



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1071 - DOCTOR, ESTOY CANSADA Y TORPE

R. Román Martínez^a, T.R. Álvarez Balseca^b, A. Egea Huertas^c, F.J. Fernández Valero^c, G. Alonso Sánchez^b, M.H. Vidal Giménez^c, M.J. Fernández Rodríguez^b, M.M. de la Torre Olivares^b, P. Rodríguez Lavado^c y M.I. Ros García^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas-Sur. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia. ^dFacultativo Especialista Adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital Rafael Méndez. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 38 años, sin AMC y sin AP de interés. Consulta por llevar 1 semana con debilidad generalizada. Refiere dificultad para sostener objetos con las manos, subir escaleras y claudicación fluctuante de MMII con caídas frecuentes. También artralgias sin claro aumento de articulaciones o cambio en la coloración. El cuadro tiende al empeoramiento, con mayor debilidad y sumación de síntomas sensoriales. No incontinencia de esfínteres ni urgencia miccional. Afebril. No lesiones cutáneas

Exploración y pruebas complementarias: BEG. CDP normal. Abdomen normal. SN: Glasgow 15, orientada en las 3 esferas. Lenguaje claro y coherente, PICNR, no nistagmus, no ptosis. Resto de pares craneales normales. Coordinación: normal. FyS: F 3/5 en las 4 extremidades con reflexia osteotendinosa algo exaltada. Sensibilidad tactoalgésica conservada. Marcha muy enlentecida arrastrando pies. Lhermitte positivo. No Romberg. No rigidez nucal ni signos meníngeos. Analítica: Gluc 79, urea 36, Cr 0,50, Na 130, PCR 4,4, mioglobina 15,9, CKMB 0,8. Coagulación y hemograma normal. CPK 44, aldolasa 5.6, VSG 12. Proteinograma normal. Serología negativa. Autoinmunidad negativa. LCR: normal; PCR para VHS, varicela zoster, VEB, VHS 6, CMV negativos. Rx tórax: normal. ECG: en RS a 75 lpm, sin prolongación del PR ni alteraciones agudas de la repolarización. TC cerebral sin contraste: normal. RM cerebral-cervical-dorsal-lumbar con GAD: a nivel cerebral sin hallazgos; no evidencia de mielopatía cervical, con hernias C3-C4 y C4-C5 sin compromiso medular; a nivel dorsal sin hallazgos patológicos; y a nivel lumbar protrusión medio lateral derecha L5-S1. Estudio de conducción nerviosa: normal. EMG: normal. Jiggle: normal.

Juicio clínico: Probable trastorno disociativo mixto.

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple, neuromielitis óptica. Lupus sistémico, sarcoidosis, enfermedad de Behçet. Miositis infecciosa o inflamatoria, miastenia gravis.

Comentario final: El trastorno disociativo es más frecuente en mujeres y generalmente los síntomas surgen en íntima relación con una situación de estrés y se caracteriza por: síntomas corporales de tipo sensitivomotor y sensorial, una tranquila aceptación (belle indifférence) de la grave incapacidad, sin lesión anatómica ni mecanismo fisiopatológico demostrables. Generalmente

los síntomas desaparecen solos, con tratamiento sintomático y dando apoyo conductual al paciente.

Bibliografía

1. Fuentenebro F, Vázquez C. Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, 1990.

Palabras clave: *Trastorno disociativo. Síntomas neurológicos.*