

CASO CLÍNICO 2

Patología Orgánica

Benjamín Climent Díaz

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholicismo y los otros Tóxicos



Lundbeck



Motivo de ingreso hospitalario

- Paciente de 51 años que ingresa en el servicio de Traumatología con el diagnóstico de fractura espiroidea tibial y peroneal izquierda tras caída casual en su domicilio.
- No recuerda las circunstancias de la caída. Vive solo.
- Refiere que se ha encontrado en el suelo y ha pedido ayuda. No precisa el tiempo transcurrido. Muestra leve ansiedad por lo sucedido y por el ingreso hospitalario. No presenta disnea ni dolor torácico.
- Presenta traumatismo craneoencefálico.

Antecedentes

- Fumador de 40 cigarrillos/día.
- Hepatopatía crónica controlada en el servicio de Digestivo, pero sin tratamiento.
- Hipertensión arterial esencial, en tratamiento con amlodipino 10 mg.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- Profesión: obrero de la construcción, actualmente en paro laboral.
- Fracturas previas: humeral derecha, cuarta vértebra lumbar y costales.
- Neumonía comunitaria en dos ocasiones.
- Varios episodios de bronquitis aguda. Criterios de EPOC.

Exploración física al ingreso

- Consciente, orientado en espacio y tiempo.
- Hematoma fronto-orbitario izquierdo.
- Equimosis postraumática aguda en codo izquierdo, mano junto a equimosis y signos inflamatorios en tobillo izquierdo.
- Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos, sin soplos; ventilan ambos hemitórax, con algunos roncus dispersos y crepitantes en base derecha.
- Abdomen blando y depresible, sin puntos dolorosos, con hepatomegalia de dos traveses de dedo.
- Temperatura: 38°C. TA: 156/100 mmHg. Pulsioximetría: SatO₂: 96%.

PREGUNTA 1

Con la información recopilada en la anamnesis y exploración física inicial, ¿qué datos deberíamos buscar en la anamnesis?

- a) Reacciones alérgicas anestésicas, ya que se trata de una fractura quirúrgica.
- b) La presencia de una infección por el VIH, al tener una hepatopatía presente.
- c) Historial de consumo crónico y actual de alcohol.
- d) Presencia de osteoporosis por los antecedentes de fracturas.
- e) Presencia de osteoporosis por los antecedentes de fracturas de repetición.

Anamnesis y exploración física (I)

- En este paciente hay varios aspectos que orientan a un consumo importante de alcohol:
 - Historial de caídas repetidas con fracturas.
 - Hepatopatía crónica de etiología no definida.
 - Neumonías de repetición.
 - Episodio actual de caída en condiciones no aclaradas con posible pérdida de conciencia.
- La importancia de la detección de pacientes con abuso o dependencia alcohólica es fundamental en la asistencia, puesto que es el primer paso, tanto para implicar al paciente en el tratamiento concreto a iniciar, como para prevenir las complicaciones secundarias.

Anamnesis y exploración física (II)

- El uso de tests que detecten consumos de riesgo y sean fáciles de aplicar son útiles para realizar este cribado inicial. Entre ellos destacan el AUDIT, CAGE, ISCA, RASPS4 o FAST.
- Consumo de alcohol en este paciente: refiere consumo diario de unas 12 UBEs (120 g de alcohol). Refiere disminución en el consumo en los últimos días. Un familiar del paciente, que no convive con él, corrobora consumos “excesivos” de alcohol prolongados.
- Es importante la anamnesis por sistemas para detectar si existen patologías que han llevado a la disminución en el consumo (infecciones, gastritis alcohólica, etc.).
- La presencia de auscultación patológica y fiebre debe orientar hacia la sospecha de infección respiratoria.

Anamnesis y exploración física (III)

- Es necesario descartar la existencia anterior de problemas relacionados con el alcohol (tanto en otros ingresos hospitalarios, si han existido, como en su historial de atención primaria) y la presencia de clínica de privación a alcohol matutina (náuseas, vómitos, sudoración, temblores, etc).
- En el contexto de abuso de alcohol crónico con un episodio de disminución del nivel de conciencia con caída debemos tener en cuenta la posibilidad de intoxicación etílica o crisis comicial por privación de alcohol.

PREGUNTA 2

¿Qué datos en la exploración son importantes para un correcto diagnóstico inicial?

- a) Signos de focalidad neurológica y de la presencia de crisis convulsiva (heridas en la cavidad oral, incontinencia de esfínteres).
- b) Signos de broncopatía crónica reagudizada.
- c) Signos de hepatopatía crónica.
- d) Algas a la exploración de la articulación afectada.
- e) Características de la diuresis del paciente.

Anamnesis y exploración física (IV)

A la exploración del paciente destaca:

- Presencia de arañas vasculares y eritrodermia facial.
- Herida en mucosa oral.
- No nistagmo horizontal.
- No hay signos de focalidad neurológica, incluyendo la ausencia de paresias de pares craneales.
- No parece existir incontinencia de esfínteres.

PREGUNTA 3

¿Qué exploraciones complementarias urgentes solicitaría?

- a) Hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa y etanol en orina.
- b) TAC cerebral.
- c) ECG.
- d) Radiografía de tórax.
- e) Todas las anteriores.

Exploraciones complementarias (I)

Resultados:

- VCM: 102; plaquetas: 80.000; leucocitos: 16.000 (NE 93%); PCR: 14; tiempo de Quick: 100%; urea: 45; creatinina: 1,05; K: 3,9; Na: 138; CPK: 1.100; MB: 15; troponina T: 0,05; pH: 7,35; lactato 4.
- Etanol en orina negativo.
- ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, sin hallazgos patológicos.

Exploraciones complementarias (II)

- Radiografía de tórax:
 - Prominencia del botón aórtico, callos de fracturas costales. Condensación neumónica en base derecha.
- TAC cerebral:
 - Destacan signos de atrofia cortico-subcortical no acordes con la edad del paciente, y un hematoma de partes blandas frontal. No se aprecian lesiones por sangrado ni isquémicas. No hay trazos de fractura.

Exploraciones complementarias (III)

- La presencia de callos de fracturas costales es un dato importante junto a los otros antecedentes de fracturas, indicando frecuentes caídas, habituales en pacientes con abuso crónico o dependencia de alcohol.
- La presencia de neumonía, ya sospechada por los hallazgos clínicos, es también frecuente en los pacientes alcohólicos. Si ha existido disminución del nivel de conciencia hay que plantearse la posibilidad de una broncoaspiración.

Exploraciones complementarias (IV)

- Descartar la presencia de una complicación neurológica (hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea, etc.) por el traumatismo craneoencefálico es fundamental. Este tipo de traumatismo es frecuente en los pacientes con alcoholismo crónico y puede suceder durante la intoxicación etílica como durante una crisis convulsiva por privación.
- Junto a la exploración clínica es necesaria la realización de una TAC.
- Las manifestaciones clínicas pueden ser diferidas en las horas siguientes.

Exploraciones complementarias (V)

- El abuso crónico de alcohol puede conducir a una atrofia cerebral no acorde con la edad del paciente, con el consecuente deterioro neurocognitivo. El diagnóstico es clínico, apoyándose en la realización de pruebas de imagen como la TAC o la RMN.
- El tratamiento es la abstinencia, suplementos vitamínicos y adecuada nutrición. Se han descrito mejorías clínico-radiológicas.

Exploraciones complementarias (VI)

- En la analítica realizada en urgencias destaca la presencia de un VCM elevado, frecuentemente encontrado en pacientes con abuso crónico de alcohol (por efecto tóxico directo y déficit de vitamina B12 y ácido fólico)
- La trombopenia producida por efecto tóxico directo del alcohol, al margen de la observada en la hepatopatía crónica con hipertensión portal, es bastante frecuente y se resuelve con la abstinencia.
- La elevación de las enzimas musculares con negatividad de las troponinas T y elevación el lactato orientan a la existencia de una crisis comicial, junto a la presencia de lesiones en cavidad oral.

Exploraciones complementarias (VII)

- La presencia de leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda debe ser investigada para descartar un proceso infeccioso o inflamatorio.
- La normalidad del pH descarta la presencia de una acidosis alcohólica, junto a la clínica (ausencia de náuseas y vómitos, taquipnea, etc.).

PREGUNTA 4

Con la información conocida hasta este momento, ¿cuál sería la actitud terapéutica más adecuada en este paciente?

- a) Solicitar valoración preanestésica e intervenir quirúrgicamente la fractura lo antes posible.
- b) Ingresar al paciente en el hospital, solicitar valoración por el servicio de Digestivo, solicitar una ecografía hepática y serologías para virus hepáticos y VIH. Administrar tratamiento analgésico y programar la intervención quirúrgica.
- c) Realizar un electroencefalograma, iniciar tratamiento antiepiléptico y avisar al servicio de Neurología.
- d) Iniciar tratamiento de prevención del síndrome de privación a alcohol de forma concomitante a otras medidas diagnóstico-terapéuticas previas a la intervención.
- e) Ingresar al paciente, solicitar valoración al servicio de Hematología, realizar un estudio de la trombopenia, administrar tratamiento analgésico sin incluir salicilatos ni AINE y programar la intervención quirúrgica.



Actitud terapéutica (I)

- La prevención del síndrome de privación a alcohol o tratamiento de desintoxicación consiste en la cesación del consumo en un paciente dependiente bajo supervisión médica. El objetivo será evitar la aparición de sintomatología de privación a alcohol.
- La aparición no planificada sucede al cesar abruptamente o disminuir el consumo.
- En los pacientes con dependencia alcohólica que ingresan en un hospital por patologías agudas, existe un riesgo importante de aparición de este síndrome, pudiéndose haberse iniciado de forma previa al ingreso.

Actitud terapéutica (II)

- Es necesaria la evaluación al ingreso para administrar el tratamiento de prevención.
- Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones la dependencia no ha sido diagnosticada previamente.
- Es muy importante la valoración del consumo de alcohol y de los problemas relacionados con el mismo en la práctica clínica habitual. El uso de escalas sencillas de valoración es importante en la práctica clínica.
- El síndrome de privación a alcohol no planificado puede confundirse con otros cuadros clínicos; es una complicación aguda que requiere de estrecha supervisión médica y presenta considerable morbimortalidad.

PREGUNTA 5

¿Qué pauta terapéutica administraría en este paciente al ingreso hospitalario?

- a) Tiamina por vía parenteral.
- b) Diazepam por vía oral o intravenosa según valoración con escala CIWA-Ar.
- c) Corrección de déficits nutricionales, hidroelectrolíticos y vitamínicos (Mg, K, Cl, Na, ácido fólico, vitamina B12 y B6, etc.).
- d) Anticonvulsivantes (pregabalina, oxcarbazepina, levetiracetam) asociados a la benzodiacepina y otros fármacos coadyuvantes como tiaprida o haloperidol solo si no hay control del cuadro clínico.
- e) Todos los anteriores.



Tratamiento (I)

- El tratamiento con benzodiazepinas es el de elección para la prevención y tratamiento del síndrome de privación a alcohol.
- El diazepam es preferible al disponer de la vía oral e intravenosa.
- Es preferible dar pautas adaptadas a la sintomatología en lugar de dosis fijas.
- El lorazepam y el oxazepam son preferibles en hepatopatías crónicas con riesgo de encefalopatía hepática, al no ser metabolizados a nivel hepático.
- Disminuir progresivamente la dosis.

Tratamiento (II)

- En insuficiencia respiratoria crónica hay que intentar evitar las benzodiacepinas, si es posible, o utilizarlas a la menor dosis posible. En estos casos es muy útil utilizar fármacos anticonvulsivos, tiaprida o haloperidol.
- El clometiazol no presenta actividad anticonvulsiva y es metabolizado a nivel hepático, con riesgo además de depresión respiratoria.
- Aunque son utilizados como coadyuvantes en el tratamiento, tanto si hay crisis epilépticas como para la disminución de la dosis de benzodiacepinas, no existen suficientes evidencias sobre el efecto de los fármacos anticonvulsivos en el síndrome de privación a alcohol.

Tratamiento (III)

- La tiamina debe ser utilizada por vía parenteral en los primeros días y al principio del tratamiento. Siempre previa a la infusión de sueros glucosados al ser un cofactor en la metabolización de la glucosa y existir un déficit frecuente de tiamina.
- Es importante mantener un adecuado balance hidroelectrolítico y soporte nutricional.
- En situaciones de delirium tremens todo el tratamiento y la nutrición serán parenterales.

Evolución clínica (I)

- Con el juicio diagnóstico de crisis convulsiva por privación de alcohol junto a los diagnósticos ya referidos, se ingresó al paciente. Al ingreso la puntuación en la escala CIWA-Ar era de 10 (temblores, ansiedad, sudoración).
- Se administró tratamiento con perfusión intravenosa de diazepam a dosis de 40 mg en 500 cc de glucosado al 5%, a ritmo variable de infusión (21-40 ml/h) según la clínica evaluada por escala CIWA-Ar.
- Se administró tratamiento coadyuvante con tiamina, antiepilépticos, fluidoterapia oral, suplementos minerales y vitamínicos.

Evolución clínica (II)

- Se difirió la intervención quirúrgica varios días, hasta la resolución del síndrome de privación a alcohol. Concomitantemente se realizaron los tratamientos para las diferentes patologías (antibioterapia, antitérmicos-analgésicos, broncodilatadores, heparina de bajo peso molecular, inmovilización, etc.).
- En los días siguientes el cuadro clínico mejoró, desapareciendo la sintomatología de privación a alcohol.
- Se realizó un descenso progresivo del tratamiento.
- La intervención quirúrgica transcurrió sin complicaciones, con alta en los días posteriores y resolución de la infección respiratoria.

PREGUNTA 6

Antes del alta y en el momento de la misma, ¿cree indicada alguna de las siguientes afirmaciones?

- a) No hace falta realizar ninguna acción porque el cuadro clínico se ha resuelto. Recomendarle al paciente la abstinencia de alcohol y tabaco.
- b) Explicar al paciente la patología presentada y remitirlo al dispositivo especializado en tratamiento de alcohol de su comunidad.
- c) Continuar con la pauta de tratamiento de deshabituación, iniciando fármacos anticraving junto al tratamiento en pauta descendente.
- d) Solicitar ecografía hepática, densitometría ósea, RMN cerebral y EEG para el estudio de la patología asociada al abuso crónico de alcohol.
- e) Son ciertas B y C.

Seguimiento

- La realización de estudios complementarios para valorar la patología orgánica asociada al abuso crónico de alcohol se debe individualizar en cada caso y momento, pudiéndose diferirse posteriormente al alta.
- En este paciente habría que realizar un estudio densitométrico por probable osteoporosis asociada, y reevaluar la hepatopatía crónica con la abstinencia a alcohol (analítica completa con bilirrubina, GGTP, etc., y ecografía hepática).
- La realización de un EEG no es imprescindible y en las crisis convulsivas por privación de alcohol es normal.
- Se debe realizar intervención en tabaquismo desde el ingreso hospitalario.

Bibliografía

- Alcoholismo. Guías Clínicas basadas en la evidencia científica. SOCIDROGALCOHOL 2013. 3ª edición.
- Monografía sobre Alcoholismo. SOCIDROGALCOHOL. 2012.