



242/1743 - ¡NO SIEMPRE ES ANSIEDAD!

M. Baez Encarnación^a, M. García Pino^a, T. Ricart Pena^b, N. García Salas^c, L. Amer Al Arud^d y L. Bernal Martínez^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud La Alberca. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Espinardo. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 41 años de edad, consulta por acorchamiento facial izquierdo. Antecedentes: fumadora. Neumotórax secundario. Síndrome ansioso. Migraña con aura. Pendiente de ooforectomía bilateral por ser portadora de BCRA-2. Cirugías: cesáreas. Tratamiento crónico: lorazepam. Refiere acorchamiento de hemicara izquierda de 5 días de evolución, de la que se percató casualmente, sin saber con exactitud si la instauración de dichos síntomas, así como sensación de disgeusia y acorchamiento de hemilengua izquierda. Refiere que tras programar una cirugía fue suspendida y se encontraba muy ansiosa. Comenta que una vez se le durmió un lado de la cara por un ataque de ansiedad pero que se le pasó al ceder el episodio de estrés. Se deriva a Urgencias para valoración por Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: NRL: CyO en las 3 esferas. Lenguaje fluente, sin elementos afásicos ni disartria. Campimetría por confrontación normal. MOEs: nistagmo en la mirada extrema bilateral, que se agota con la fijación, no restricciones ni diplopía. V motor normal, hipoestesia TA al pinchazo, con discriminación tacto-algésica en hemicara izquierda, corneal presente bilateral. VII par y pares bajos normales. Fuerza BM 5/5 en las 4 extremidades. Sensibilidad: hipoestesia TA al pinchazo en MSI, resto normal. Vibratoria normal. No disimetría en prueba D-N ni T-R. ROT 2+ simétricos, en las 4 extremidades. RCP flexor bilateral. Romberg negativo. Tándem normal. TAC: sin evidencia de patología aguda intracraneal. RMN: múltiples lesiones de características inflamatorio-desmielinizantes sin signos de actividad inflamatoria. Leve componente neurodegenerativo asociado en relación con la destrucción tisular de alguna de las lesiones. Bandas oligoclonales en LCR.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple recurrente remitente de inicio agresivo.

Diagnóstico diferencial: Neurolupus. Síndrome antifosfolípido. Enfermedad cerebrovascular. Sarcoidosis. Enfermedad de Lyme. Mielitis transversa.

Comentario final: La esclerosis múltiple es una enfermedad inflamatoria desmielinizante del sistema nervioso central (SNC) que afecta a unos 2,5 millones de personas en todo el mundo. Su impacto socioeconómico es muy elevado. Se manifiesta habitualmente en la tercera o cuarta década de la vida con un curso clínico recurrente, evolucionando posteriormente hacia una condición crónica que se caracteriza por la progresión sostenida de la discapacidad. Esta forma de esclerosis

múltiple R-R se caracteriza por episodios de inicio repentino, pero de corta duración, seguidos de recuperación completa (o parcial con secuelas mínimas). Actualmente se dispone de medicamentos que modifican la historia natural de la enfermedad.

Bibliografía

1. Filippi M, Rocca MA, Ciccarelli O, et al. MRI criteria for the diagnosis of multiple sclerosis: MAGNIMS consensus guidelines. *Lancet Neurol.* 2016;15:292.

Palabras clave: Esclerosis múltiple. RMN. Bandas oligoclonales.