



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/237 - NO TODA ANSIEDAD ES LO QUE PARECE

F. Balduvino Gallo<sup>1</sup>, M. Piro<sup>2</sup>, G. Bermejo Alonso<sup>3</sup> y J. Jiménez Jiménez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Santoña. Cantabria. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado-León V. León. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo Urbano. Medina del Campo. Valladolid. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital del Henares. Centro de Salud El Puerto. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 47 años, NAMC, valorada por Neurología por cefalea tensional y movimiento paroxístico involuntario del pie no especificado en 2007, no tratamiento habitual. Acude al MAP porque desde hace un mes presenta dolor inespecífico generalizado, astenia que le impide realizar actividades de forma normal, hiporexia, dolor torácico atípico, náuseas y epigastralgia. Dolor más intenso en extremidades inferiores, constante, sin desencadenantes, asociado a parestesias de forma simétrica (también en manos). Comenta episodio de bloqueo de la marcha sin pérdida de fuerza y dificultad para deambular incluso en domicilio. Esta situación le provoca ansiedad con lo cual se inicia tratamiento con alprazolam y citalopram. Persisten las visitas a consulta refiriendo nula mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales. Exploración general anodina. Neurológica: marcha cautelosa, estable, con pasos amplios y adecuado braceo, ampliación de la base de sustentación, tándem cauteloso, Romberg negativo pero con danza tendinosa. Fuerza 5/5; hipoparestesia moderada en EEII y tronco. Hiperreflexia generalizada, signo de Hoffman y Tromner positivos e inicio de clonus aquileo bilateral. Babinski con retirada bilateral; no disimetría pero descomposición en talón-rodilla bilateral. Analítica general, serologías, perfil inmune, ECG, radiografía tórax, TAC craneal normal. Estudio neurofisiológico: alteración de los potenciales evocados motores y sensitivos en EESS y EEII compatible con afectación de vía córtico-espinal y cordonal posterior en grado moderado. RMN craneocervical: hipertrofia de elementos vertebrales posteriores y barras disco-osteofitarias, prominente a nivel C5-C6 condicionando efecto compresivo sobre la hemimédula derecha con edema asociado.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome cordonal posterior. Espondilosis cervical con mielopatía compresiva a nivel de C5-C6.

**Diagnóstico diferencial:** Trastorno de ansiedad con somatizaciones; neoplasia medular; sífilis; déficit Vit B12.

**Comentario final:** Importancia de realizar una buena exploración física y seguimiento de síntomas que presentan los pacientes con tendencia a cuadros de ansiedad. Esta paciente acudió varias veces a consulta de su MAP, fue vista en Urgencias, consultas de Medicina Interna y Neurología hasta que

ingresó para estudio y se llegó al diagnóstico (tras varios meses).

### **Bibliografía**

1. Farreras Valentí P, Domarus A, Rozman C, Cardellach F. Medicina interna, 17<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
2. Laso Guzmán F. Diagnóstico diferencial en medicina interna, 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2018.

**Palabras clave:** Ansiedad. Mielopatía. Artrosis.