



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3002 - Amnesia y ataxia alcohólica

C. García-Giralda Núñez<sup>a</sup>, L. Safioullina<sup>a</sup>, A. Egea Huertas<sup>b</sup>, E. Pérez Pagán<sup>b</sup>, F.J. Fernández Valero<sup>b</sup>, G. Alonso Sánchez<sup>a</sup>, M.J. Fernández Rodríguez<sup>a</sup>, M.M. de la Torre Olivares<sup>a</sup>, P. Rodríguez Lavado<sup>b</sup> y T.R. Álvarez Balseca<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 56 años. Sin RAMC, ansiedad en tratamiento con Lexatin. Fumador 1 paquete/día, bebedor importante de larga evolución. Vive solo; hoy la familia alarmada decide solicitar aviso domiciliario por deterioro progresivo. El paciente refiere debilidad, dificultad para caminar y pérdida de fuerza a nivel distal de ambas manos. Se explica con dificultad y cambia la historia cada vez que es interrogado. El hermano comenta que empezó teniendo parestesias en ambas manos y pérdida de fuerza en MMII distales que ha empeorado progresivamente; y desde hace varios días, afectación de la memoria y desorientación.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 120/80 mmHg, afebril, SO<sub>2</sub> 99%. ACP y abdomen: normal. Neurológico: consciente, desorientación temporo-espacial y afectación de memoria retrógrada reciente y anterógrada. Lenguaje, repetición y nominación conservadas. Pupilas NRIC a la luz, nistagmo horizonte-rotatorio a la derecha, oftalmoparesia bilateral del sexto par. Prueba dedo-nariz sin disimetrías. Temblor postural en ambas manos. Fuerza: MMSS proximal 5/5, mano izquierda 4/5. MMII proximal 5/5. Mm flexor dorsal y plantar pies 0/5. Sensibilidad táctil y vibratoria conservada; hipoestesia en MMII. ROT hipoactivos en MMSS, RCP flexores. Marcha atáxica con ampliación de base de sustentación. BQ: GOT 45; GGT 76. TSH, VitB12 y fólico normales. Serología: VIH, lúes, VHB, VHC negativa. Punción lumbar sin alteraciones. RMN cráneo-dorso-lumbar: sin hallazgos patológicos. ENG-EMG: polineuropatía axonal aguda grave de predominio motor. Se decide ingreso en Neurología. Tras la administración de la primera dosis de tiamina intravenosa, se observa mejoría del trastorno sensitivo y desaparición del nistagmo. Durante su estancia, se evidencia moderada recuperación de la memoria retrógrada y aumento de la fuerza en MMII distales. ROT presentes y simétricos.

**Juicio clínico:** Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff secundaria a la ingesta crónica de alcohol.

**Diagnóstico diferencial:** Deficiencia de tiamina: sida, cánceres, hiperémesis, IC, diálisis. Tirotoxicosis, malnutrición. Polineuropatía axonal. Guillain-Barré.

**Comentario final:** Importancia de la prevención con suplementos de tiamina en pacientes alcohólicos crónicos en AP.

## Bibliografía

1. Campellone JV. Deficiency diseases of nervous system. Bradley's Neurology Practice, 2012.

**Palabras clave:** *Oftalmoparesia. Ataxia. Amnesia. Alcohol. Tiamina.*