



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/353 - ATAXIA DE EVOLUCIÓN INCIERTA

C. Jiménez Peiró^a, P. Machado Fernández^a, M. Reyes Castro^b, C. Cossío Álvarez^c, D. Bundó Luque^d y M. Fuentes Leiva^e

^aMédico Residente de 2º año. ABS Martorell. Barcelona. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martorell. Barcelona. ^cMédico Residente de 4º año. ABS Martorell. Barcelona. ^dMédico Residente de 1º año. ABS Martorell. Barcelona. ^eMédico de Familia. CAP Martorell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre, 77 años. Exfumador y enolismo crónico hasta hace 2 meses. EPOC en tratamiento con inhaladores, dislipemia, glaucoma, artrosis. Al entrar en nuestra consulta de atención primaria evidenciamos una discreta alteración de la marcha con aumento de la base de sustentación que según nos explica a continuación es su motivo de consulta. Refiere que desde hace 2 días nota dificultad al deambular y sensación de desviación a la derecha. Niega cefalea, náuseas y vómitos, afebril. Realizamos exploración y solicitamos TAC craneal urgente indicando al paciente que si empeora o presenta nueva clínica debe avisarnos o acudir al hospital. A los dos días hablamos con el paciente que refiere empeoramiento, con mayor dificultad para deambular, inestabilidad y caídas. Ante la progresión de la clínica, derivamos a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: TA 139/78, ACR arritmico, MVC. Neurológico: marcha marcadamente atáxica con ampliación de la base, Romberg no valorable, tándem imposible. ECG: RS con alguna extrasístole SV. Analítica: normal, PCR 14,25. Rx tórax: pinzamiento seno costofrénico derecho. Marcadores tumorales: CEA 5,8 (fumadores 5,5). Serologías VIH, hepatitis B y C, lúes negativas. TAC cerebral/con contraste: normal. RM: leucoaraiosis.

Juicio clínico: Ante el cuadro de ataxia cerebelosa progresiva con resultados de pruebas complementarias dentro de la normalidad se inicia tratamiento con tiamina, B6 parenteral y antiagregación hasta finalizar estudio. Ante la estabilidad neurológica tras inicio de tratamiento, se orienta como degeneración cerebelosa subaguda de probable origen enólico. Se da de alta con caminador y rehabilitación domiciliaria. Tras dos meses de rehabilitación, el paciente presenta una marcha domiciliaria autónoma y extradomiciliaria con ayuda de bastón. En su última visita, el paciente acude a consulta solo y sin bastón, presentando una correcta deambulación.

Diagnóstico diferencial: Intoxicación. Alcohólica-nutricional. Enfermedad de Lyme. Vascular. Infeccioso.

Comentario final: Ante un paciente que aparece en nuestra consulta con nueva sintomatología lo más importante es determinar su gravedad, teniendo en cuenta todos sus antecedentes, incluidos los hábitos tóxicos. En este caso se presenta clínica neurológica, que podría presentar gran impacto en la calidad de vida del paciente si esta no fuera reversible. Desde atención primaria es tan importante la detección y el seguimiento como la prevención para que esto no llegue a suceder.

Bibliografía

2. Aguilar F, Bisbal O, Gómez C. Manual de Diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2013.