

EL ENFERMO

2.-El enfermo.

En numerosas ocasiones he visitado a pacientes que creían estar enfermos por presentar determinado(s) síntoma(s); otras veces, el motivo de preocupación y, por tanto, de la consulta médica es una alteración analítica descubierta en un chequeo rutinario o en un reconocimiento médico de empresa. Esto forma parte de mi práctica clínica habitual. Con cierta frecuencia, los síntomas o las anomalías analíticas que preocupan a los pacientes no son reflejo de ninguna enfermedad y basta o, mejor dicho, bastaba con tranquilizarlos y explicarles que no están enfermos.

La aparición de Internet ha cambiado sustancialmente esta situación. En la actualidad, lo habitual es que, antes de acudir a la consulta médica, el paciente haya consultado en la red todos sus síntomas y/o las anomalías analíticas que presenta. Esto lleva, casi inevitablemente, a aumentar la preocupación del paciente y a que éste “se monte una película” que el médico tendrá que “desmontar” con paciencia, información detallada y poniendo en juego toda su capacidad persuasiva.

Casi siempre que me encuentro con un paciente en dicha situación, suelo recurrir a la explicación del significado de los conceptos de *normal*, *anormal* y *patológico*. Es *normal* aquello que se atiene a una norma estadística, *anormal* aquello que se sale de la norma, y *patológico* aquello que es reflejo de una enfermedad. El médico no suele tener ninguna dificultad para diferenciar lo normal de lo anormal, pero sí puede tenerla para distinguir lo anormal de lo patológico. Pongamos un ejemplo: una persona tiene una altura muy superior a sus progenitores, al resto de familiares y a individuos de su misma edad, etnia y procedencia. Evidentemente, si este individuo se sale en demasía de la normalidad estadística por tener una altura excesiva, podremos decir que su talla es *anormal*. Pero, ¿está enfermo? Esta es la pregunta clave que debe hacerse todo médico ante cualquier anomalía que presente su paciente. En el caso del ejemplo anterior, el médico deberá establecer si el paciente padece o no un *gigantismo hipofisario*, enfermedad que se produce por la hipersecreción crónica e inadecuada de la hormona del crecimiento (GH) ocurrida mientras los cartílagos de crecimiento de los huesos aún no se han cerrado. En el caso de que no se demuestre ninguna patología, podemos dar por concluido el caso afirmando que su altura es anormal desde el punto de vista estadístico, pero no está enfermo. La anécdota siguiente, ocurrida en mi propia familia, nos ayudará a aclarar aún más la importancia que tienen en la práctica clínica los conceptos de *normal*, *anormal* y *patológico*.

Uno de mis hijos, a la edad de 13-14 años, participó en un Campeonato Provincial de Judo que se celebró en el Puerto de Santa María (Cádiz); mi esposa y yo acudimos a animarle. Aunque mi hijo siempre ha sido un chico alto y fuerte, tuvo que

enfrentarse en esa ocasión a tres contrincantes, uno de ellos aún más alto y fuerte que él. Aunque ganó el campeonato, el esfuerzo que tuvo que realizar fue enorme; llegó un momento en que lo vi tan agotado y sudoroso que le di dos terrones de azúcar a fin de evitarle una posible hipoglucemia. Pues bien, al día siguiente se encontraba mal, por lo que no acudió al colegio; aquejaba un malestar impreciso y cefalea moderada. La exploración física era normal y los signos meníngeos eran negativos. La única anormalidad que presentaba era una temperatura de 37,8° C. No le di ningún medicamento dado que la “fiebre” era discreta y además no quería enmascarar ningún *signo o síntoma guía* que pudiera aparecer posteriormente. La temperatura de 37,8° C permaneció invariable día y noche un día tras otro y no aparecía ningún otro síntoma. La exploración física, por lo demás, seguía siendo normal. Empecé a preocuparme seriamente por él, por lo que lo llevé a mi hospital para practicarle analíticas, radiografías de tórax, ecografía abdominal, etc., siendo todo ello rigurosamente normal. Seguía sin acudir al colegio ya que no se encontraba bien; él mismo se tomaba varias veces al día la temperatura y comenzó a obsesionarse al comprobar una y otra vez que ésta permanecía “anclada” en 37,8° C. Transcurrió un mes y todo seguía igual, por lo que decidí que volviera al colegio aunque no se encontrara bien, dado que el estar en casa preocupado por su temperatura le estaba afectando psíquicamente (la denominada por Lauda *termometromanía*). Se reincorporó con normalidad al colegio y, ¡a los tres meses! del comienzo de la “fiebre”, la temperatura volvió brusca y espontáneamente a la normalidad, encontrándose totalmente bien a partir de ese momento. De esta anécdota podemos extraer las siguientes conclusiones:

- 1.-Una temperatura de 37,8° C es *anormal* pero no tiene por qué ser forzosamente *patológica*, es decir, reflejo de una enfermedad.
- 2.-Ante una temperatura corporal entre 37° C y 37,9° C, como es nuestro caso, el médico ha de esforzarse por discernir si se trata de una *febrícula*, habitualmente debida a procesos infecciosos, o una *distermia* (5), en la que no se detecta ninguna enfermedad orgánica (Du Bois).
- 3.-Una *distermia* puede ser originada, entre otras causas, por un sobreesfuerzo físico y psíquico, como ocurrió en nuestro caso.

Otra situación que se da con frecuencia en la consulta médica es aquella en la que nos encontramos con un paciente *hipocondríaco*. En estos casos, la consabida consulta a Internet por parte del paciente magnifica aún más la percepción subjetiva de enfermedad que tienen estos individuos y el “desmontaje de la película” por parte del médico es aún más laborioso. No obstante, es muy peligroso que el médico, de entrada, ponga la etiqueta de *enfermo imaginario* a ningún paciente, sea o no hipocondríaco, ya que nadie está libre de enfermedad para siempre. El paciente hipocondríaco requiere por parte del médico al menos la misma atención que el resto de pacientes y debe descartarse con las exploraciones pertinentes, que no desproporcionadas, la existencia de alguna enfermedad real.

Hace algunos años acudió a mi consulta privada un paciente refiriéndome la siguiente historia: su esposa había muerto recientemente de un cáncer de mama, por lo que al poco tiempo del fallecimiento, y aunque se encontraba perfectamente bien, le pidió a un médico amigo que le solicitara una analítica de los “marcadores tumorales”, a fin de asegurarse de que él no padecía ningún cáncer. El médico accedió y le solicitó una verdadera “batería” de marcadores; cuando el paciente recogió los resultados, ambos se llevaron la desagradable sorpresa de que uno de los marcadores, el CA-19.9, se encontraba notablemente elevado, por lo que el médico me remitió a su amigo para que yo lo estudiara. Antes de continuar con la anécdota hemos de aclarar, en primer lugar, que los mal llamados “marcadores tumorales” no deben usarse para el cribado del cáncer, dada su gran frecuencia de falsos positivos y falsos negativos debido a su escasa *especificidad* y *sensibilidad*, respectivamente; de hecho, desde hace algún tiempo se ha propuesto denominarlos *marcadores biológicos*, término más apropiado que el de “tumorales”. En segundo lugar, concretamente el CA-19.9, el marcador que presentaba tan notable elevación, es un ejemplo práctico de frecuentes falsos positivos por múltiples causas (6), incluyendo su elevación por consumo excesivo de té (7). El CA-19.9 también puede elevarse en procesos benignos no tumorales, tales como determinadas afecciones pulmonares, patología gastrointestinal, endometriosis, quistes ováricos, hepatopatías, insuficiencia renal, pancreatitis, colestasis, quistes mucinosos y bronquiectasias. Por último, puede elevarse igualmente en procesos tumorales malignos, tales como el cáncer de colon, cáncer de estómago, cáncer de hígado, cáncer de páncreas y carcinomas mucinosos e indiferenciados de ovario. Era evidente que el médico amigo había accedido a la petición del paciente, pero ahora me trasladaba a mí la “patata caliente” y yo me veía en la obligación de averiguar por qué estaba elevado el CA-19.9 y, sobre todo, investigar si realmente existía alguno de los cánceres antedichos, a excepción del de ovario dado que el paciente era un varón. Una vez estudiado el paciente mediante la historia clínica, exploración física, analítica, ecografía abdominal, colonoscopia y gastroscopia, el único hallazgo patológico se detectó en la ecografía, la cual revelaba la presencia de colelitiasis con signos de colecistitis crónica. Una vez fue practicada al paciente la colecistectomía, las cifras tan elevadas del CA-19.9 se normalizaron rápidamente. Era evidente que el paciente no padecía ninguna enfermedad tumoral, sino inflamatoria, una colecistitis crónica calculosa, que nunca le había provocado molestia alguna. Por otra parte, si el paciente, en lugar de haberle solicitado al médico los “marcadores tumorales”, le hubiera pedido la realización de un chequeo médico, éste hubiera incluido igualmente la ecografía abdominal y se hubiera descubierto su enfermedad vesicular sin necesidad de tanta ansiedad y la realización de pruebas y consultas médicas innecesarias.

De esta anécdota podemos extraer las siguientes conclusiones:

1º: Se confirma, una vez más, que los “marcadores tumorales” no son tales, debido a su escasa *sensibilidad* y *especificidad*, siendo preferible denominarlos *marcadores biológicos*; por estas razones no deben utilizarse como cribado del cáncer. No obstante, el paciente presentaba una cifra *anormal* de uno de estos marcadores y hubiera sido un

grave error por mi parte despreciar de entrada dicha analítica por el hecho de haber sido solicitada sin haber seguido los criterios antedichos. El hecho de no investigar debidamente la causa de dicha elevación habría impedido la detección de la colecistitis crónica litiásica que presentaba el paciente, la cual, muy probablemente, le hubiera causado problemas en el futuro.

2º: La consulta médica no debe ser un supermercado donde el paciente pueda escoger, *a priori*, las exploraciones que más le apetezcan.

3º: Es el médico el que debe informar, orientar y “dirigir” a su paciente y no al revés. La medicina “de complacencia” puede ser nefasta para el propio paciente y, al mismo tiempo, puede colocar al médico en una situación legal comprometida.

4º: El médico no debe ser rígido con el paciente, pero sí firme; si cree que no debe acceder a una petición de su paciente, debe explicarle por qué no puede complacerle. Si el médico es afable y buen comunicador, el paciente aceptará de buen grado sus explicaciones y consejos, salvo que el enfermo sea tan obstinado como el protagonista de la siguiente anécdota:

Hace años, un paciente aquejado de disfagia progresiva acudió a mi consulta de Aparato Digestivo de la Seguridad Social en el ambulatorio de Vargas Ponce, en Cádiz. Le solicité una gastroscopia y a los pocos días volvió con el resultado; presentaba un tumor estenosante en el esófago que resultó ser canceroso. Mi conversación con él transcurrió en los siguientes términos:

Médico: << Bueno, mire, tiene usted un “tumorcito” en el esófago y necesita operarse lo antes posible >>.

Paciente: << No, yo no puedo operarme ahora porque tengo albañiles en mi casa >>.

Médico: << Pero, es que el tumor que tiene usted es maligno y no se puede esperar, y además le está cerrando el esófago >>.

Paciente: << Sí, lo sé, ya me lo dijo don L...>> (el especialista que le practicó la gastroscopia).

Médico: << ¿Qué le dijo don L...? >>.

Paciente: << Que tengo un cáncer de esófago y me tengo que operar urgentemente >>.

Médico: << Y usted, ¿qué le dijo? >>.

Paciente: << Que tengo albañiles en mi casa y yo ahora no me puedo operar >> (*sic*).

Obsérvese que, en un principio, traté de “suavizar” el diagnóstico usando el término “*tumorcito*”; no obstante, cuando observé la “resistencia” del paciente a seguir mi indicación sobre la necesidad inmediata de la intervención quirúrgica, utilicé las palabras *tumor* y *maligno* sin que ello hiciera mella en el enfermo. Seguidamente, me percaté de que el paciente era imposible de convencer cuando él mismo me comentó que ya le habían dicho que tenía un *cáncer* de esófago y que era necesario que se operara urgentemente. Afortunadamente, esta anécdota es excepcional y no he conocido nunca a otro paciente con tan alto grado de tozudez.

No obstante, aunque el médico no comprenda o no comparta las decisiones que toma el paciente, sí debe respetarlas en base al *principio de autonomía del paciente* que detallaremos en el capítulo 8.

En ocasiones, acude a nuestra consulta algún paciente etiquetado previamente de *neurótico*; en estos casos, el médico no debe dejarse llevar por prejuicios, sino que ha de esforzarse en comprobar si existe o no una enfermedad orgánica, antes de atribuir la sintomatología del paciente a “los nervios”. La siguiente anécdota es sumamente clarificadora al respecto:

Un chico de 17 años acudió a mi consulta de Medicina Interna del Hospital Naval de San Carlos, en San Fernando (Cádiz), refiriendo que desde los 8 años de edad presentaba de forma constante, tras orinar, intensas palpitaciones, cefalea occipital y sensación de ardor abdominal. Refería asimismo disnea a pequeños esfuerzos y sensación permanente de calor con sudoración profusa, motivo por el que en el colegio, aún en pleno invierno, se situaba en clase junto a una ventana abierta, con gran enfado por parte de sus compañeros, por razones obvias. Mientras le hacía la historia clínica no aprecié en él ningún comportamiento neurótico; por el contrario, me parecía un chico que sufría pacientemente por algo que nadie hasta aquel momento había logrado descubrir y que, a mayor abundamiento, tenía que soportar la etiqueta de “neurótico”. A la exploración destacaba taquicardia permanente (112 latidos/minuto), presión arterial muy elevada (180/120) y midriasis bilateral. Cuando terminé de explorarlo, le pregunté si tenía ganas de orinar y me contestó afirmativamente, por lo que, mientras él orinaba yo le tomaba la presión arterial, ascendiendo ésta hasta 235/145 y presentando, como habitualmente, cefalea occipital. Era evidente que este chico no tenía nada de neurótico y presentaba una hipertensión arterial muy severa, cuya etiología era necesario identificar cuanto antes. El hecho de que las cifras tensionales aumentaran significativamente tras orinar, me orientó hacia la posibilidad de que pudiera existir un tumor en la vejiga urinaria que, tras contraerse ésta para posibilitar la micción, secretara hormonas que elevaran aún más la presión arterial. Mediante las exploraciones complementarias pertinentes pude llegar a un diagnóstico etiológico preciso: Hipertensión arterial en estadio III secundaria a *feocromocitoma vesical*; es decir, tenía un tumor en la vejiga urinaria que producía adrenalina y noradrenalina, hormonas que pasaban a la sangre, sobre todo tras la micción, y elevaban enormemente la presión arterial. El paciente fue intervenido quirúrgicamente, con lo que se normalizó la presión

arterial así como los demás parámetros clínicos y bioquímicos (8). Y así terminó la “neurosis” de aquel chico tras nueve años de padecimientos e incompreensión.

5.-Término muy usado por los clínicos españoles clásicos: Maraón, Jiménez Díaz, Pedro Pons, Rof Carballo.

6.- R. Molina, X. Filella, J. Trapé, J. M. Augé, A. Barco, F. Cañizares, A. Colomer, A. Fernández, M. J. Gaspar, A. Martínez-Peinado, L. Pérez Suárez, M. Sánchez, J. M. Escudero.- *Principales causas de falsos positivos en los resultados de marcadores tumorales en suero*. Revisión (2013). Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Comité Científico. Comisión de Marcadores Biológicos del Cáncer.

7.- Howaizi M, Abboura M, Krespine C, Sbai-Idrissi MS, Marty O and Djabbari-Sobhani M-. *A new cause for CA 19.9 elevation: heavy tea consumption*. Gut. 2003; 52:913-4.

8.-Martínez Vidal C, Bellón Alcántara AJ, Lorente Campos J, López Sánchez J.-*Feocromocitoma vesical de nueve años de evolución*.-Servicio de Medicina Interna. Hospital Naval de San Carlos. San Fernando (Cádiz). Comunicación a la IV Reunión Científica de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna. Granada, 23-25 de octubre de 1986.-Anales de Medicina Interna. Octubre 1986; pag. 25.