



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2105 - LA FIEBRE QUE NO CEDE

Y. Goliney^a, O. Goliney^b, A. Fernández Jou^c y L. Garrote Moren^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera Centro. Talavera de la Reina. Toledo.^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo.^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo.^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Olalla. Talavera de la Reina. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de un paciente varón de 58 años valorado por nosotros en su domicilio por alteraciones del comportamiento. La familia refiere una caída desde una altura de dos metros hace 72h, con posterior desorientación, pérdida de control de esfínteres y alucinaciones visuales. Como antecedentes personales relevantes destaca importante consumo de tabaco de 60 paquetes/año y alcoholismo crónico, Hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica y virus herpes zóster con neuralgia postherpética.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión: 131/78. Frecuencia cardíaca: 72 lpm. T^a 36,4 °C. SatO2 96% ambiente. Glucemia capilar 124. Boca séptica, ausencia de piezas dentarias. Desorientado y agitado. Neurológico: exploración dificultada por falta absoluta de colaboración, con un nivel de atención fluctuante, alternando momentos de lenguaje comprensibles aunque incoherente con mutismos y falta de contacto visual. Movilización espontánea de tronco y las cuatro extremidades. Pupilas mióticas reactivas. Reflejo cutáneo-plantar flexor bilateral. Resto de exploración no valorable. Auscultación cardíaca, auscultación pulmonar y abdomen: sin alteraciones. ECG: RS a 90 lpm, eje normal. Analítica: Ltos. 10.100 (N74%), Hb 12,3, Plq 359.000. Coagulación sin alteraciones. Bioquímica: bilirrubina 0,9, amilasa 164, resto sin alteraciones. Marcadores tumorales: Ca 19.9: 288. Sistémico de orina: 25 leucocitos, nitritos positivos, sedimento con bacteriuria moderada con leucocitos aislados. Radiografía de tórax: sin hallazgos. TC Craneal: Hematoma subgaleal agudo, resto sin hallazgos. Ecografía abdominal: esteatosis, área pancreática no visualizada. TC abdominal: quiste pseudoquiste pancreático. Ecografía endoscópica: pancreatitis crónica con pseudoquiste pancreático, no otras LOEs pancreáticas.

Orientación diagnóstica: Probable pseudoquiste pancreático complicado. Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff.

Diagnóstico diferencial: Cáncer pancreático. Sepsis de origen urinario. Embolia cerebral séptica.

Comentario final: Desde Atención Primaria, y sobre todo en las visitas domiciliarias, es importante un correcto enfoque diagnóstico de los pacientes con alteraciones del comportamiento para poder brindarle la ayuda con mayor brevedad posible, y correcto abordaje familiar para asegurar el bienestar de los pacientes alcohólicos crónicos.

Bibliografía

1. Guardado-Bermúdez F, Azuara-Turrubiates AJ, Ardisson-Zamora FJ, et al. Pseudoquiste pancreático. Revisión y reporte de caso. *Cir Cir.* 2014;82:425-31.
2. Saad Lapka Y, Llorens M. Encefalopatía Wernicke-Korsakoff: Revisión de un caso. *Revista de Patología Dual.* 2015;2(4):24.

Palabras clave: Pseudoquiste pancreático. Wernicke-Korsakoff. Infección de tracto urinario.