Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1293

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/508 - Dificultad para la marcha en paciente esquizofrénica

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

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Zona Noroeste. Madrid. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Madrid. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Zona Noroeste. Madrid. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. Zona Noroeste. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. Zona Noroeste. [f]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 amímica. 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/

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.