



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3101 - ¿ESTOY DESORIENTADA!... ¿SERÁ EL ALCOHOL?

C. Pérez^a, M. Izquierdo Roz^b, J. Alfaro González^c, W. Zabala Batista^d, I. Alfaro Abia^e e Y. Sánchez Mejía^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia. ^bPsiquiatra. Salud Mental y Rehabilitación. Yecla. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Juan. Murcia. ^dPsicóloga Clínica. Hospital Reina Sofía. Murcia. ^eEstudiante de Medicina. Universidad Católica San Antonio. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años que consulta en atención primaria por desorientación, astenia, anorexia, pérdida de 15 kg en dos meses, vómitos y debilidad progresiva en las últimas 3 semanas de predominio en miembros inferiores, que le ha hecho caerse en varias ocasiones. Antecedentes personales: hábito enólico moderado. Antecedentes familiares: padre fallecido por Ca de colon y dos hermanos sordos.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Palidez. No adenopatías. ACP: taquicardia a 100 lpm sin soplos. MVC. Abdomen: anodino. Extremidades: normales. No lesiones en piel. Exploración neurológica: bradipsíquica, desorientación temporoespacial. Lenguaje con nominación, dificultad para comprender órdenes complejas. Pupilas IC/NR. Fuerza conservada en MMSS, debilidad 4/5 MII y 4/5 en MID de forma global; ROT simétricos 3/5 en MMSS y abolición de rotulianos y aquíleos, RCP flexor bilateral. Resto normal. Análisis inicial en AP. Hemograma: normal incluyendo VCM y VSG. Bioquímica: TG. GOT y GPT normal. Ferritina 980 (15-150), transferrina 141 (210-350), ácido fólico 1,6 y B12 682. Proteinograma, Rx de tórax y ecografía abdomen normal. Derivada a especializada quien realiza analítica con marcadores tumorales con Ca 19.9: 92. PL normal. RM cerebral: con lesiones hiperintensas en T2 de origen vascular y EMG/ENG: hallazgo congruente con poliradiculopatía inflamatoria de Guillain-Barré. Tras nueva consulta en AP por síndrome depresivo se deriva a psiquiatría para valoración.

Juicio clínico: Síndrome de Wernicke.

Diagnóstico diferencial: Wernicke. Síndrome de Guillain-Barré. Ca de páncreas. Síndrome depresivo. Deterioro cognitivo agudo. Delirium tremens.

Comentario final: La encefalopatía de Wernicke-Korsakoff es una patología compleja, cuyo abordaje diagnóstico inicial compete a MAP, y que siempre debemos sospechar en un paciente con enolismo crónico y clínica de desorientación temporoespacial como el caso de nuestra paciente, en el que una buena anamnesis, tratamiento precoz y derivación a especializada cambian el pronóstico y evitan secuelas irreversibles.

Bibliografía

1. Pitel AL, Zahr NM, Jackson K, Sassoon SA, Rosenbloom MJ, Pfefferbaum A, Sullivan EV. Signos de encefalopatía preclínica de Wernicke y niveles de tiamina Como predictores de los déficits neuropsicológicos en el alcoholismo sin Korsakoff Síndrome. Neuropsicofarmacología. 2011.

Palabras clave: Wernicke. Síndrome de Guillain-Barré. Depresión. Déficit de folato.