
Del síntoma a la enfermedad: astenia

JM. Casanovas Gordó

Pediatra. CAP Roquetes-Canteres. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11 (Supl 17):s425-s431
Josep M.ª Casanovas Gordó, jmcasnovas.bcn.ics@gencat.cat

Resumen

La astenia es un síntoma frecuente que se manifiesta como motivo de consulta en adolescentes, pero también en niños y lactantes. Se presentan los casos clínicos de una niña de 4 años y una adolescente de 14 años, que a partir del mismo síntoma de astenia, llegan a dos diagnósticos diferentes desde la consulta de Atención Primaria: mononucleosis infecciosa por el virus de Epstein-Barr asociada a neumonía e insuficiencia renal aguda. Se habla de la anamnesis, exploración física, diagnóstico etiológico, exámenes complementarios y, finalmente, las causas más frecuentes para el pediatra de la astenia en la infancia y adolescencia.

Palabras clave: Astenia, Mononucleosis Infecciosa, Neumonía, Insuficiencia renal.

Abstract

Asthenia is a common symptom that is shown to be a cause of medical consultation in teenagers, but is also in common in children and breastfed infants. Two clinical cases are presented, one of a 4-year-old girl and another of a 14-year-old teenager who, from the same asthenia symptom, two different diagnoses were arrived at in the Primary Care clinic: infectious Mononucleosis due to Epstein-Barr virus associated with pneumonia and acute renal failure. This article also deals with the anamnesis, physical examination, aetiological diagnosis, complementary examinations, and finally, for the paediatrician, the most common reasons for asthenia in children and adolescents.

Key words: Asthenia, Infectious mononucleosis, Pneumonia, Acute renal failure.

Introducción

La astenia es un síntoma frecuente en nuestro quehacer pediátrico, que se manifiesta como motivo de consulta, a medida que la edad de los pacientes va aumentando, pero no excluye a los lac-

tantes y niños más pequeños. Astenia y también fatiga son términos médicos que en la expresión popular se manifiestan como cansancio.

La etiología que corresponde a este síntoma es muy amplia. En muchos casos

El autor declara no presentar posibles conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

corresponde a situaciones banales, pero en ocasiones sorprenden los hallazgos a partir del desarrollo de la anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias, estudio etiológico y diagnóstico final.

Los dos casos clínicos corresponden a dos niñas de 4 y 14 años de edad, cuyo motivo de consulta inicial fue fatiga/cansancio. El síntoma tenía pocos días de evolución. Las exploraciones complementarias realizadas desde la Atención Primaria (AP), permitieron llegar al diagnóstico.

La presentación de estos pacientes es una excusa para realizar un estudio etiológico o diagnóstico diferencial, y valorar como a partir del síntoma astenia, podemos tener delante una enfermedad compleja.

Definimos inicialmente el término fatiga como sensación de falta de energía y motivación, de agotamiento o cansancio. No es somnolencia. Somnolencia y apatía (entendida como indiferencia) pueden ser síntomas de fatiga. Este síntoma puede ser normal tras el esfuerzo físico o la falta de sueño. Si no se alivia durmiendo bien, y con poco estrés, debe ser valorada médicamente. Es una queja común, pudiendo pasar por alto alguna patología importante. La persona que se levanta descansada y al iniciar la actividad presenta astenia, puede estar afecta

de una enfermedad. La persona que se despierta con bajo nivel de energía y todo el día está fatigada, puede sufrir una depresión. No debe confundirse fatiga con debilidad: falta o pérdida de fuerza¹.

Casos clínicos

Primer caso

Paciente de 4 años que acude a la consulta por cansancio, siendo la exploración normal; 5 días después, tiene un exantema urticariforme en extremidades inferiores que ha desaparecido al llegar a la consulta. A los 2 días de la última visita, aparece fiebre de 38,5 °C, parece que está resfriada y el cansancio se ha acentuado, persistiendo la erupción maculosa que afecta ahora ya, a extremidades inferiores, superiores y cara, aunque tampoco podemos visualizarla en el momento de la exploración.

Exploración física: edema periorbital y palpebral más acentuado por la mañana de los últimos 3 días. Respiración bucal con obstrucción nasal, adenopatías submaxilares y laterocervicales llamativas, amígdalas congestivas y a la palpación abdominal esplenomegalia y hepatomegalia de 4 cm. Adenopatías inguinales llamativas de 2 cm de diámetro. Facies abotargada. No hay exantema. Neurológico normal. Temperatura axilar de 38 °C.

El resto de la exploración y la auscultación cardiopulmonar es normal sin signos de insuficiencia respiratoria.

Resultados analíticos

- Hemograma: hematíes 4.000.000, hemoglobina 10,9 g/dl, hematocrito 31,6%, VCM 78,4. Leucocitos: 21.200 (neutrófilos 2%, segmentados 31%, linfocitos 50%, monocitos 5%, linfocitos reactivos 9%, células linfoplasmáticas 3%); plaquetas 203.400/ml.
- Transaminasas: AST 245 y ALT 271 (mU/ml).
- Paul Bunell: negativo.
- Analítica de orina negativa.

En la primera visita se realizó una radiografía de tórax y de abdomen: condensación alveolar que afecta a LSD y que corresponde a neumonía; posibles adenopatías hiliares; abdomen con moderada esplenomegalia.

Cuatro días más tarde se repite: test de aglutinación (mononucleosis infecciosa) positivo. Hb 10,6; Htcto 31,1; VCM 78,9; leucocitos 15.400 (segmentados 27%, linfocitos 60%, monocitos 5%, linfocitos reactivos 8%); plaquetas 246.800/ml. GOT/GPT 86/114 (mU/ml). La radiografía de tórax ha mejorado respecto al control previo (condensación residual en LSD y LMD).

Exploraciones pendientes de la primera visita: exudado faringoamigdalár: flora normal en cultivo aerobio; detección de Epstein Barr: EBV Ac anti-anticápside IgM 36,3 (positivo mayor de 11,5), EBV Ac IgG 51,2 (positivo mayor de 11,5).

Radiografía de tórax 10 días después de la 1.ª visita: aumento de densidad en LSD de distribución paramediastínica asociada a desplazamiento de cisura menor, lo que sugiere atelectasia segmentaria probablemente residual al proceso infeccioso.

Diagnóstico: mononucleosis infecciosa con neumonía²⁻⁶.

Segundo caso

Paciente de 14 años que acude a la consulta por cansancio o fatiga, temblor de piernas, de 15 días de evolución. No hay antecedentes de fiebre, solo calambres matutinos en extremidades inferiores los días previos. Hasta entonces hacía baile varios días a la semana y llevaba una vida muy activa. Familia oriunda de Chile. La niña nació en Nueva York y vive en España desde hace 6 años. Antecedentes personales no valorables. Vacunas correctas. No alergias medicamentosas conocidas. No enfermedades remarcables en su infancia. Menarquia hace 2 años. Antecedentes familiares: familiar con en-

fermedad de Berger pendiente de trasplante renal.

Exploración física: peso de 51 kg; talla: 160 cm; TA 120/80 mmHg; frecuencia cardíaca 105 latidos/minuto; temperatura axilar 36,8 °C. Buen estado general, palidez de piel y mucosas (rubia), no lesiones cutáneas. Adenopatías submandibulares de pequeño tamaño. Exploración neurológica normal; aparato cardiorrespiratorio normal; abdomen sin ningún hallazgo valorable, no visceromegalias, puño percusión lumbar negativa; hidratación correcta.

Resultados analíticos

- Hemoglobina de 10,3 g/dl; hematíes 3.880.000; hematocrito 29,7; VCM 77; fórmula leucocitaria: 11.100 leucocitos con 63,2% neutrófilos, 25,1% linfocitos, 8,2% monocitos, 3% eosinófilos y 0,5% de basófilos; plaquetas: 672.600/ml.
- Glucemia de 93 mg/dl con hemoglobina glicosilada normal; creatinina: 1,15 mg/dl; colesterol total: 114 mg/dl; ferritina 133 mcg/l; sideremia 17 mcg/dl; bilirrubina 0,29 mg/dl; alanina-aminotransferasa 8 U/l; aspartato-aminotransferasa 9 U/l; gamma-glutamilttransferasa 12 U/l; triglicéridos

62 mg/dl; TSH: 1,8093 mU/L (0,15-5,0).

Bajo la sospecha de insuficiencia renal^{7,8} ingresa en el hospital. Ecografía renal: riñones simétricos pero significativamente grandes; no dilatación de sistemas colectores, Doppler normal y ecogenidad normal. Balance renal: FG (T) 70,67 ml/min/1,73 m²; FG (SC) 50,02 ml/min/m². Proteinuria 20,71 mg/m²/hora.

Diagnóstico: insuficiencia renal leve a moderada con proteinuria sin hematuria. Diagnóstico anatomopatológico: nefritis tubulointersticial con daño tubular agudo (probablemente secundario a proceso infeccioso/fármacos).

Discusión

La astenia es un síntoma, motivo frecuente de consulta en AP. Las posibilidades etiológicas son enormes. Analizaremos los datos anamnésicos, la exploración física, las exploraciones complementarias a realizar, la etiología y aquellas enfermedades que no podemos olvidar delante de este síntoma.

En la anamnesis detallaremos los antecedentes personales y familiares. ¿Qué entienden los familiares y el paciente como fatiga? El tiempo de evolución, el rendimiento escolar y extraescolar, la relación con los amigos, sobre todo en la época de la preadolescencia y adolescen-

cia. Las características del síntoma durante el día a día, si mejora tras el reposo, si persiste toda la jornada, si se acompaña de otros datos anamnésticos o síntomas. Valorar la actividad del paciente: horas de descanso, horas de actividad escolar y extraescolar y el estado anímico.

Fatiga o cansancio es una queja frecuente, difícil de definir. Cansancio es una fatiga inusual, extrema, que desencadena disminución del rendimiento físico y que requiere un reposo excesivo. Suele acompañarse de somnolencia, hastío, irritabilidad, eficacia disminuida. Debilidad es la disminución de fuerza corporal o muscular. Se acompaña de anomalías de la función neurológica o muscular y se objetiva como hipotonía en el lactante y dificultades en el deporte, torpeza y falta de agilidad en el niño mayor.

Cualquier enfermedad aguda se puede acompañar de cansancio, que adquiere importancia si dura demasiado. El cansancio en los procesos psicológicos y psiquiátricos, guarda relación con la depresión y con la ansiedad. Sin embargo, el cansancio puede ser el resultado normal de cualquier trabajo físico o mental en el cual el consumo de energía supera a los procesos reparadores.

Las quejas repetidas de cansancio quizás no se traten de un problema insignifi-

cante. Hay que descartar una enfermedad médica, para recuperar el buen estado del niño y solucionar las preocupaciones de los padres.

Como causa orgánica, habitualmente va acompañada de otros signos o síntomas. La anamnesis y la exploración física son fundamentales para sospechar un diagnóstico.

La exploración física: tiene que ser exhaustiva, realizada a conciencia, valorando los parámetros de peso, talla, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, el aspecto del niño, auscultación cardiorespiratoria, palpación abdominal y de tiroides, búsqueda de adenopatías, exploración otorrinolaringológica y neurológica, la piel en busca de palidez y petequias y la subictericia conjuntival.

El diagnóstico etiológico es muy amplio^{1,9}. En el lactante no podemos olvidar la enfermedad cardíaca cianótica y congestiva, la anemia y el hipotiroidismo. En el niño las infecciones crónicas de las vías respiratorias, apneas obstructivas del sueño y trastornos del sueño¹⁰, enfermedades endocrinológicas como el hipo- o hipertiroidismo y la diabetes, enfermedades inflamatorias, trastornos inmunológicos, enfermedad renal, enfermedad oncológica, mononucleosis, trastorno emocional, depre-

sión psiquiátrica y períodos transitorios de cansancio breves y autolimitados.

Los niños pequeños con enfermedades médicas serias muchas veces no se quejan de cansancio. El adolescente se queja más de cansancio: enfermedades menores pueden dar cansancio prolongado en ellos. La actividad intensa (trabajo escolar, extraescolar, deportes, dormir poco, hábitos alimentarios subóptimos) favorece estas quejas.

En los adolescentes: las neumonías víricas, por mycoplasma, síndromes mononucleósicos, hepatitis, tuberculosis, brucelosis, artritis reumatoide, lupus, dermatomiositis, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes, enfermedades hemato-oncológicas, sida, abuso de drogas y alcohol, enfermedad pulmonar crónica, obesidad importante, depresión y el síndrome de fatiga crónica¹¹.

Los exámenes complementarios: hay que solicitar pruebas de laboratorio bien seleccionadas que si son normales tranquilizarán a la familia, al médico y también al paciente: hemograma, VSG, transaminasas, creatinina y urea, glucemia, ionograma, sedimento y urocultivo en lactantes, y en adolescentes test de embarazo y tóxicos, función tiroidea y sero-

logías víricas (Epstein-Barr, CMV, VIH) y toxoplasma, Mantoux, radiografía de tórax y ecografía abdominal.

Comentarios de los dos casos clínicos: mononucleosis (MI) y neumonía: la bibliografía de los últimos 30 años refiere un 5-10% de MI con neumonía asociada, siendo la neumonía grave, excepcional. Nefritis tubulointersticial aguda: insuficiencia renal de comienzo brusco por lesión de los túbulos del riñón y del tejido que lo rodea. La causa más frecuente es un fármaco. La biopsia renal es definitiva para el diagnóstico.

Conclusiones

Las causas más frecuentes de astenia son: la actividad excesiva y el desorden en el sueño, las infecciones, las anemias y la depresión. No podemos olvidar las causas cardíacas y oncológicas por su gravedad, la ingesta de drogas y alcohol, la depresión y el embarazo en adolescentes, el síndrome de apnea obstructiva del sueño y el maltrato tanto a nivel escolar como familiar.

La evaluación de los datos de la historia, exploración física y laboratorio debe permitir diagnosticar cualquier causa orgánica de cansancio.

Bibliografía

1. Ozuah O, Sigler ATP. Cansancio y debilidad. En: Hoekelman RA, Adam HM, Nelson MN, Weitzman ML, Wilson MH. Atención Primaria en Pediatría. 4.ª ed. en español. Volumen II. Elsevier Science; 2002.
2. Jenson HB. Epstein-Barr Virus. En: Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton. Nelson Textbook of pediatrics. 18th ed. Saunders Elsevier; 2007. p. 1373-7.
3. Miron D, Merzel Y, Lev A, Meir JJ, Horowitz Y. Pleuropneumonia as the sole manifestation of Epstein-Barr virus-associated infectious mononucleosis. IMAJ. 2002;4:733-4.
4. Monso G, Pou J, Trujillo G, Juncosa T, Cambra FJ. Infectious mononucleosis in childhood. An Esp Pediatr. 1992;36(3):219-22.
5. Krabbe S, Hesse J, Uldall P. Primary Epstein-Barr virus infection in early childhood. Arch Dis Child. 1981;56(1):49-52.
6. Carbonero MJ, Torronteras R, Cintado C. Infectious mononucleosis: study on hospitalized children. An Esp Pediatr. 1999;51(6):664-6.
7. Dilys A, Whyte R, Fine N. Insuficiencia renal aguda en la infancia. Pediatr Rev (ed. esp.). 2009; 30(2).
8. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de la AEP. Proteinuria; daño renal agudo. Edición 2008 [consultado el 01/09/2009]. Disponible en www.aeped.es/protocolos/nefro/index.htm
9. Green M. Fatiga crónica. En: Green M. El diagnóstico en pediatría. 3.ª ed. española. Alhambra; 1984. p. 646-7.
10. Pascual M, Estivill E, Albares J. Trastornos del sueño en la infancia. An Pediatr Contin. 2007;5(5):302-7.
11. Jenson HB, Jones JF. Chronic Fatigue Syndrome. In: Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton. Nelson Textbook of pediatrics. 18th ed. Saunders Elsevier; 2007. p. 863-6.

