

CASO CLÍNICO

Cuando no todo es “vejez” en el anciano. Astenia y apatía, ¿por dónde empezar?

María José Guijarro Sánchez¹, Lucía Royuela García², Joana Guillén González¹, Idoia Aranburu Aizpiri³

1. Médica de familia. CSI Alzira II (Valencia)
2. Médica de familia. CS Catadau (Valencia)
3. Médica de familia. CS Serrería II (Valencia)

Contacto María José Guijarro Sánchez, harvy106@hotmail.com.

Los autores declaran no tener conflicto de interés en la realización del presente estudio.

Citar como: Guijarro Sánchez MJ, Royuela García L, Guillén González J, Aranburu Aizpiri I. Cuando no todo es “vejez” en el anciano. Astenia y apatía, ¿por dónde empezar? fml. 2019; 24(2):4p

Resumen

Una buena relación médico-paciente es clave para el abordaje de los síntomas inespecíficos en el anciano, cuyo enfoque ha de hacerse desde un punto de vista biopsicosocial. El diagnóstico de las enfermedades tiroideas puede suponer un reto en estos pacientes al debutar sin los signos considerados típicos y más frecuentemente con síntomas inespecíficos que pueden confundirse con el envejecimiento. El hipertiroidismo apático es una forma de presentación frecuente en el anciano que se caracteriza por apatía, debilidad, astenia, pérdida de peso, depresión y deterioro cognitivo. El retraso en el diagnóstico y tratamiento puede tener consecuencias graves no recuperables en el anciano al estar asociado con un incremento de la mortalidad principalmente de causa cardiovascular.

Introducción

El caso clínico relata el proceso asistencial a lo largo de varias visitas en la consulta de atención primaria hasta que se establece la sospecha y posteriormente la confirmación diagnóstica de un hipertiroidismo apático en una paciente anciana sin patología tiroidea previa.

La importancia de este caso radica en la dificultad inicial que encuentra el médico de familia en el proceso diagnóstico a partir de los síntomas inespecíficos de la paciente.

Descripción del caso clínico

Motivo de consulta: Mujer de 81 años que consulta en febrero por malestar general

inespecífico, debilidad y cansancio desde hace un par de semanas.

Antecedentes médicos:

No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. No intervenciones quirúrgicas.

Dislipemia controlada en tratamiento con simvastatina.

Osteoporosis en tratamiento con calcio/vitamina D y alendronato.

Enfermedad actual (1ª visita):

Además de la clínica por la que consulta refiere que fue valorada en urgencias hospitalarias en enero por un cuadro de diarrea, disnea y dolor torácico.

En el informe de alta hospitalaria consta que ingresó durante 3 días y se le realizaron pruebas analíticas, radiografía de tórax,

gasometría arterial, electrocardiograma, ecocardiograma doppler y angioTac que no presentaron alteraciones siendo diagnosticada al alta de "viriasis, gastroenteritis y dolor torácico secundario".

Pendiente de visita en consultas externas de cardiología para completar estudio cardiológico.

El proceso diarreico previo se resolvió pero persiste una sensación de debilidad y fatiga con los esfuerzos que antes no tenía, se nota "falta de energía, sin ganas ni fuerzas para hacer las cosas que hasta hace poco hacía a diario".

No clínica infecciosa por aparatos, cree que no ha perdido peso, no tiene dolor.

No ha habido cambios en su medicación habitual tras el alta hospitalaria.

Impresión médica subjetiva:

Se trata de una paciente que conozco desde hace tiempo, la considero una mujer muy activa y alegre. Me llama la atención su aspecto algo descuidado y la forma en que describe sus síntomas de forma pausada, no es habitual en ella.

Exploración física completa y pruebas complementarias:

Sin alteraciones por aparatos. Tensión arterial 121/71 mmHg, frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto. Saturación de oxígeno por pulsioximetría 98%. Índice de masa corporal 28.

Revisión de resultados de pruebas del ingreso hospitalario, todo normal incluyendo tirotrópina (TSH) 1.6 mcU/mL.

Evaluación geriátrica: Valoración funcional básica e instrumental, cognitiva y social sin déficits. Buen apoyo familiar.

Actitud expectante a la espera de cita próxima en consultas externas de cardiología y control en 2 semanas para valorar también esfera afectiva.

2ª visita:

Su aspecto ha empeorado, mayor intolerancia al esfuerzo, disminución de actividades sociales y salidas fuera de casa. Sin tristeza ni alteración del sueño.

En cardiología diagnosticaron de taquicardia sintomática y pautaron bisoprolol 5mg.

Exploración normal destacando una tensión arterial de 99/51 mmHg, 82 latidos por minuto.

3ª visita:

Acude con dos de sus hijas, ambas resaltan el cambio de comportamiento de su madre, su falta de energía, la aparición de olvidos y pérdida de apetito. Están preocupadas por si tuviera depresión ¡¡o demencia!!

Y sin embargo a la paciente allí sentada y escuchándonos, parece darle todo igual...

4ª visita y 5º visita:

Persistencia de astenia y apatía, apetito disminuido e ingestas escasas porque "hasta comer le cansa", pérdida de 3-4 kg. No aparición de nueva clínica por aparatos.

Solicitud de pruebas analíticas y resultados.

Diagnóstico diferencial

Considerando todas las pruebas diagnósticas sin alteraciones que se le han realizado en los últimos tres meses y la ausencia de signos en la exploración, sin tener un diagnóstico causal claro, se plantea un nuevo enfoque diagnóstico basado en la clínica.

Se analizan los dos síntomas principales recogidos en la anamnesis: la astenia y la apatía.

La astenia fue el síntoma referido desde el inicio por la paciente y aun habiendo disminuido sus actividades no dejó de ser constante y de intensidad progresiva.

Más tarde apareció la apatía, que prácticamente la transformó en otra persona, sin esa mirada atenta y conversación locuaz.

A la astenia también se la conoce como fatiga y se define como la sensación subjetiva de falta de energía o agotamiento físico o mental, que conlleva la disminución de la capacidad para llevar a cabo las tareas habituales.

La multicausalidad de la astenia se redujo en la paciente en gran parte al descartar antecedentes similares previos, causas psicosociales, consumo de tóxicos, fármacos y signos de alarma en la exploración física sugerentes de origen orgánico (neoplasias).

La apatía se define como un estado de deterioro motivacional primario en el que el paciente muestra una pérdida de motivación, interés y respuesta emocional, que se traduce en una disminución de la iniciativa, de la interacción con el entorno y de la actividad social.

Los trastornos más comúnmente asociados con la apatía son neurológicos (demencias), psiquiátricos (depresión), médicos (disfunción tiroidea), tóxicos (marihuana) o medicamentosos, (neurolépticos).

La depresión se merece una mención especial, ya que la apatía ha sido tratada tradicionalmente como un aspecto de ésta y aunque comparten rasgos comunes (desinterés, falta de energía, pérdida de iniciativa...), ambas se diferencian en otros rasgos suficientemente claros, como para constituir dos entidades distintas.

La depresión representa la primera causa de alteración de la motivación en los ancianos, siendo frecuente una superposición entre apatía, depresión y trastornos cognitivos en estos pacientes.

Tras analizar ambos síntomas se hizo necesario descartar de nuevo trastornos médicos. Al haber pasado casi 3 meses desde las analíticas realizadas con resultado normal en el ingreso hospitalario, algo podía haber cambiado...

Discusión

Cuando la paciente consultó inicialmente a su médico de atención primaria había sido atendida en urgencias hospitalarias por un cuadro agudo y se le habían realizado múltiples pruebas complementarias que se encontraban dentro de la normalidad.

Los síntomas por los que consultaba eran inespecíficos y no había alteraciones en la exploración física, por lo que la actitud que se adoptó en un principio fue expectante con valoración evolutiva de los síntomas.

Ante la persistencia y agravamiento de éstos, se realizó un diagnóstico diferencial de la astenia y la apatía pudiéndose excluir múltiples

causas, pero no llegar a un diagnóstico definitivo.

El diagnóstico final se logró tras la realización de pruebas analíticas que evidenciaron un patrón bioquímico de hipertiroidismo: tiroxina libre (T4) 4.0 ng/dL, TSH 0.003 mU/mL.

Ante este hallazgo desde Atención primaria, es prioritario remitir a Endocrinología o Urgencias hospitalarias si se sospechase una crisis tirotóxica (fiebre, taquicardia, agitación, coma).

En este caso se remitió a Endocrinología, la paciente inició tratamiento con anti-tiroideo (metimazol 10mg cada 8 horas) y se le solicitó estudio completo con ecografía, gammagrafía y auto-anticuerpos para determinar la entidad clínica causante del hipertiroidismo.

A las pocas semanas del inicio del tratamiento, desaparecieron la apatía, la astenia y la disnea de esfuerzo, normalizó las ingestas y recuperó su peso.

La ecografía fue normal, la gammagrafía mostró un patrón de captación difuso y en la analítica posterior los anticuerpos anti receptor de tirotropina fueron positivos, habiéndose normalizado la TSH y T4 con el tratamiento.

El diagnóstico definitivo fue el de hipertiroidismo primario por enfermedad de Graves-Basedow con presentación clínica en forma de hipertiroidismo apático, caracterizado por la apatía como síntoma cardinal, siendo ésta una presentación más común en personas de edad avanzada y a menudo enmascarada por otros síntomas de enfermedades asociadas o por el propio envejecimiento (lo cual suele retrasar su diagnóstico y tratamiento).

La evolución de la paciente fue buena, con descenso progresivo y retirada del betabloqueante, manteniéndose durante un año asintomática y eutiroides, por lo que se intentó retirar el anti-tiroideo, pero al presentar recaída sintomática se le tuvo que reintroducir.

Tras intentar posteriormente una segunda retirada del anti-tiroideo sin éxito, se remitió para tratamiento definitivo con I¹³¹, quedando tras la ablación hipotiroidea precisando

tratamiento sustitutivo con Tiroxina 100mcg a diario para lograr un estado eutiroideo y con ausencia de síntomas de forma mantenida.

“A través de la historia, los médicos se han dedicado a encontrar pistas que conduzcan a un diagnóstico correcto en el caso de una patología tan común como la tiroidea.”

McKenna TJ

Bibliografía

1. Del Cura González I, Rodríguez Monje MT. Mi paciente consulta por astenia. En: Casado V, Cordon F, García G, editores. Manual de exploración física: basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia. Barcelona: semFYC 2012. pp. 178-87.
2. Álvarez Villalba MM, Del Cura González, I. “Me siento muy cansada”. AMF 2019;15(3):141-146
3. Ishii S, Weintraub N, Mervis JR. Apathy: A Common Psychiatric Syndrome in the Elderly. JAMDA 2009; 7: 381-393
4. Miguel Calvo I, Urroz Elizalde M, Muñoz González F. Hipertiroidismo. AMF 2013;9(9):485-494
5. Boelaert K, Torlinska B, Holder RL, Franklyn JA. Older subjects with hyperthyroidism present with a paucity of symptoms and signs: a large cross-sectional study. J Clin Endocrinol Metab. 2010;95:2715-26.