

## 347/1394 - DETERIORO PROGRESIVO EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

J. Martín Valverde<sup>a</sup>, M. Rodrigo Molina<sup>b</sup>, A. Burgos Ruiz<sup>c</sup> y A. Llavero Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Huétor Tájar. Granada. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Huétor Tájar. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Huétor Tájar. Granada. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Huétor Tájar. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 61 años con AP: déficit intelectual leve, esquizofrenia y litiasis biliar. Tratamiento: atrovent, paliperidona 350 mg/84 días, olanzapina 10 mg/8h, clorazepato dipotásico 50 mg/8h, Akineton 4 mg (no toma), lormetazepam 1 mg/24h. El paciente acude a consulta por temblor postural e intención distal que le impedía comer, marcha en pasos cortos, enlentecimiento mental y dificultad para actividades diarias. Apareció progresiva en 2 semanas, según refiere la familia parece en relación con inyección de paliperidona. A nuestra valoración presenta desorientación temporoespacial, tendencia al sueño y un temblor postural con rigidez en MMSS con lo que llegamos a la conclusión que a clínica estaba en relación con sobredosis de benzodiacepinas y extrapiramidalismo por antipsicóticos con lo que retiramos lormetazepam, disminuimos clorazepato y reintrodujimos Akineton. A las dos semanas acudimos al domicilio del paciente por caída, el estado había empeorado y el paciente presentaba más desorientación y más rigidez. El paciente presentó una caída según la familia por empeoramiento de movilidad. Lo remitimos al hospital donde fue diagnosticado de aplastamiento de L4 con tratamiento conservador aunque no fue valorado en la esfera neurológica. En una posterior valoración domiciliaria, presentaba deterioro cognitivo, con empeoramiento del temblor, fue remitido para valoración hospitalaria por parte de neurología y psiquiatría, al alta la paciente fue valorada por el psiquiatra que le retiro la medicación psiquiátrica y le remitió a las consultas externas. En última valoración a los 55 días, el paciente presentaba febrícula diaria matutina, deterioro cognitivo y de la movilidad acentuado con pérdida de control de esfínteres. Fue remitido a hospital de referencia para descartar causa orgánica con prueba de imagen.

**Exploración y pruebas complementarias:** Desorientación temporoespacial, somnolencia, disartria, dificultad en marcha, debilidad hemicuerpo derecho, temblor postural y rigidez. TC craneal: glioblastoma multiforme en cuerpo calloso.

**Orientación diagnóstica:** Glioblastoma multiforme.

**Diagnóstico diferencial:** Causa farmacológica (BZD o antipsicóticos), empeoramiento de esquizofrenia, encefalitis, tumor/hemorragia cerebral.

**Comentario final:** Es muy importante para el médico de familia tener una visión integral de los pacientes, haciendo un diagnóstico diferencial y buscando todas las posibilidades diagnósticas, ya que los pacientes pluripatológicos y polimedificados pueden presentar otras patologías que no entran dentro de sus patologías de base.

## Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

**Palabras clave:** Glioblastoma. Esquizofrenia. Deterioro cognitivo.