



242/3963 - MARISCO, DIARREA Y ATAXIA

J. Cepeda Blanco^a, M. El Sayed Soheim^b, I. Mantiñán Vivanco^b, N. Santos Méndez^c, E. Lino Montenegro^d y M. Carlos González^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Cazoña. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años, sin hábitos tóxicos, sin tratamiento. Consulta el 16/01 con diarrea sin productos patológicos tras haber consumido marisco. La diarrea se limitó en unos 3 días, pero los vómitos continuaron hasta el día 22. Hacia el día 18 comenzó de forma brusca con diplopía binocular en el plano vertical e inestabilidad de la marcha, por lo que vuelve a consulta. Dice que para poder andar tenía que agarrarse. El cuadro clínico no es progresivo y parece haber estado estable desde el inicio. No refiere fiebre ni cefalea. Se deriva a urgencias para estudio, pese a que el paciente se niega alegando solo está “deshidratado”.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado, auscultación normal. Carótidas sin soplos Exploración neurológica: disartria. Hipertropía del ojo derecho. Nistagmo predominantemente horizontal en la mirada lateral derecha. ROT normales. Dismetría-descomposición del movimiento en la prueba I-N y T-R derechas. Marcha inestable, con ampliación de la base. Romberg negativo. Pruebas laboratorio: Proteína C reactiva 0,7 mg/dL, resto normal. TAC: no hay aparentes signos de isquemia aguda, hemorragia ni expansividad. RM: hallazgos compatibles con rombencefalitis. Hiperintensidad de señal en secuencias FALIR y T2 en pedúnculos cerebelosos medios, de predominio en el derecho.

Juicio clínico: Rombencefalitis postinfecciosa de probable origen vírico.

Diagnóstico diferencial: Meningitis, ACVI o ACVH, alteración electrolítica grave, síndromes vestibulares.

Comentario final: El paciente ingresa por un cuadro clínico de ataxia de la marcha y diplopía de inicio subagudo y evolución regresiva, con el antecedente de un episodio de diarrea-vómitos 48 horas antes. El cuadro mejora de manera espontánea, con posteriores estudios microbiológicos e inmunológicos negativos, por lo que se alta. Algo tan banal como una diarrea de días, que sin ser claramente el desencadenante del cuadro neurológico posterior, supone una agregación contemporánea de síntomas de etiología distinta y que debía ser valorado en urgencias, a donde el paciente no hubiera acudido según su criterio.

Bibliografía

1. Sonnevile R, Klein I. Post-infectious encephalitis in adults: diagnosis and management. *J Infect.* 2009;58:321.
2. Tunkel AR, Glaser CA, et al. The management of encephalitis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2008;47:303.

Palabras clave: Ataxia. Encefalitis. Diarrea.