



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

424/1517 - NO TODO ES ANSIEDAD

J. Capellades I Lloparr¹, M. Ramos Oñate², C. Laguna Cárdenas³ y M. Nielfa González⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Morante. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años con antecedentes de fibrilación auricular, neuralgia del trigémino y síndrome ansioso depresivo que acude a consulta por presentar sensación de hormigueo peribucal y en ambas extremidades superiores de una semana de evolución. Refiere que 48 horas previas a nuestra consulta, acudió a servicio de urgencias de atención primaria donde se administró alprazolam 0,25 mg cada 8h, sin mejoría de la clínica. Durante la anamnesis la paciente y su hija, refiere que hace años presentó misma sintomatología y que necesito que le viera especialista. Dado la historia avigarrada, solicitamos analítica urgente y recitamos a las 48h con informes previos (vivían en otra comunidad autónoma).

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar: arrítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: anodino. Neurológica: Consciente y orientada en 3 esferas. Pares craneales conservados. No dismetrías. Hipostesias peribucal y ambas manos. No focalidad a nivel motor. Signo Troussseau positivo. Signo Chvostek negativo. Analítica: Hemograma dentro parámetros normalidad. Bioquímica: sin hallazgos salvo Calcio corregido de 6,9 mg/dL. Magnesio 1,8 mg/dL.

Orientación diagnóstica: Hipocalcemia. Hipomagnesia.

Diagnóstico diferencial: Hipoparatiroidismo primario. Crisis de ansiedad.

Comentario final: Por lo tanto, en este caso se puede observar la importancia de conocer los antecedentes de los pacientes así como los tratamientos previos, en este caso, dado que la paciente vive en dos comunidades autónomas según la época del año, no podemos tener toda su historia clínica, por lo que una historia clínica nacional nos ayudaría a mejorar la asistencia en este tipo de paciente. Por otro lado, el diagnóstico de ansiedad que se le realizó a la paciente en un primer momento, debería ser un diagnóstico de exclusión, dado que al no realizarse una exploración física detallada así como una buena anamnesis no se pudo administrar la terapia adecuada que requería la paciente. En conclusión, la paciente estaba diagnosticada desde hacía 4 años de un hipoparatiroidismo primario en tratamiento sustitutivo, que dado el cambio de comunidad y la caducidad de receta electrónica abandono el tratamiento por lo que aparecieron de nuevo los síntomas.

Bibliografía

1. Goltzman D. Hypoparathyroidism. UpToDate.

Palabras clave: Ansiedad. Hipocalcemia. Hipoparatiroidismo.