



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

160/1822 - La gota que colma el vaso

M.H. Cáceres Franco^a, C. Terrero Castillo^b, I. Prieto Checha^c y G. Izquierdo Enríquez^d

^aMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. Área Este. ^bMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Monóvar. Área Este. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Zona Este. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años sin antecedentes de interés que acude a nuestra consulta por sintomatología depresiva, conflictiva familiar y laboral, solicitando incapacidad temporal (IT). Se da IT con revisión en una semana. En este periodo de tiempo el paciente empeora su sintomatología, refiriendo además problemas con un vecino, para lo cual trae un video grabado explicativo. Se inicia tratamiento antidepresivo (paroxetina 20 mg/24h, además de alprazolam 0,5 mg/24h) seguimientos periódicos y se deriva al Centro de Salud mental. El paciente no acude a algunas de las visitas de Psiquiatría, la familia se muestra preocupada y refiere empeoramiento clínico así como “aparición de comportamientos extraños”; alucinaciones, encierramiento e hiporexia. Entre tanto el paciente se encuentra en situación de IT desde hace más de 4 meses, con mayor aislamiento social, sus familiares que acuden a diario a su domicilio para llevarle comida, que él rechaza; observan importante descuido personal y desinterés por el cuidado de la casa. Ante un cuadro de vómitos y diarrea agudo se deriva al paciente al servicio de urgencias para valorar ingreso y estudio.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física de urgencias llama la atención un cuadro confusional, con desorientación en tiempo y espacio, lenguaje incoherente, amnesia anterógrada con confabulación, paresia del IV par bilateral, nistagmo vertical a la supraversión de la mirada inestabilidad y ataxia de la marcha. Los hallazgos de la analítica muestran glucosa 217 mg/dl; creatinina 1,24 mg/dl, GOT 241; GPT 135; GGT 1.557; BT 2,05, hemograma Hb 14,4; VCM 101 leuc 19.000 Neut 80,7%. Resto sin alteraciones. TC cráneo normal. Ingresa en la planta de neurología con juicio clínico de encefalopatía de Wernicke y se inicia tratamiento con tiamina, mejorando completamente de la oftalmoparesia. En RNM cráneo se observa atrofia cortical y vermicular, leve retracción subcortical y leucopatía compatible con enfermedad de pequeño vaso; EMG normal; ecografía abdominal con esteatosis hepática, quiste hepático y esplenomegalia. El cuadro clínico mejora paulatinamente dándose alta con recomendaciones de abstinencia total de alcohol y revisiones por el servicio de Digestivo y Neurología.

Juicio clínico: Encefalopatía de Wernicke.

Diagnóstico diferencial: Degeneración cerebelosa alcohólica, mielinólisis central pontina, enfermedad de Marchiafava-Bignami, síndrome de abstinencia alcohólica, intoxicación alcohólica aguda patológica.

Comentario final: El síndrome de Wernicke-Korsakoff es una condición neurológica crónica cuya causa más común y conocida es el déficit de tiamina por tanto la encefalopatía de Wernicke es un síndrome neuropsiquiátrico agudo que debe ser diagnosticado precozmente en la consulta de atención primaria con la ayuda de una historia clínica completa ya que puede ser subdiagnosticada y tratada sólo como patología

psiquiátrica como otras en el seno de patologías orgánicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luis Jiménez M, et al. Medicina de urgencias y emergencias. UpToDate, 2015.
2. Thomson AD. Mechanisms of vitamin deficiency in chronic alcohol misusers and the development of the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Alcohol Alcohol Suppl.* 2000;35:2-7.