



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/473 - Distonías, diagnóstico diferencial en Atención Primaria

M.P. Villanueva Morán<sup>a</sup>, R. Rodríguez Rodríguez<sup>b</sup>, G. Silvestre Egea<sup>a</sup>, A.O. Ángel Ortega<sup>a</sup>, E. Téllez Suárez<sup>c</sup>, G. Izquierdo Enríquez<sup>d</sup>, C.N. Fernández Palacios<sup>b</sup>, R. Iniesta García<sup>b</sup>, D. Sánchez-Migallón Moreno<sup>e</sup> y L. Gómez Sánchez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Zona Este. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Zona Este. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Zona Este. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 27 años, sin antecedentes personales de interés que acude a la Urgencia del Centro de Salud por cuadro de inicio brusco de 3 horas de evolución, de movimientos anormales involuntarios que iniciaron a nivel cervical y se generalizaron en poco tiempo, afectando a cara, cuello, tronco, piernas y en menor medida, a manos. No causan rigidez, dolor, disfagia, disartria ni discapacidad, aunque sí cierta inestabilidad en la marcha manifestándose como claudicación brusca del tono de extremidades inferiores. No fiebre ni sensación distérmica. No cefalea, náuseas ni vómitos. No palpitaciones ni dolor torácico. Refiere ser consumidor habitual de drogas recreativas los fines de semana. En días previos refiere privación de sueño y consumo de anfetaminas (speed, 1 gramo, 80% de pureza) con última dosis hacía 48 horas. Se pauta diazepam 5 mg vo sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración física se encuentra consciente y orientado. PPCC conservados. No signos de piramidalismo. No disimetrías. Funciones superiores conservadas. Discinesias generalizadas con semiología variable, multifocales, discretamente estereotipadas, con afectación predominante craneal (mandibular) y cervical (tortícolis alternante), que pueden calificarse de corea. Presentaba posturas distónicas más sostenidas (cervicales, dedos de la mano), que podrían ser tics distónicos. Se sobreañaden sacudidas breves, de amplitud media, proximales, principalmente del tronco y compatibles con mioclonías. No presentaba temblor, rigidez o bradicinesia. En el Servicio de Urgencias del Hospital se realiza analítica de sangre sin alteraciones y tóxicos en orina positivos para anfetaminas. Se inicia tratamiento con biperideno con mejoría parcial, persistiendo con discinesias y sacudidas tipo mioclónicas. Se decide ingreso en Neurología donde permanece 2 días en tratamiento con rivotril, diazepam, biperideno con clara respuesta clínica al tratamiento, sin evidenciar al alta alteraciones del movimiento.

**Juicio clínico:** Distonías agudas tras consumo de estimulantes.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de Meige, distonía generalizada aislada de inicio temprano,

enfermedad de Segawa, enfermedad de Wilson, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington.

**Comentario final:** Las distonías en Atención Primaria son patologías poco frecuentes, pero es importante un diagnóstico diferencial precoz, ante la posible existencia de Enfermedades genéticas asociadas que requieren ser reconocidas de forma precoz.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Jankovic J, Ford J. Blepharospasm and orofacial-cervical dystonia: Clinical and pharmacological findings in 100 patients. *Ann Neurol.* 1983;13:402-11.
2. Sullivan KL, Hauser RA, Louis ED, Chari G, Zesiewicz TA. Levetiracetam for the treatment of generalized dystonia. *Parkinsonism Relat Disord.* 2005;11:469-71.