Error compartido, pero muy evitable

Caso clínico

Palomo Sanz V[1], Orío Moreno E[1], Zancada Martínez B[1], Morales Gutiérrez F[2]

[1]Médico [2]DUE. Centro de Salud de Torrelaguna (Madrid)

Paciente de 61 años, labrador de profesión y con antecedentes de fumador de 6-8 cigarrillos al día desde los 20 años, bebedor de medio litro de vino diario, operado de hernia inguinal bilateral, sin criterios de bronquitis crónica ni EPOC. Acude a su médico por presentar desde hace 1 mes debilidad en brazos y piernas al realizar sus labores del campo. Nota que al ir andando, antes de 1km. se le cansan las piernas y tiene que sentarse o pararse un rato. No le da dolor en pantorrillas sino que siente cansancio difuso en piernas, no nota falta de aire ni dolor torácico y el cuadro es lentamente progresivo desde hace 1 mes. No refiere dolores articulares diurnos o nocturnos ni tampoco cefalea o claudicación mandibular. La exploración física del paciente (piel, fuerza, movilidad de cinturas escapular y pelviana, sensibilidad, reflejos osteotendinosos, pulsos periféricos, presión arterial, auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal) es normal. Se pide una analítica completa y se cita al paciente en 20 días.

Transcurrido ese periodo vuelve y sigue con la misma sintomatología de debilidad en piernas y comenta que está tomando jalea real y unas "vitaminas" que le ha comprado su esposa. Los síntomas no han progresado ni remitido. Por lo demás se encuentra bien de salud y asintomático. La analítica (hematimetría con fórmula y recuento, bioquímica hepática, orina elemental, sideremia, uricemia, hormonas tiroideas, glicemia, colesterol y fracciones, urea, creatinina, sodio, potasio, calcio, fósforo) es normal. La velocidad de sedimentación es de 18 en la primera hora. La exploración sigue siendo normal. Se le explica la normalidad de los parámetros y decidimos esperar y observar la evolución.

A los 30 días el paciente vuelve refiriendo seguir igual. Dice que tras caminar diariamente 1km., nota debilidad en piernas, como si le fueran a fallar y debe sentarse. A los 15 minutos se le pasa y tiene que hacer una o dos paradas más para caminar otro km. hasta llegar a la huerta. No nota ni dolor de pecho ni de piernas, descarta que le falte el aire en ningún momento ni necesidad de inspirar con más frecuencia. También ha comenzado a notar que se le cansan los brazos cuando lleva 20 minutos empuñando el azadón. Dice que antes podía andar de una vez hasta su finca (lo hace a diario) y estaba toda la mañana prácticamente con el azadón, sin tener que descansar. El paciente no ha perdido peso, no tiene ninguna otra sintomatología, no tose prácticamente nunca ni nota ahogo, mantiene buen apetito y descansa bien por las noches. Se le pide que abra y cierre los ojos repetidamente y a los 5 minutos no muestra señales de cansancio. Se repite la operación abriendo y cerrando las manos y a la vez flexionando-estirando brazos, y a los 5 minutos no parece que haya claudicación muscular. La fuerza, sensibilidad y reflejos en extremidades se mantienen normales. Ante la ausencia de datos exploratorios y por la insistencia del enfermo se le deriva al neurólogo para estudio de debilidad muscular.

Tres meses más tarde vuelve. Comenta que el neurólogo, una semana atrás, no le encontró ninguna alteración a la exploración aunque dijo algo de los "reflejos" y le pidió un escáner de columna vertebral, unos análisis, una prueba con "agujas" en las piernas y que le ha remitido también al "vascular" por si era del "riego" en las piernas. Tiene cita para todo ello en los próximos 3 meses, pero él se encuentra muy preocupado porque dice que ya no sirve para nada, que no es capaz de trabajar en la huerta y que ello le genera una angustia importante, duerme peor y ha perdido en parte el apetito. Aunque el interrogatorio del paciente no demuestra anhedonia, ideas de culpa, deseo de morir ni otros signos depresivos, sí que tiene antecedentes depresivos en la familia materna y una hermana, por lo que se le deriva al psiquiatra sin prescribir tratamiento.

A los 40 días vuelve, anímicamente mucho peor, ya con claros síntomas depresivos: "no puede seguir con su trabajo", "va a tener algo malo y se va a tener que jubilar", ha perdido el apetito, "duerme mal", "se encuentra angustiado" no quiere salir a jugar su partida de cartas,"ni siquiera puede tener relaciones sexuales por impotencia", "tiene hormigueo en manos y pies", etc. Viene para que le prescribamos los fármacos que le mandó ayer el psiquiatra (a quien por lo visto se le habían gastado). Efectivamente nos informa el psiquiatra que el paciente presenta un cuadro depresivo serio con ansiedad generalizada y le prescribe Sertralina 100 mg/d y Halazepam 20 mg en desayuno y 40 mg al acostarse, con la indicación de volver en 1 mes. El paciente sigue insistiendo en que se cansa y agota con facilidad, que no ha podido terminar de pintar su fachada porque se tenía que parar cada 10 minutos porque los brazos no tenían fuerza… Se le pide que tenga paciencia y se explica que ya está pendiente de las pruebas del neurólogo, que la exploración en nuestra consulta ni en el especialista demostraba nada, que con la depresión suele haber quejas somáticas que con el tratamiento desaparecen… y se le cita en 2 semanas para ver la evolución de su estado de ánimo, que parece preocupante.

A los 10 días vuelve. Refiere que ha dejado la medicación porque le "atontaba" todavía más, que ha ido a un curandero y que está tomando unas yerbas que parece que le han mejorado algo. Cuenta que el curandero le ha dicho algo de envenenamiento y falta de vitaminas… Por nuestra parte intentamos convencerle para que retome el tratamiento prescrito por el psiquiatra a lo que se niega, así como a ir a las pruebas del neurólogo, pero dice que solo hará lo que le ha mandado el curandero y lo que su médico le prescriba. Así pues, prescribimos otra marca de Sertralina de 50 mg diciéndole que se tiene que tomar 2 cp juntos en desayuno y evitamos prescribirle ansiolíticos, citándole en una semana para volver a intentar convencerle de hacerse las pruebas.

Vuelve a los 15 días con un informe de urgencias del Hospital, adonde acudió el día anterior tras sufrir traumatismo torácico por caída de un árbol (podando olivos): la exploración física y analítica fue normal, pero en la placa de tórax óseo aparecía una imagen en hemitórax derecho que en Rx PA se apreciaba mejor y correspondía a una masa en pulmón derecho. Recomendaban cita preferente con neumología para estudio por probable carcinoma broncogénico. Efectivamente el paciente fue estudiado diagnosticándole carcinoma pulmonar con Síndrome de Eaton Lambert asociado y en la actualidad está en tratamiento con RT y QT.

COMENTARIO

El S. de Eaton Lambert es un síndrome paraneoplásico seudomiasténico mediado inmunológicamente, consistente en debilidad muscular sobre todo en miembros, con preservación de la musculatura ocular y bulbar. Es un trastorno muscular presináptico secundario a una disminución de la liberación de acetilcolina de las terminaciones nerviosas, en el que está implicado un anticuerpo IgG. El síndrome precede, sigue o aparece junto con el diagnóstico del cáncer. Es más frecuente en varones con tumores intratorácicos y los síntomas incluyen fatigabilidad y debilidad muscular, a veces dolor en regiones proximales de los miembros, parestesias, sequedad de boca, impotencia y a veces ptosis.

En este caso vemos como el médico de cabecera, el neurólogo y el psiquiatra han errado el diagnóstico. El error del galeno de cabecera es más grave pues es testigo de la evolución de la enfermedad, y en este caso la enfermedad sigue los pasos uno por uno descritos en la literatura sobre este raro síndrome. Su retraso diagnóstico hace que el paciente pierda la fe en "la Medicina" y termine recurriendo a la charlatanería. Por otra parte el psiquiatra no acierta a deslindar una verdadera depresión de lo que es un trastorno adaptativo-reactivo en cierta manera lógico por la desesperación que causa en el paciente el progresivo desarrollo de los síntomas.

La conclusión final debería ser que en pacientes fumadores o con antecedentes de tabaquismo importante y reciente debemos estar atentos y sospechar una complicación maligna pulmonar ante cualquier cuadro atípico paraneoplásico (degeneración cerebelosa subaguda, neuropatía sensitiva o motora, mielopatía, opsoclonus, polimiositis, dermatomiositis, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética o S. de Eaton Lambert).