo con ansiedad generalizada, diagnosticado en el Servicio de Psiquiatría en 1991, en tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos.
4. IAM no transmural diagnosticado en 1992.
5. Trombosis de la vena central de la retina en su rama temporal.

Exploración Física: Después de exploraciones dirigidas decidimos realizarle una general observando la existencia de bocio no doloroso de consistencia baja, grado I. En miembros inferiores presentaba edemas maleolares

bilaterales con fovea a la palpación digital. El resto de la exploración física carecía de interés.

Pruebas complementarias utilizadas:

- E.C.G.: Ritmo sinusal, eje a -40° , bloqueo incompleto de rama derecha, con T negativa en V5, V6, III y aVf. Hemibloqueo anterior izquierdo.
- RX. de tórax: Índice cardiotorácico aumentado. Resto sin alteraciones.
- Análisis de sangre: Hemograma y bioquímica general: sin alteraciones.

Determinaciones hormonales:

1. Cortisol basal y cortisol nocturno: dentro de los límites normales.
2. Determinación de GH: dentro de los límites normales.
3. Determinación de TSH: claramente con cifras elevadas.
4. Determinación de T4: claramente disminuida.

Diagnóstico diferencial: Es indudable que la primera posibilidad diagnóstica en este caso es de Ansiedad Generalizada (Trastorno de Ansiedad), con síntomas claramente compatibles con él: astenia, imposibilidad para dormir con letargia diurna, dolores musculares generalizados (2).

Otra posibilidad diagnóstica es el Síndrome del Eutiroidismo Enfermo, consistente en un conjunto de cambios en la función tiroidea asociados a traumatismos y estrés fisiológico (la paciente sufrió un TCE con alteración de memoria posterior). Las anomalías detectadas consisten en alteraciones del transporte y metabolismo periférico de las hormonas tiroideas. La concentración de T4 total es normal así como la TSH. El paciente padece los síntomas característicos del hipotiroidismo a consecuencia de una disminución de la concentración de T3 (3).

Dados los antecedentes personales de la paciente (adenoma hipofisario intervenido) el cuadro clínico que presentaba podría corresponder a un Síndrome de Silla Turca Vacía, de hecho fue lo primero en descartar en nuestra valoración por lo que se pidió las nombradas determinaciones hormonales.

Una vez comprobadas las hormonas como primera posibilidad diagnóstica está el Hipotiroidismo Primario, en el que hay que destacar como causas más frecuentes de su producción en adultos:

- Tiroiditis de Hashimoto.
- Tiroiditis linfocitaria tras un hipertiroidismo transitorio.

- Ablación tiroidea: quirúrgica; postratamiento con I-131 por hipertiroidismo; radiación de neoplasias cervicales.
- Fármacos: Yodo inorgánico; antitiroideos (propil-tiouracilo, metimazol como tionamidas); litio.

Juicio clínico: Hipotiroidismo Primario

El hipotiroidismo es la situación que resulta de la falta de los efectos de la hormona tiroidea sobre los tejidos del organismo. Cuando el hipotiroidismo se manifiesta a partir del nacimiento y causa anomalía en el desarrollo, se denomina cretinismo. El mixedema es una acumulación de mucopolisacáridos en la dermis con un engrosamiento de los rasgos faciales y una induración pastosa de la piel (4).

Las causas tiroideas primarias constituyen el 95% de los casos y sólo un 5% o menos es de origen hipofisario o suprahipofisario. La causa más frecuente de hipotiroidismo es la ablación quirúrgica o con yodo radioactivo por Enfermedad de Graves. El hipotiroidismo constituye una manifestación de los Síndromes Poliglandulares Autoinmunes.

En el adulto los síntomas iniciales son poco específicos y de aparición progresiva. Aparece fatiga, letargia, estreñimiento, intolerancia al frío, rigidez y contractura muscular, síndrome del túnel del carpo y trastornos menstruales. Se produce un deterioro progresivo de la actividad mental y motora, pérdida de apetito y aumento de peso. La piel se vuelve seca y áspera y el vello se cae. La voz se hace más profunda y puede aparecer apnea del sueño. Si el cuadro evoluciona, aparece el "mixedema" con anemia, palidez y frialdad de la piel, escasez de vello, edema periorbitario y macroglosia. El corazón puede aumentar de tamaño por dilatación y derrame pericárdico. Puede existir íleo adinámico, megacolon y obstrucción intestinal. Si el paciente con un hipotiroidismo grave no se trata puede desarrollar un cuadro grave de "Coma Mixedematoso" con estupor e hipotermia, que puede ser mortal.

Diagnóstico: La determinación más útil de forma aislada para el diagnóstico es la determinación de TSH, que aumenta en el hipotiroidismo primario y está normal o indetectable en el hipotiroidismo hipofisario. Es característico el aumento de colesterol sérico (sólo en el origen tiroideo) de CPK, LDH y GOT. Existe anemia perniciosa aproximadamente en un 12%. En el ECG es característica la bradicardia, la disminución de los complejos QRS y la inversión de la onda T. Las pruebas de captación de yodo radiactivo no son útiles en el diagnóstico del hipotiroidismo.

Tratamiento: En el momento actual, se dispone de hormonas sintéticas para el tratamiento del hipotiroidismo: levotiroxina (L-T4) y levotironina (L-T3). El preparado más utilizado es la L-T4 por su potencia uniforme y porque no se produce un aumento brusco de las concentraciones de T3 que podría ser peligroso. En la ma-

yoría de los casos el tratamiento se debe instaurar de forma progresiva, sobre todo en los ancianos y en los pacientes cardiopatas.

■ Discusión

Como hemos comentado al principio, frecuentemente en las consultas de Atención Primaria tenemos pacientes hiperfrecuentadores que consultan por síntomas inespecíficos o poco específicos que interfieren en nuestro juicio diagnóstico (5).

En este caso, el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad y Síndrome Depresivo, nos hizo distraernos del problema orgánico subyacente, retrasando el diagnóstico correcto así como el tratamiento.

Está claro que la paciente siente cierta dependencia de nuestra consulta, por lo que una vez instaurado el tratamiento y mientras las hormonas se normalizaban, no disminuyó el número de visitas al mes, aunque esta vez ya no por quejas sino por necesidad de información sobre su problema, así como requiriendo controles hormonales repetitivos. Una vez que la paciente ha alcanzado el eutiroidismo, concretamente en mayo del 97, llama la atención la disminución de sus consultas a una o dos por mes para solicitar recetas. La sensación de hinchamiento, así como el resto de síntomas, refiere haber disminuido.

No hay que olvidar por tanto que una de las causas de hiperfrecuentación pueden ser patologías orgánicas "enmascaradas", en este caso Hipotiroidismo. □

Bibliografía

- 1.- FUERTES GOÑO MC, ALVAREZ TUTOR E, GARCÍA DE LA NOCEDA MONTOYA MD. Características del paciente hiperfrecuentador en las consultas de demanda de Medicina General. Atención Primaria 1994; 14: 809-814.
- 2.- AYUSO GUTIÉRREZ JL, SALVADOR CARULLA L. Trastornos por Angustia: Trastorno por Ansiedad Generalizada. Manual de Psiquiatría I: 1994: 163-179.
- 3.- BURMAN KD. Alterations in thyroid function in patients with systemic illness: The "euthyroid sick syndrome". Endocr Rev 1982; 3: 164.
- 4.- WILSON JD, BRAUNWALD E, ISSELBACHER KJ. Hipotiroidismo. Principios de Medicina Interna II: 1991: 1975-1977.
- 5.- TURABIAN JL, GONZÁLEZ MORALES MA, LÓPEZ DE CASTRO F. Estudio Epidemiológico sobre consultantes frecuentes en Atención Primaria. Rev San Hig Pub 1988; 62: 1645-1654.