

## CASO CLÍNICO: Déficit de tiamina

### Enfermedad Actual:

El paciente fue encontrado en la vía pública por la policía en estado confusional, con desorientación témporo-espacial e imposibilidad de bipedestación ni de deambulaci3n espontánea. Le costaba expresarse oralmente y refería adem3s visi3n doble. Trasladado a Urgencias, estaba estable hemodinámicamente, pero con Tª axilar de 38.2 °C. Se auscultaban crepitantes consonantes en base pulmonar derecha. Abdomen blando con hepatomegalia consistente de 4 cm, sin ascitis. Presentaba un claro deterioro de su estado nutricional, con p3rdida global de masa muscular global. IMC 17. Tenía diversos hematomas en diferentes fases de resoluci3n en tronco y extremidades. En la exploraci3n neurol3gica destacaba una marcada disminuci3n de nivel de consciencia con Glasgow de 12 puntos (rango 3-15). Romberg positivo posterior con ataxia a la marcha y paresia del VI par ocular izquierdo. El test de Romberg positivo, sugiere que la ataxia es sensorial no cerebelar y por tanto, debida a la perdida de la propiocepci3n.

Se observ3 también nistagmus vertical bilateral. Los reflejos osteotendinosos estaban disminuidos en EEII y tenía hipoestesia distal. No presentaba signos meníngeos ni flapping.

En el estudio analítico destacaba 13.500 leucocitos/mm<sup>3</sup>, con neutrofilia 90 % (4 % segmentados) y linfopenia 2 %. Plaquetas 110.000/mm<sup>3</sup>, Hb 111 g/L con VCM 105 fL. Protrombina 65 %, GOT: 67 U/L, GPT 56 U/L, GGT 225 U/L, FA 252 U/L, Bilirrubina 1,9 mg/dL. Proteínas totales de 65 g/L con albúmina 26 g/L. Disminuci3n de pre-albúmina, proteína unida a retinol y transferrina.

En la Radiografía de t3rax existía una condensaci3n alveolar en l3bulo inferior derecho compatible con neumonía aspirativa.

La determinaci3n basal de tiamina plasmática fue de 55.7 nMol/L (15 µg/L). Valores de referencia: 130-266 nMol/L (35-71 µg/L).

### Anamnesis:

Paciente var3n de 52 a3os, fumador de 1 paquete/día. Soltero. Trabajaba de camarero. Refería una historia de consumo excesivo de alcohol iniciada a los 15 a3os, con dosis media de consumo de 80 g/día hasta los 30 a3os, en que se increment3 a 150 g/día, con incremento ocasional durante el fin de semana. Dosis total acumulada de 25,5 Kg etanol/Kg de peso. Había tenido dos episodios de intoxicaci3n alcoh3lica aguda, por lo que había requerido atenci3n médica en urgencias. El paciente nunca acept3 realizar ning3n programa ni tratamiento de deshabituaci3n en3lica.

**Antecedentes Patológicos:**

Refería haberse detectado alteración de biología hepática con moderada citolisis en una analítica de control laboral hacía 5 años, pero no se realizaron posteriores estudios.

Disminución progresiva de ingesta nutricional en el último año, con pérdida de 15 Kg de peso corporal (de 70 Kg a 55 Kg)

**Otros estudios realizados:**

Se realizó RNM craneal que objetivó atrofia córtico-subcortical difusa de predominio en cerebelo, con atrofia de cuerpos mamilares.

En una Ecografía Abdominal se objetivó hepatomegalia irregular sin lesiones focales, compatible con hepatopatía crónica

La determinación de Ac para VHC fue positiva. Serología VHB y VIH negativa.

En el Electromiograma presentaba signos de polineuropatía simétrica sensitivo-motora de predominio distal en extremidades inferiores.

Se inició suplementación de tiamina 300 mg/día parenteral x 3 días y posterior administración oral, además de suplementos proteicos nutricionales y cobertura antibiótica con Amoxicilina-clavulámico 1 g/ iv/ 6 h.

A las 48 h del ingreso el paciente presentó un cuadro de agitación y alucinaciones compatible con *Delirium Tremens*. Requirió traslado a Unidad de Cuidados Intensivos, monitorización, contención mecánica y sedación con Clometiazol y Diazepam.

Tras 7 días de estancia en AVI, se trasladó a sala de medicina donde presentó un curso clínico favorable, con mejoría progresiva de los parámetros nutricionales, corrección del déficit de Vitamina B<sub>1</sub> y mejoría funcional. Se inició rehabilitación motora, y pudo deambular con ayuda a las 3 semanas del ingreso. Se trasladó a un centro de rehabilitación. Se inició programa de soporte a deshabitación alcohólica y tratamiento de su dependencia a alcohol con naltrexona.

**Diagnóstico:**

Inicialmente, se orientó el cuadro como una encefalopatía de Wernicke en un paciente consumidor activo de alcohol

Tras los exámenes realizados se confirmó el diagnóstico de Encefalopatía de Wernicke, asociada a Polineuropatía sensitivo- motora alcohólica, Hepatopatía crónica por alcohol + VHC y neumonía en lóbulo inferior derecho broncoaspirativa.