



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

333/198 - UN ORIGEN POCO FRECUENTE DE CRISIS DE ANSIEDAD

Á. Arévalo Pardal¹, M. Jaime Azuara¹, R. Álvarez Paniagua¹, R. Talegón Martín², I. Cebrian Ruiz², A. López Tarazaga².

¹Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. ²Médico de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años, no fumador, no bebedor. Síndrome ansioso/depresivo de 4 años de evolución en seguimiento por Psiquiatría. Tratamiento: venlafaxina, quetiapina. Acude a consulta tras episodio de ansiedad con tetania mantenida que precisó atención urgente, sin alteraciones en pruebas complementarias realizadas. Comenta crisis de ansiedad frecuentes con ansiedad de predominio ideico y preocupación de tipo hipocondríaco. Ánimo aplanado sin sintomatología depresiva mayor ni ideación de muerte. Hipersomnia nocturna y somnolencia diurna. Se revisa historia previa : analítica de hace 5 años (dice no haber acudido al resultado) con niveles de vitamina B12 de 52 pg/dl (límite inferior normalidad 200). Normorexia. Funciones intelectuales superiores aparentemente conservadas.

Exploración y pruebas complementarias: General y Neurológica normal. Inventario de Depresión de Beck y Escala de Hamilton negativas para depresión. Test de Alteración de Memoria 47/50. Analítica: hemoglobina 12,6. VCM 110 fl (límite alto 98). Metilmalónico elevado. Anticuerpos anticélula parietal y antifactor intrínseco negativos. Ácido fólico normal. Ionograma, ferrocinética, perfiles hepático y renal normales. Endoscopia digestiva alta: gastritis crónica atrófica. Test de la ureasa negativo.

Juicio clínico: Anemia macrocítica. Déficit de B12 con posibles manifestaciones neuropsiquiátricas.

Diagnóstico diferencial: Causas de déficit de B12: gastritis crónica, cirugía bariátrica, vegetariano/vegano, toma de fármacos que disminuyen la acidez gástrica.

Comentario final: El déficit de vitamina B12 puede generar síntomas neuropsiquiátricos: neuropatía periférica, cuadros mentales orgánicos, síntomas afectivos y psicóticos, degeneración combinada subaguda de la médula espinal y atrofia óptica. Esta diversidad, a veces más deteriorante que otra sintomatología asociada al déficit, hace obligatorio su estudio y tratamiento en procesos psiquiátricos. Los déficits severos deben ser detectados precozmente, filiados etiológicamente y tratados a fin de evitar consecuencias derivadas de los mismos. El inicio precoz del tratamiento suplementario puede llegar a revertir el cuadro psiquiátrico, mejorando la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

Nucifora EM, Basack N. Macrocitosis: causas, diagnóstico diferencial y tratamiento en pediatría y en el adulto. Hematología, 2015; 19: 222-238.

Mendoza C, De la Espriella M. Manifestaciones neuropsiquiátricas del déficit de B12. Rev. Colomb. Psiquiat. 2008; 37(1):129-39.

Palabras clave: Ansiedad, vitamina B12, déficit.