



## 242/2686 - ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE EN PACIENTE MALNUTRIDO CON ENOLISMO CRÓNICO

P. Arévalo Frutos<sup>a</sup>, R. Reyes Vallejo<sup>b</sup> y L. Martín Pérez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Occidente. Córdoba. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 60 años. AP: HTA. Síndrome ansioso depresivo. Hábitos tóxicos: enolismo crónico. Divorciado. Vive solo. ILT desde febrero. EA: Remitido por MAP, cuadro de 5 días con discurso incoherente, inapetencia severa con consumo de alcohol conservado, dificultad progresiva de la marcha, caídas e imposibilidad de caminar de forma autónoma.

**Exploración y pruebas complementarias:** Orientado parcialmente en tiempo y desorientado en espacio. Lenguaje con latencia. PPCC: mirada en posición primaria. Sacadas dismétricas. Sistema motor y sensibilidad: Déficit en calcetín MID. Coordinación y marcha: Temblor de intención dedonariz. Dificultad adoptar y mantener bipedestación. Marcha inestable, aumento de base. IQ Psiquiatría: Cumplimiento irregular tratamiento. Alta psiquiátrica, clometiazol si insomnio. GSV: pH 7,48; Na 136; K 3,4; HCO<sub>3</sub> 25. Análisis: Hb 15,4; VCM 110; bilirrubina 2; directa 1,4; AST 95; ALT 53; GGT 758. LCR: eritrocitos 100, leucocitos 0, glucosa 60, proteínas 37, ADA 0. TC cráneo: aumento de espacios extraaxiales. Megacisterna magna. EEG: actividad bioeléctrica cerebral de base de características normales. Ausencia de actividad paroxística. RM craneal: atrofia cortico-subcortical. Algún foco puntiforme hiperintenso en T2 y FLAIR, isquémico crónico. Ante regurgitación: EDA: estenosis de esófago, anillo de Schatzki. Biopsia gástrica: gastritis crónica activa asociada a *Helicobacter pylori*. IQ Rehabilitación: mejoría de equilibrio estático y la marcha. Traslado a centro de daño cerebral adquirido. Prescripción hidroxil 1/24h al alta.

**Juicio clínico:** Encefalopatía de Wernicke.

**Diagnóstico diferencial:** Degeneración cerebelosa alcohólica. Mielinólisis central pontina. Enfermedad Marchiafava-Bignami. Síndrome abstinencia alcohólica. Intoxicación aguda alcohólica patológica.

**Comentario final:** Aportación del caso: 1. Patología aguda o subaguda neuropsiquiátrica debida a déficit de tiamina o vitamina B1. 2. Predominante en pacientes alcohólicos, descartar causas de síndrome confusional. 3. Diagnóstico clínico. Criterios Caine: sensibilidad 85%, precisa 2 (dieta deficitaria, anormalidades oculares, disfunción cerebelosa, alteración de estado mental/memoria). 4. RM prueba complementaria. Edema citotóxico periventricular reversible en primeras 48h con tiamina, hallazgo más característico. Normalidad no permite exclusión. 5. Tratamiento: tiamina. Elección vía iv. No demorar ante sospecha diagnóstica.

## **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
2. Chamorro AJ, Laso FJ. Encefalopatía de Wernicke en el paciente alcohólico. Revista Clínica Española.
3. DTM. Marbán.
4. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

**Palabras clave:** Wernicke. Tiamina. Oftalmoplejía. Ataxia. Conciencia.