

## 424/3467 - NO TODO ES ANSIEDAD

E. Suárez Jaquete<sup>1</sup>, O. Iraqui-Houssaini Rato<sup>2</sup>, A. Quirós Mazariegos<sup>1</sup> y M. García Estrada<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Asturias.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero. Asturias.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 37 años. Antecedentes de ansiedad y trastorno adaptativo, a seguimiento por Salud Mental (tratamiento con alprazolam a demanda). Acude a nuestra consulta de AP por cuadro de agitación con componente ansioso que achaca a problema familiar desde hace 15 días. Exploración neurológica normal sin signos de focalidad, pero asociando parestesias en hemicuerpo derecho durante la última semana. Sin otros antecedentes de interés. Aumentamos pauta ansiolítica y reacude a la semana por mejoría de cuadro ansioso, pero mantiene parestesias en hemicuerpo, sin más clínica acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable. Auscultación normal. Exploración neurológica completa sin alteraciones. Analítica: normal (incluidos VSG, PCR, VitB12, proteinograma). ECG: ritmo sinusal a 72 lpm sin alteraciones. Dada que una parestesia crónica suele ser un síntoma de enfermedad neurológica subyacente decidimos hablar con el servicio de Neurología del hospital de referencia para valoración de posible cuadro desmielinizante.

**Orientación diagnóstica:** Enfermedad desmielinizante.

**Diagnóstico diferencial:** Las parestesias pueden estar causadas por trastornos que afectan al SNC como esclerosis múltiple, mielitis transversa o encefalitis. También hay que descartar tumores o lesiones vasculares ocupantes de espacios tanto en cerebro como en médula, y también pueden aparecer parestesias en ACV (incluidos AIT).

**Comentario final:** Este caso ilustra la dificultad intrínseca de una consulta de atención primaria y la pericia necesaria para distinguir lo común, que no banal, de lo importante, tanto en cuanto al número de pacientes como, dentro de cada uno, la atención integral que se realiza. En este caso, un síntoma no objetivable por nuestra parte como las parestesias, se asumieron inicialmente como no peligrosas por los antecedentes y características de la paciente, pero ante una nueva consulta de AP nos hizo replantearnos la situación, confirmándose posteriormente el diagnóstico de esclerosis múltiple. No deja de ser sorprendente y admirable la habilidad con la que, con los medios más básicos, se llegan a diagnósticos tan específicos, siendo en este caso el facultativo de primaria parte de la evolución de la patología en todo momento, previo, durante y posterior al diagnóstico.

### Bibliografía

1. García Merino A, Ramón Ara Callizo J, Fernández Fernández O, Landete Pascual L, Moral Torres E, et al. Consenso para el tratamiento de la esclerosis múltiple 2016. Sociedad Española de Neurología. Neurología. 2017;32(2):113-9.
2. Costa Arpin E, Prieto González JM, Martínez Vázquez F. Esclerosis múltiple. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/esclerosis-multiple/#29897>

**Palabras clave:** Primaria. Parestesias. Esclerosis múltiple.