



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

452/174 - EL ARTE DE LA ANAMNESIS

D. Comps Almunia, M. González Gimeno, J. Bon Ribera, C. Sarabia Martínez, I. Mar Hernández, E. Barrueco Otero

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Barbastro. Huesca

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 44 años, sin alergias medicamentosas y con antecedentes de eritema nodoso y sarcoidosis, sin tratamiento actual, que acude a Urgencias por presentar cuadro de 5 días de evolución, progresivo, consistente en visión borrosa, sensación de sequedad ocular y bucal, astenia y dificultad para tragar sólidos y líquidos. A su llegada presenta constantes normales.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. Neurológicamente, destacan pupilas isocóricas con respuesta lenta al reflejo fotomotor directo y contracción irregular, diplopía binocular horizontal a la levo y dextroversión de la mirada, objetivando limitación para abducción de ambos ojos. Además, enrojecimiento ocular y sequedad de lengua.

Juicio clínico: Botulismo.

Diagnóstico diferencial: Realizar un buen diagnóstico diferencial ante la patología neurológica a través de una anamnesis completa, encaminando la misma hacia la sospecha clínica que tengamos, para poder llegar al diagnóstico final. Neurológicas: miastenia gravis, síndrome de Lambert-Eaton, síndrome de Guillain Barré, polineuropatía diftérica, ACV troncoencefálico. Infecciosos: Poliomielitis, Picadura de garrafa. Intoxicaciones (organofosforados, atropina, monóxido de carbono o aminoglucósidos). Alteraciones electrolíticas (hipocalcemia e hipermagnesemia). En la historia clínica es importante definir las características de los síntomas, como son aspectos de su localización, el curso y la topografía, diferenciando si es proximal o distal. Es importante conocer si existen antecedentes de traumatismo, contacto con agentes tóxicos o infecciosos, enfermedades sistémicas o endocrinas. La edad de comienzo y los antecedentes familiares son útiles, sobre todo, para definir las formas congénitas o hereditarias. Esto nos permitirá una aproximación diagnóstica.

Comentario final: En primer lugar, realiza una analítica completa, en la cual no existen alteraciones. Además, presenta electrocardiograma con ritmo sinusal. Se realiza tomografía axial computarizada sin hallazgos. Por otro lado, se realiza pick flow con resultado de 250. Por lo tanto, se realiza interconsulta a Otorrinolaringología y Oftalmología, los cuales descartan patología de dichos ámbitos. Se decide ingreso a cargo de Neurología para completar estudio. Se solicita electromiograma y electroneurograma con alteración en el segundo, donde se objetiva leve polineuropatía periférica de carácter axonal de predominio de extremidades superiores. Se completa estudio con tomografía axial computarizada torácica, PET-TAC y RMN cerebral y de órbitas, sin evidenciar patología. Se inicia tratamiento empírico con suero antitoxina y corticoterapia con dacortin en la UCI ante la sospecha de botulismo, ya que en una nueva anamnesis, se incide en los hábitos dietéticos de la paciente, quien refiere ser consumidora de conservas caseras. A las 72

horas, la paciente refiere mejoría sintomática. Para confirmación del diagnóstico, se solicita cultivo y PCR de *Clostridium botulinum* siendo positivos. Tras unos días de tratamiento, la paciente se encuentra con buen estado general y asintomática, por lo que se decide alta con consejos higiénico-dietéticos.

Bibliografía

CDC. Outbreak of type E botulism associated with an uneviscerated, salt-cured fish product-New Jersey, 1992. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1992;41:521-2.

Barr JR, Moura H, Boyer AE, et al. Botulinum neurotoxin detection and differentiation by mass spectrometry. *Emerg Infect Dis.* 2005;11:1578-83.

Sobel J. Botulism. *Clin Infect Dis.* 2005;41:1167-73.

Palabras clave: Botulismo. Diplopía. Disfagia.