



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/255 - ALCOHOLISMO Y SUS CONSECUENCIAS

F. Balduvino Gallo<sup>1</sup>, M. Piro<sup>2</sup>, G. Bermejo Alonso<sup>3</sup> y J. Jiménez Jiménez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Santoña. Cantabria. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado-León V. León. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo Urbano. Medina del Campo. Valladolid. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital del Henares. Centro de Salud El Puerto. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 49 años, NAMC, fumador y bebedor muy importante (hepatopatía crónica, episodios de pancreatitis aguda y descompensación hidrópica, gastropatía por hipertensión portal), hipotiroideo, neuropatía n. ciático poplíteo externo, en tratamiento habitual con levotiroxina, espironolactona, pregabalina. Acude a su MAP porque desde hace tres días presenta sensación de debilidad y MEG así como molestias y parestesias en EEII. Afebril, no dolor abdominal, no diarrea ni estreñimiento. No disuria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Normohidratado; hipertrofia parotídea. No *flapping*. ACP anodina. Abdomen no doloroso sin signos de ascitis; puño percusión renal bilateral negativa EEII con edemas y amiotrofia. Somnoliento, orientado pero confuso, disartria. Nistagmo horizontal con la mirada a ambos lados. Fuerza 4/5 en EEII, arreflexia global, hipoestesia e hipopallestesia. Descomposición prueba talón-rodilla. Marcha atáxica inestable con aumento de la base de sustentación, Romberg positivo. Analítica: Na+ 125, resto normal. Orina: leucocituria, bacteriuria, nitritos +; urocultivo: *E. coli*. Tóxicos negativo. Rx tórax y ECG normal. TAC craneal: atrofia cortico-subcortical bifrontal moderada, resto normal. RMN cerebral: hallazgos compatibles con encefalopatía de Wernicke. Estudio neurofisiológico: polineuropatía sensitiva de tipo axonal de intensidad leve; se objetiva afectación de la vía cordonal posterior.

**Orientación diagnóstica:** Encefalopatía de Wernicke. Infección tracto urinario por *E. coli*. Hiponatremia secundaria a diuréticos.

**Diagnóstico diferencial:** Degeneración cerebelosa alcohólica. Encefalopatía hepática. Intoxicación alcohólica aguda patológica. Abstinencia alcohólica. Enfermedad de Machiafava-Bignami.

**Comentario final:** Importancia del diagnóstico (clínico) precoz para instaurar tratamiento endovenoso con tiamina y rehabilitación funcional así como disponer de herramientas para lograr la abstinencia alcohólica. Problemática bio-psico-social que conlleva el alcoholismo.

### Bibliografía

- Chamorro A, Marcos Martín M, Laso Guzmán F. Encefalopatía de Wernicke en el paciente alcohólico. Revista Clínica Española. 2011;211:458-63.
- Laso Guzmán F. Diagnóstico diferencial en medicina interna, 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2018.

**Palabras clave:** Alcoholismo. Tiamina. Encefalopatía.