



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/688 - LA HISTORIA CLÍNICA, ELEMENTO CLAVE PARA UN DIAGNÓSTICO CERTERO

C. García Victori^a, A. Márquez García-salazar^b y M. Luque de Ingunza^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz. ^bMédico de Familia. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años, fumador de 8 cigarros/día desde hace 20 años, bebedor ocasional, sin AP de interés. Alergia a AAS e ibuprofeno. Sin tratamiento habitual. Acude a Urgencias hospitalarias por intensa odinofagia. Ha estado en tratamiento con antihistamínicos y corticoides, sin mejoría. Había presentado episodios similares que cedían con dicho tratamiento. Refiere disfagia desde hace cuatro días, de inicio a sólidos, actualmente también a líquidos. Náuseas, sin vómitos. Niega pérdida de peso. Refiere sensación de dificultad respiratoria, pero se mantiene eupneico en reposo. Añadido a estos síntomas, iniciándose también hace cuatro días, presenta diplopía. Por ello, acudió a oftalmólogo privado donde se realizó TC sin hallazgos. Posteriormente presenta empeoramiento del estado general, con disnea y decaimiento. Ante resultados inconcluyentes de las pruebas complementarias se interroga sobre consumo alimentario de riesgo, refiriendo ingesta de mejillones en conserva hace unos días. Se contacta con UCI que se hace cargo del paciente dada la rápida evolución y se solicita determinación de toxina botulínica y electromiografía, siendo positivos, por lo que se confirmó el diagnóstico. El paciente requirió ventilación mecánica por parada de musculatura accesoria. Se realizó prueba de hipersensibilidad y se administró tratamiento con antitoxina antibotulínica tras lo cual presentó adecuada evolución, consiguiendo recuperación completa.

Exploración y pruebas complementarias: AC: tonos rítmicos, sin soplos. AP: MVC, sin ruidos patológicos. FO: papila de bordes netos, excavación 0,3, normocoloreada. Mácula sin alteraciones en arcadas vasculares, calibre ni color. Periferia sin lesiones. Expl. neurológica: COC, midriasis bilateral arreactiva a luz y acomodación. Paresia de músculo recto externo de ojo derecho. Diplopía a la versión de mirada a la izquierda, superior e inferior derecha. Romberg negativo, no pérdida de fuerza ni sensibilidad, marcha conservada. Rx tórax, TC cráneo y analítica sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Botulismo.

Diagnóstico diferencial: Guillain Barré, miastenia gravis.

Comentario final: Tanto en atención primaria como en urgencias se sufre una saturación de los servicios debido al sobre uso que se hace de ellos y a las múltiples consultas de patologías consideradas banales. Este hecho hace que puedan pasar inadvertidas patologías con verdadero carácter urgente y que requieren gran atención por parte del profesional clínico, ya que pueden despistar en el diagnóstico. La actualización constante de los profesionales y una historia clínica completa junto con una exploración detallada son, en la

mayoría de los casos clave para dar con el diagnóstico de patologías como la de este caso clínico, que pueden llegar a resultar fatales.

Bibliografía

1. Mandell, et al. eds. Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica, 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2006. p. 2822-8.

Palabras clave: Disfagia. Diplopía. Botulismo.