

## Botulismo por conservas caseras.

Alonso García, MC.

*Licenciada Especialista Sanitario en Medicina de Familia y Comunitaria. C. S. Puerta Nueva. Zamora.*

Ferrero Mato, S.

*MIR de MFyC. C. S. Puerta Nueva. Zamora. Unidad Docente de Zamora.*

Pérez Antón, S.

*Licenciada Especialista Sanitaria en Medicina de Familia y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital de Aranjuez. Madrid.*

Cobos Pérez, L.

*Licenciada Especialista Sanitario en Medicina de Familia y Comunitaria. Emergencias Medina del Campo. Valladolid.*

Pérez del Val, M.

*Licenciado Especialista Sanitario en Medicina de Familia y Comunitaria. C. S. Parada del Molino. Zamora.*

Email: [carmenmedicina@gmail.com](mailto:carmenmedicina@gmail.com)

### RESUMEN

**Objetivo:** descripción de un caso de botulismo por ingesta de conservas caseras.

**Material y método:** presentamos el caso de una paciente de 66 años que acude al Servicio de Urgencias refiriendo diplopia y sensación de mareo de 12 horas de evolución, con una exploración física y pruebas complementarias normales, por lo que se le da el alta con diagnóstico de "diplopia a estudio" y se recomienda tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 mg, así como cita con Servicio de Neurología. Tras 24 horas, acude de nuevo al Servicio de Urgencias por persistencia de la diplopia, acompañada ahora de disartria y disfagia. Reinterrogada, se averigua que 48 horas antes había presentado un episodio de vómitos y diarrea, y que uno de sus hijos padeció el mismo episodio, así como visión borrosa (en estudio por Servicio de Oftalmología), lo que hace pensar en una intoxicación alimentaria, con clínica neurológica, tipo botulismo. Se preguntó a la paciente y familiares sobre la posibilidad de ingesta de algún alimento defectuoso, y afirmaron consumo por parte tanto de aquélla como de sus dos hijos de una conserva

casera. Ingresó en el Servicio de Neurología con diagnóstico de posible botulismo alimentario.

**Resultados:** Se remitió la muestra alimentaria sospechosa donde se confirmó presencia de toxina botulínica.

**Conclusiones:** se trata de una intoxicación alimentaria por conservas de elaboración casera, donde la anamnesis juega un papel muy importante a la hora de elaborar un diagnóstico diferencial minucioso que nos permita alcanzar el diagnóstico final: el botulismo alimentario, cuya baja incidencia en nuestra área geográfica (Castilla y León) y cuyas manifestaciones clínicas, sobre todo al inicio del cuadro, suelen ser bastante inespecíficas y hacen que muchas veces no tengamos en cuenta esta posibilidad diagnóstica en el Servicio de Urgencias.

### PALABRAS CLAVE

Intoxicación Alimentaria. Conservas caseras. Botulismo alimentario.

**ORIGINAL**

## INTRODUCCIÓN

El botulismo es un cuadro neurológico, infeccioso, causado por la neurotoxinas producidas por la bacteria *Clostridium botulinum*. El mecanismo por el que se produce la enfermedad es un bloqueo irreversible de los canales del calcio de los terminales sinápticos de todas las neuronas colinérgicas, impidiendo la liberación de la acetilcolina en la placa motora. La forma más frecuente de contagio es la intoxicación alimentaria. En nuestro país concretamente, por la ingestión de alimentos en conserva de elaboración casera y, menos frecuentemente, de embutidos procedentes de matanzas domiciliarias.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 66 años de edad, mujer, casada y con dos hijos. Como único antecedente hipertensión arterial en tratamiento con irbesartán/hidroclorotiazida. Realiza una primera consulta en el Servicio de Urgencias, refiriendo diplopia y sensación de mareo de 12 horas de evolución, sin fiebre ni cefalea, pérdida de conocimiento, sensación de giro de objetos, náuseas, vómitos, ni otra clínica acompañante.

La exploración física y las pruebas complementarias realizadas en ese momento resultan normales, incluida valoración por Oftalmología, quien reconoce que la diplopia no es de origen oftalmológico. Es dada de alta con el diagnóstico de diplopia a estudio, se recomienda tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 mg/24 h, y se cita en la consulta de Neurología. Tras 24 horas, acude de nuevo a nuestro Servicio, por persistencia de la diplopia acompañada ahora de disartria y disfagia, sobre todo para sólidos. La exploración física revela diplopia, junto con defecto de la acomodación y de la convergencia, midriasis arreactiva, disartria y disfagia, sin alteraciones motoras y unas constantes normales: tensión arterial 130/87, frecuencia cardiaca 85 lpm, Sat O<sub>2</sub> 96%, temperatura 36,8°C. En cuanto a las pruebas complementarias, el ECG, la radiografía de tórax y abdomen y las pruebas analíticas (hemograma, bioquímica, ionograma y coagulación) fueron normales. Se realizaron dos TAC craneales, uno en cada visita a Urgencias, que muestran como único dato de interés una leucoarariosis discreta y

una imagen puntiforme e hipodensa en tálamo izquierdo.

Haciendo una anamnesis más detallada, se averiguó que unas 48 horas antes, había presentado un episodio autolimitado de vómitos y diarrea, y que uno de sus hijos padeció este mismo episodio, seguido de visión borrosa (que continúa en el momento actual, por lo que está siendo estudiado por Oftalmología), lo que nos inclinó a pensar en una posible intoxicación alimentaria con clínica neurológica, tipo botulismo. Se interrogó de nuevo a la paciente y a sus familiares sobre la posibilidad de ingesta de algún alimento defectuoso: verduras, conservas, etc., refiriéndonos el consumo por parte de la paciente y de sus dos hijos de una conserva casera (pimientos asados). Con todo esto, fue ingresada en Neurología, con el diagnóstico de posible botulismo alimentario, habiendo planteado un diagnóstico diferencial en el Servicio de Urgencias al inicio del cuadro con ictus; alteraciones metabólicas como la hipocalcemia, intoxicación por CO, setas, organofosforados; y en la forma más grave y avanzada de la enfermedad, con miastenia gravis y Síndrome de Guillain-Barré (así como su variante de Millar-Fisher). A las pocas horas del ingreso, la paciente experimenta un empeoramiento clínico, con aparición de dificultad respiratoria y desaturación, que precisa atención en UCI, donde tras la administración de dos dosis de antitoxina, la paciente experimenta una mejoría progresiva hasta encontrarse asintomática. Sus dos hijos, con clínica similar, también ingresaron en planta de Neurología. Se enviaron muestras de sangre de la paciente y de uno de sus hijos, al Instituto Valenciano de Microbiología. La inoculación de suero a los ratones de laboratorio resultó negativo, sin excluir el diagnóstico (la obtención de sangre se hizo cuando la toxina llevaba cinco a seis días circulante). Se remitió la muestra alimentaria sospechosa (pimientos asados embotellados), donde se confirmó la presencia de toxina botulínica en la muestra.

## DISCUSIÓN

El hecho de que habitualmente los alimentos contaminados apenas alteren sus características organolépticas hace que los pacientes afectados los tomen sin sospecha y no suelen referirlo como antecedente de riesgo en la anamnesis posterior. Esto, unido a la baja incidencia en nuestra área geográfica (en Castilla y León se declararon únicamente seis casos entre los años 2008 a 2010), a las manifestaciones clínicas, que sobre todo al inicio

del cuadro suelen ser bastante inespecíficas y a la duración del periodo de incubación (desde 18-36 h hasta varios días), hacen que muchas veces los médicos de Urgencias no tengamos en cuenta esta posibilidad diagnóstica. Además, el botulismo no es una enfermedad "uniforme" en sus formas de presentación, pero sí puede ser grave, precisando en ocasiones soporte ventilatorio. La mortalidad alcanza el 7.5%. Deberíamos pensar en este diagnóstico ante pacientes que consultan por cuadros anticolinérgicos, de predominio oftálmico, sin alteración mental y sin clara causa desencadenante, más todavía si se acompañan de síntomas orofaríngeos y de debilidad, principalmente con un patrón descendente. El diagnóstico definitivo se escapa al Servicio de Urgencias ya que se realiza con la identificación de la toxina en sangre o en heces, o se detecta en el alimento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bugarín González R, Galbán Rodríguez C, Martínez Rodríguez JB, et al.. ¿Habrás dado de alta algún caso de botulismo?. Emergencias. 1999;11:151-153.
2. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2010. Madrid, 2012.
3. Moreno Izco I. Botulismo. En: Pinillos MA, coordinador. Libro Electrónico de Temas de Urgencia [internet]. Pamplona: Servicio Navarro de Salud; 2008 [acceso 19 de febrero de 2013 ]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/12.Infecciosas/Botulismo.pdf>