



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2351 - 'EL PODER DE LA MENTE'. CUANDO NO TODOS LOS CUADROS CLÍNICOS SE PRESENTAN IGUAL

C. Lorenzo Peláez^a, L. Simao Aiex^b y S.M. Atienza López^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Mancha Real. Jaén.

^bMédico de Familia. Distrito Sanitario de Jaén. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 48 años, antecedentes personales de miopía magna, acude a consulta urgente de atención primaria por pérdida de visión brusca de 24 horas de evolución, persistiendo visión borrosa bilateral, mayor en lado izquierdo, con cefalea frontal, sin enrojecimiento ocular ni dolor. Refiere ser nervioso. Antecedentes personales de somatizaciones en los últimos años que motivaron estudios médicos urgentes, filiados todos ellos como episodios de ansiedad. Es derivado a urgencias hospitalarias, se descarta patología oftalmológica e ingresa en Neurología para estudio, donde desestiman patología por su parte e indican valoración por Psiquiatría para investigar origen psicógeno de los síntomas. Estudio de la familia: familia nuclear normofuncionante (Apgar 8) con parientes próximos, ciclo vital familiar etapa IIB (extensión), red social adecuada.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física, incluyendo neurológica y oftalmológica, normal salvo visión ojo derecho conservada a un metro y ojo izquierdo sólo ve movimiento de manos. Analítica con serología, electrocardiograma, electroencefalograma, potenciales evocados y TAC cráneo normal. RMN cerebral: varias imágenes puntiformes milimétricas en sustancia blanca frontoparietal bilateral, periventriculares y subcorticales, de aspecto inespecífico y dudosa significación patológica. Perfil psiquiátrico destacando eutimia, se define como nervioso desde siempre ("necesito saber que va a pasar antes de que pase"), personalidad altamente responsable, incapaz de delegar, necesidad constante de tenerlo todo bajo control, ansioso con estrés laboral, preocupación excesiva por las cosas, planifica constantemente actividades y obligaciones diarias, insomnio de conciliación con rumiaciones persistentes y come con prisa y ansiedad. Resto normal.

Juicio clínico: Ceguera psicógena. Trastorno de ansiedad.

Diagnóstico diferencial: Desprendimiento retina, lesión ocupante de espacio cerebral, enfermedad desmielinizante.

Comentario final: Estabilización y mejoría clínica tras iniciar lorazepam 1 mg. La ceguera se resolvió en 2 días, manteniéndose asintomático desde hace 6 meses. Psicoterapia adyuvante para control del trastorno de ansiedad. Ha normalizado su vida sin obsesionarse y actualmente vive de una manera más relajada y feliz. Conclusiones: importancia de una anamnesis y exploración sistemática y rigurosa e integración de todos los aspectos de la esfera clínica del paciente, mediante

un abordaje biopsicosocial del paciente y su familia. Manejo de diferentes escenarios de presentación de una misma patología, con sintomatología común pero manifestaciones variadas y a veces algo atípicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guzmán Guzmán RE. Trastornos por somatización: su abordaje en atención primaria. Rev Clín Med Fam. 2011;4(3):234.
2. Prado Ordóñez Fernández M. ¿Histeria, simulación o neurosis de renta? Rev Clin Med Fam. 2010;3(1):39-45.