



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/508 - Dificultad para la marcha en paciente esquizofrénica

S. Limonche García<sup>a</sup>, I. Serrano Pozas<sup>b</sup>, M. Viñal González<sup>a</sup>, S. Rodríguez Navarro<sup>a</sup>, L. Martínez Rego<sup>a</sup>, M. Serrano Sánchez<sup>c</sup>, J. Fernández Rodker<sup>d</sup>, C. Fernández Pellitero<sup>d</sup>, N. Cardama Seco<sup>e</sup> y E. Manzone<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Zona Noroeste. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Zona Noroeste. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. Zona Noroeste. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. Zona Noroeste. <sup>f</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, esquizofrenia, trastorno de la personalidad, retraso mental ligero, depresión reactiva. Adenocarcinoma de endometrio bien diferenciado tratado con histerectomía, doble anexectomía y linfadenectomía pélvica en 2007. Minusvalía del 77%, vive sola, visitas domiciliarias de trabajo social los días laborables. En tratamiento con hidroclorotiazida, captopril, flufenazina y salbutamol. Mujer de 63 años que refiere dificultad para caminar de un mes de evolución y pérdida de sensibilidad en miembros inferiores. Sin embargo, las asistentes sociales que acuden a valorarla a diario refieren que presenta lumbalgia desde hace 10 días que se ha controlado con paracetamol y metamizol, pero que desde hace 3 días presenta cierta dificultad para la marcha necesitando apoyos para los desplazamientos. Acuden hoy a urgencias porque la paciente es incapaz de levantarse. Reinterrogando a la paciente ésta negaba lumbalgia ni pérdida de control de esfínteres.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable, afebril. Paciente obesa. Bien hidratada y perfudida, leve palidez mucocutánea. Eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos ni extratonos y con murmullo vesicular conservado y algún roncus disperso en ambos campos pulmonares. Abdomen globuloso a expensas de panículo adiposo, cicatriz media infraumbilical, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, se palpa globo vesical, no datos de irritación peritoneal. Consciente y orientada en las 3 esferas, aunque se observa cierta bradipsiquia. Glasgow 15. Lenguaje normal, fluido y coherente. Facies amílica. Pupilas isocóricas normorreactivas. No nistagmus espontáneo. Pares craneales normales, simétricos. Disminución de la sensibilidad táctil y dolorosa de miembros inferiores y hasta abdomen a nivel umbilical. Fuerza disminuida en ambos miembros inferiores, no pudiendo elevar contra gravedad, reflejo cutáneo plantar flexor derecho. No rigidez de nuca. Signos meníngeos negativos. Analítica sanguínea, sedimento urinario y radiografía de tórax sin hallazgos. TAC craneal: alteración morfológica cerebelosa, afectando a hemisferio cerebeloso derecho y región vermiana adyacente, con ampliación del espacio extraaxial, pudiera estar en relación con área de encefalomalacia, o bien lesión congénita, sin cambio respecto a estudios previos. RM columna completa: fracturas agudas de

aspecto osteoporótico en T8 y T12, con pérdida de altura > 50%. La de T8 asocia retropulsión del muro posterior con invasión del canal raquídeo, sin que se observe edema medular.

**Juicio clínico:** Compresión medular secundaria a fractura osteoporótica a nivel T8.

**Diagnóstico diferencial:** Accidente cerebrovascular. Lesión cerebral ocupante de espacio. Compresión medular. Síndrome confusional. Simulación.

**Comentario final:** Este caso quiere señalar la importancia de confiar en los pacientes, sobre todo en los psiquiátricos que sufren el estigma de su enfermedad, y asegurarnos de realizar una exploración física completa cuando señalen síntomas que podrían implicar patologías graves.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Hauser SL, Ropper AH. Enfermedades de la médula espinal. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18ª ed. Barcelona: McGraw Hill; 2012. p. 3366-76.
2. Hansebout RR, Kachur E. Acute traumatic spinal cord injury. [Monografía en Internet]. UpToDate; 2015 [acceso abril de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>