



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1611 - TÉTANOS... IMPORTANCIA DEL INTERROGATORIO

L. Santiago Mendoza^a y P. Muñoz^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Denia. Alicante. ^bMédico de Urgencias. Hospital de Denia. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años con antecedentes de HTA y DL, hábitos tóxicos: ex fumador de 1 paquete de cigarrillos/día hasta hace 7 años; vino ocasional. No alergias medicamentosas, no intervenciones quirúrgicas. Medicación habitual: valsartán + HCT 80/12,5 mg/día, AAS 100 mg/día, atorvastatina 20 mg/día, ompeprazol 20 mg/día. Laboral: ex albañil. Trabaja en el campo frecuentemente. Acude por cuadro clínico de 1 día de evolución caracterizado por disfagia súbita, inicialmente para sólidos y ahora también para líquidos. Además, comenta cervicalgia crónica que ha empeorado últimamente. No sensación de cuerpo extraño orofaríngeo. Niega fiebre, sialorrea, no síntomas gastrointestinales, no sintomatología respiratoria, ni síndrome constitucional. Es ingresado para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 167/83 mmHg, pulso: 72 lpm, temperatura timpánica 35,9 °C. Buen estado general, consciente, alerta, orientado. Orofaringe eritematosa, sin exudados, cuello móvil, sin adenomegalias, fosas claviculares libres. MV presente, no agregados, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen no doloroso, no masas, ni megalias. Extremidades sin edemas, pulsos conservados. SNC: no focalidades neurológicas, sin déficit motor o sensitivo aparente. Analítica sanguínea: hemograma normal, glucosa: 92 mg/dL; uremia: 41,4 mg/dL; creatinina: 1,09 mg/dL; PCR: 23,2 mg/L; amilasa: 83 UI/L; bilirrubina total: 1,91 mg/dL; Na: 141 mmol/L; K: 4,6 mmol/L. Coagulación: normal. Orina y Rx tórax sin hallazgos patológicos. ECG: RS a 68 lpm, P normal, PR normal, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Juicio clínico: Tétanos.

Diagnóstico diferencial: Mielopatía cervical, siringomielia, lesiones desmielinizantes, compresión local.

Comentario final: En planta: RM cervical y craneal, TC cuello, gastroscopia, exploración odontológica, neurología y ORL sin hallazgos salvo espasmos de la musculatura esofágica que impiden la deglución. Ante los hallazgos clínicos sin otra posibilidad etiológica se sospecha tétanos y se investiga antecedentes epidemiológicos que son compatibles. Tratado con gammaglobulina, antibioticoterapia, vacuna antitetánica. Requirió monitorización en UCI por 14 días (VM por trismus, traqueostomía temporal). Mejoría clínica y alta hospitalaria. Se recalca la importancia de los antecedentes clínico epidemiológicos para determinar el diagnóstico y manejo adecuado de la patología.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

2. Farreras V, Rozman C. Medicina interna, 17^a ed. Elsevier; 2012.

Palabras clave: Disfagia. Tétanos. Trismus.