



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/1094 - ESFERA PERSONAL COMO ALIADA

C. García Balsalobre<sup>a</sup>, E. Cañada Cámara<sup>b</sup>, N. Martínez Navarro<sup>b</sup>, M. Rodríguez Alonso<sup>a</sup>, L. Muñoz Alonso<sup>a</sup>, C. Celada Roldán<sup>d</sup>, I. Gómez López<sup>e</sup>, M.N. Plasencia Martínez<sup>a</sup>, M. Pons Claramonte<sup>f</sup> y A. Sánchez Saura<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de San Antón. Cartagena. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. <sup>f</sup>Médico de Familia. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Valencia. <sup>g</sup>Médico Residente de Oncología. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 58 años, alérgica a ácido acetilsalicílico. Fumadora de 20 cigarrillos a la semana, no otros hábitos tóxicos. Sin factores de riesgo cardiovascular. Antecedentes personales: síndrome ansioso-depresivo grave. Tratamiento crónico: diazepam y escitalopram. La paciente es derivada por su médico de Atención Primaria (MAP) a Neurología por presentar en el entierro de su madre un síncope.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemiparesia y hemihipoestesia derecha. Fue valorada en urgencias con aparente hemianopsia homónima derecha, hipoestesia táctil derecha, disartria y discreta claudicación, con diagnóstico de Ictus de la Arteria cerebral media izquierda realizándose fibrinólisis. Permaneció en la unidad de ictus 48h con recuperación posterior, con RMN normal. Como único síntoma la paciente refiere, desde entonces cefalea holocraneal opresiva, sensación de mareo y fallos ocasionales de memoria, con exploración normal y se le realiza ecocardiografía que resulta normal. La paciente es diagnosticada de episodio de focalidad neurológica de tipo funcional. La paciente acude de nuevo a revisión por parte de Neurología; presentando debilidad funcional de MID, además de notables fallos cognitivos ocasionales, de memoria y orientación, así como mal estado anímico. La realización de tests cognitivos indican un claro déficit de atención, muy influido por el estado anímico, por lo que se deriva a Psiquiatría para valoración.

**Juicio clínico:** Trastorno conversivo.

**Diagnóstico diferencial:** Isquémico transitorio, ictus, síncope.

**Comentario final:** La paciente actualmente sigue en seguimiento por Psiquiatría y Neurología, sin cambios en su esfera psíquica. Como conclusión decir que como médicos debemos tener en cuenta la sintomatología teniendo en cuenta la esfera personal de cada paciente, que nos ayude a enfocar correctamente el caso.

## Bibliografía

1. Gaedicke Hornung A, González-Hernández J. Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. Revista Memoriza. 2010;6:1-14.

2. Vaamonde Gamo J, et al. Síndromes conversivos en neurología: características clínicas de 16 pacientes. Salud i Ciencia. 2014;20:714-9.

**Palabras clave:** *Síndrome conversivo. Somatización. Psiquiatría.*