



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4176 - SOSPECHA DE SÍNDROME DE KORSAKOFF EN ATENCIÓN PRIMARIA

T. Luque Barberán<sup>a</sup>, M. Contreras Carrasco<sup>b</sup>, L. Narváez Gómez<sup>b</sup>, S. Bello León<sup>c</sup> y S. López Rodríguez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 63 años seguido en atención primaria por alteración conductual de varios meses. Presenta hábitos tóxicos siendo fumador y bebedor importante. Acude a su médico de familia por presentar ideas incoherentes y descripción de visiones de insectos. Mala comprensión, disminución de agudeza visual y dificultad para la marcha. Niega abstinencia alcohólica, fiebre, convulsiones o clínica respiratoria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. Hemodinámicamente estable. Exploración física normal. Exploración neurológica: desorientado en tiempo y espacio, no signos meníngeos, resto de pares craneales normales. No déficit sensitivo, no clara dismetría, leve amnesia retrógrada y anterógrada selectiva, Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral, no mantiene bipedestación. Se deriva a urgencias para valoración y realizan las siguientes pruebas complementarias: Analítica sanguínea donde destaca hemoglobina 14,5 g/dl, VCM 108,4 fl, plaquetas 112.000. INR 1,19, glucosa 161, BT 2,90, BD 1,40, PCR 1,09, amoníaco 41  $\mu$ mol/l, urea 62 mg/dl, K 2,8 mEq/l, GGT 602, GOT 52U/l. Rx tórax: sin hallazgos significativos. Gases venosos: pH 7,47, pCO<sub>2</sub> 43, bicarbonato 31,3. TAC craneal: hipodensidades de sustancia blanca periventricular de ambos hemisferios de aspecto isquémico crónico y probable relación con enfermedad de pequeño vaso. Ecografía abdomen: esteatosis hepática. Punción LCR: cultivo negativo. Electroencefalograma: brotes de ondas lentas generalizadas.

**Juicio clínico:** Encefalopatía enólica con probable Wernicke-Korsakoff, probable hepatopatía crónica enólica con cirrosis sin hipertensión portal.

**Diagnóstico diferencial:** Epilepsia del lóbulo temporal, encefalitis herpética, hemorragia subaracnoidea, tumores, demencias, síndrome confusional agudo por abstinencia alcohólica o tóxicos.

**Comentario final:** Ante la presencia de datos de encefalopatía alcohólica se decide ingresar al paciente, tratar el episodio de privación y se inicia tratamiento con lactulosa. Se realiza estudio de demencia y con el paciente estable se decide alta y seguimiento de manera ambulatoria. Es muy importante por parte del médico de familia realizar una buena entrevista clínica para poder diagnosticar este tipo de enfermedades y empezar un tratamiento adecuado donde se incluya la disminución de ingesta alcohólica, psicoterapia y la medicación correcta para así evitar los efectos adversos graves y el deterioro físico y psíquico de estos pacientes.

### Bibliografía

1. Overview of the chronic neurologic complications of alcohol. UpToDate.

**Palabras clave:** Encefalopatía. Ataxia. Confabulación.