



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/346 - LA LOCURA DEL ALCOHOL

I. Rodríguez Buyo^a, A. Rodríguez López^b y L. Rois Donsión^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Culleredo. La Coruña. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. La Coruña. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Elviña. La Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años que consulta por episodio de desorientación, la han encontrado sus vecinos en una pista forestal de noche sin recordar haber salido de su domicilio aunque sí dónde la encontraron. En las 24 horas previas, avisó a los servicios de emergencias porque pensaba que uno de sus hermanos estaba muerto. Ella cree que la han traído porque se escapó de casa, ya que según ella sus familiares querían llevársela junto con su hermano a una residencia sin su consentimiento. Había suspendido de forma brusca la ingesta de alcohol hace 5 días, bebedora activa (una media de 12 cervezas diarias) en su domicilio. Refiere ansiedad, insomnio y alucinaciones visuales en los días previos. Sus familiares relatan tendencia al sueño e inestabilidad de la marcha desde hace dos días. No vómitos. No sudoración. No palpitaciones. Derivamos a Urgencias para completar estudios.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, normotensa y frecuencia cardíaca 92 lpm. Consciente, orientada parcialmente en tiempo y espacio, colaboradora. Temblor distal intencional, menor en reposo. Nistagmo horizontal en varias posiciones de la mirada, no diplopía, no oftalmoparesia. Ilusiones y alucinaciones visuales de tipo zoomórfico e ideación delirante en días previos. Marcha atáxica. Resto de exploración normal. Electrocardiograma y radiografía de tórax normales. En el hemograma destaca un volumen corpuscular medio elevado $104,2 \mu\text{m}^3$ y macrocitosis. En la bioquímica se observa una leve alteración de pruebas hepáticas: GOT 111,0 UI/L, GPT 89,0 UI/L. En TAC cerebral se evidencia moderada atrofia cerebral, sin complicaciones agudas o subagudas. En el MiniMental puntúa 20/30 fallando en las restas y en el test del reloj.

Juicio clínico: Encefalopatía de Wernicke. Probable deterioro cognitivo secundario a etilismo crónico.

Diagnóstico diferencial: Delirium tremens. Abstinencia alcohólica. Encefalopatía hepática.

Comentario final: Se decide ingreso para tratamiento con clordiazepóxido y tiamina intravenosa. Al alta se pauta tratamiento con clordiazepóxido y abstinencia alcohólica. El médico de Atención Primaria es el que ha realizado el diagnóstico de sospecha, posteriormente confirmado, y el que será el encargado de manejar un problema crónico muy prevalente en nuestra población como es el enolismo crónico.

Bibliografía

1. Juen T So. Wernicke encephalopathy. Uptodate, 2017.

Palabras clave: Encefalopatía. Alcoholismo. Wernicke.