

424/2635 - DOCTOR, DERÍVELA A SALUD MENTAL QUE ESTÁ MUY ANGUSTIADA

P. Medina Durán¹, N. Morales Delgado¹, C. Martín Mañero² y E. Martín Riobóo³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. ³Médico de Familia. Centro de Salud Poniente. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 30 años derivada desde Urgencias a MAP por crisis de ansiedad generalizada de días de evolución. La paciente acudió acompañada por su madre y su hermana. Los familiares comentaban que desde hacía 3 días tenía dificultad para realizar ABVD, para expresarse, levantarse, vestirse o asearse. Referían factor estresante familiar y dificultades económicas durante el último mes. Antecedentes: macroprolactinoma intervenido, hipotiroidismo e hipogonadismo sin tratamiento habitual y glomerulonefritis focal y segmentaria que pierde seguimiento en 2012.

Exploración y pruebas complementarias: Actitud pasiva (sensación de aturdimiento) y con dificultad para concentrarse a la hora de responder a la anamnesis. Paciente consciente, orientada en persona, no en tiempo ni en espacio. Llamativa lentitud motora y bradipsíquica. Palidez de piel (difícil de valorar por la tez pelirroja de la paciente) y también, intensamente, de mucosas. Pruebas complementarias al alcance del profesional de Atención Primaria (AP): PA: 111/71 mmHg, FC: 82 lpm, SatO2: 98%. Exploración neurológica: Pares craneales normales, pupilas iso y normorreactivas. PICNR. Llama profundamente la atención una dismetría bilateral en prueba dedo nariz y disdiacocinesia (movimientos alternantes de manos). Romberg con inestabilidad franca pero sin caída brusca. Fuerza 3+/5 en todas las extremidades (poca colaboración). Sensibilidad conservada. Sin rigidez nucal. Kerning y Brudzinski negativos. Resto normal. Analítica urgente: Hemograma: Hb 4,8 g/dL, leucocitos 705/?L con fórmula normal, plaquetas 286.000/?L. Bioquímica: creatinina 14 mg/dL, urea 245 mg/dL, glucosa 115 mg/dL, CK: 1.939, K: 4,0 mEq/L, Na: 140 mEq/L, PCR: 27. Coagulación: INR: 1, Act TP 100%. Gases venosos: pH 7,2, K: 4,5, HCO3: 10,2. TAC craneal: normal. Ecografía abdominal: riñones atróficos y con mala diferenciación cortico-medular, compatible con nefropatía crónica. Resto normal.

Orientación diagnóstica: Trastorno de ansiedad generalizada. Encefalopatía (a plantear su antecedente de afectación renal, y/o endocrinológica previa). Proceso de ocupación intracraneal.

Diagnóstico diferencial: Ante toda patología psiquiátrica de inicio, se debe prestar atención en descartar siempre antes patología orgánica. Una correcta exploración en AP es fundamental para descartar un proceso orgánico con afectación neurológica.

Comentario final: Debemos prestar atención que ante toda patología Psiquiátrica de inicio descartar siempre antes patología orgánica. Una correcta exploración en AP es fundamental para descartar un proceso orgánico

con afectación neurológica

Bibliografía

1. Moe SM, Sprague SM. Uremic encephalopathy. Clin Nephrol. 1994;42(4):251-6.
2. Seifter JL, Samuels MA. Uremic encephalopathy and other brain disorders associated with renal failure. Semin Neurol. 2011;31(2):139-43.

Palabras clave: Encefalopatía urémica.