



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2775 - GASTROENTERITIS y disartria

C. Correoso Pardo^a, M. Moreno González^b, E. Marian Brigidano^b, V. Aranda Jiménez^c, C.L. Orozco Bello^d, L. Cano Gómez^e, C. Gianchandani^f, A. Piris Villaespesa^g, A.M. Pozo Gallego^h y A. del Caño Garridoⁱ

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. ^gMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ^hMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ⁱMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo San Juan. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Les presentamos uno de los casos más frecuentes en atención primaria. Se trata de una paciente mujer de 22 años con AP de interés de SOP que acude al centro de salud por disartria motora, dificultad para movilización de lengua, sensación de parestesia en 2º y 3º dedo de mano derecha acompañado de debilidad generalizada motivo por el que el día anterior acudió al hospital donde finalmente se diagnosticó de cuadro ansioso y se pautaron benzodiacepinas; a pesar de ello persiste con la misma sintomatología por lo que decide acudir a su médico de atención primaria.

Exploración y pruebas complementarias: En el hospital presentaba constantes vitales: TA 120/80 mmHg, FC: 62 lpm, Sat O2 98% basal, eupneica, afebril. A la exploración destacaba únicamente disartria evidente y sensación acorchamiento en mano derecha, con funciones superiores conservadas, con pares craneales y marcha normal con Glasgow de 15. Se realizó analítica sanguínea con Hg, BQ y coagulación así como tóxicos en orina y TC de cráneo siendo todas anodinas por lo que fue valorada por psiquiatría y diagnosticada finalmente de ansiedad. En su centro de salud un día después tras una extensa anamnesis la paciente además de la benzodiacepina estaba tomando metoclopramida por un cuadro de gastroenteritis producido en los días previos. Ante este dato, fue diagnosticada de discinesia orolingual secundaria a la metoclopramida y se administró biperideno intramuscular resolviéndose el cuadro, así mismo se suspendió la metoclopramida.

Juicio clínico: La metoclopramida es un fármaco gastrociético y antiemético con acción periférica y central (que es la que produce el extrapiramidalismo). En toda historia clínica se debe insistir en la toma de fármacos de forma crónica como aguda, la paciente no lo comentó al acudir a Urgencias y como consecuencia se le realizaron pruebas invasivas y valoración por especialista que no habrían estado indicadas de haberlo sabido.

Diagnóstico diferencial: tóxicos, trastornos metabólicos, enfermedades degenerativas, lesión cerebral traumática, accidente cerebrovascular, simulación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velázquez-Pérez JM, Marsal-Alonso C. Trastornos del movimiento inducidos por fármacos. Rev Neurol. 2009;48(Supl 1):S57-S60.
2. Martí Masso JF. Neurología para médicos en atención primaria. Ergon, 2011.
3. Jiménez Murillo L, Montero Perez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias.