

# Alerta alimentaria: Intoxicación botulínica

Marta Castellana<sup>1</sup>, Beatriu Conca<sup>2</sup>, Amelia Fernández<sup>2</sup>, Joaquim Estella<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Resident MFIC, <sup>2</sup>Metge Adjunt Servei d'Urgències. SSIBE. Hospital de Palamós.

Nom autor: Marta Castellana

Lloc de treball: SSIBE. Hospital de Palamós

Data recepció: 09.10.2016

Data acceptació: 07.11.2016

mail: martacaste@gmail.com

Forma de citació: Castellana M, Conca B, Fernández A, Estella J. *Alerta alimentaria: intoxicación botulínica*. ReMUE.c@t 2017;4(2):15-16

**MOTIVO DE CONSULTA:** Consultan por malestar general, vómitos tras ingesta alimentaria el día previo.

## ANTECEDENTES PERSONALES:

Paciente 1: Alergia a Pirazonas. Fumador de 20 cigarros/día.

Paciente 2: No hábitos tóxicos. No alergias medicamentosas conocidas.

Migraña, asma alérgica y diarrea crónica.

Medicación habitual: Triptizol, Fluticasona

Ventolin, Mebendazol y Trilombrin

## ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente 1: Hombre de 48 años, refiere cuadro de inestabilidad y náuseas de instauración progresiva en las últimas 24 horas, sin otros síntomas acompañantes.

Paciente 2: Hombre de 54 años, refiere cuadro de 24 horas de evolución de malestar general, náuseas, vómitos, inestabilidad de la marcha y fotofobia.

Ambos compañeros de profesión, explican que el día previo en comida de trabajo, ingieren junto con 6 compañeros, un bote de judías en presumible mal estado y bacalao. El resto se encuentran asintomáticos.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente 1: TA:160/100 mmHg; FC : 93 lpm; Tax: 35.5 °C; FR: 20 x/min.

Buen estado general, normohidratado y normocoloreado. *Ausc CV y pulmonar* y neurológico: normal. *Abdomen:* anodino salvo peristaltismo aumentado.

Paciente 2: TA: 122/87 mmHg, FC: 80 lpm Tax: 36°C, FR: 20 x min

Buen estado general, normohidratado y normocoloreado. *Ausc cardiopulmonar y abdomen:* normal. *Neurológico:* Consciente, orientado en espacio y tiempo. No signos meníngeos. Intensa fotofobia que dificulta la exploración visual, pares craneales normales, fuerza, tono, sensibilidad y coordinación conservadas. Marcha no explorada por malestar del paciente.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN URGENCIAS

Paciente 1 y 2: Analítica de sangre, Rx de tórax y ECG: todas sin alteraciones

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL en Urgencias

Paciente 1:

1.- Gastroenteritis aguda infecciosa; 2.- Vértigo

Paciente 2:

1.- Gastroenteritis aguda infecciosa; 2.- Migraña; 3.- Diarrea crónica. Parasitosis.

## EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS FUERA DE URGENCIAS

Ante el buen estado general del Paciente 1, la normalidad de la exploración y de las pruebas complementarias, se orienta como intoxicación alimentaria inespecífica y se da de alta con pautas de dieta, hidratación y signos de alarma.

Al Paciente 2 se le trata con metoclopramida ranitidina y sueroterapia, pero continua con malestar, fotofobia, mareo y debilidad generalizada. Refiere sequedad bucal y dificultad para pronunciar las "R" (que según familiar no presentaba previamente). Se administran 80mg de Urbasón ante sospecha de incipiente

angioedema. Presenta deterioro progresivo con aparición de ptosis bilateral, disminución del reflejo fotomotor bilateral y parálisis de los músculos oculomotores. Se sospecha junto a M.Interna y Neurología de intoxicación botulínica. Se contacta con hospital de referencia y se realiza traslado.

Se contacta con paciente 1 y se traslada en ambulancia a urgencias, donde ya se objetiva, inestabilidad, ptosis palpebral bilateral, pupilas poco reactivas y parálisis de músculos oculomotores sin dificultad respiratoria manteniéndose estable hemodinámicamente. Se traslada también a hospital de referencia.

Ante la sospecha de intoxicación por Botulismo se alerta a Sanidad y se envían muestras para detección de toxina y el bote de judías para análisis. Desde el hospital de referencia se solicita suero equino de Antitoxina Botulínica

Los dos pacientes son ingresados en UCI .Se administran dos dosis a ambos pacientes de antitoxina trivalente (A, B y C) Behring.

El **paciente 1** a las 24h precisa intubación orotraqueal por insuficiencia respiratoria. Un mes después recupera fuerza muscular permitiendo retirar la ventilación y se traslada a la planta de neurología aún con sonda nasogástrica, vesical y cánula de traqueostomía. En las semanas siguientes presenta buena evolución pudiendo ocluir traqueostomía e iniciar deglución con buena tolerancia, aunque debido a íleo paralítico que sufre, precisa colocar de nuevo sonda nasogástrica pudiendo ser retirada los días posteriores, sin nueva complicación.

Deambula de forma progresiva con la rehabilitación. Presenta RAO tras retirar sonda vesical, por lo que es valorado por urología que descarta mediante urodinamia atonía vesical secundaria al botulismo, pudiendo retirar de nuevo el sondaje vesical con correcta respuesta miccional.

Sufre traqueobronquitis por *E. Aerogenes* tratada con Levofloxacino e infección por *Pseudomona* en secreciones y urocultivo tratada con Colistina y Fosfomicina.

Se da de alta a domicilio después de 1 mes y 15 días con completa recuperación a excepción de disfagia a líquidos. Actualmente paciente recuperado, continúa de baja en tratamiento con logopeda por disfagia y dificultad para el habla.

El **paciente 2** precisa el mismo día de ingreso en UCI intubación orotraqueal por insuficiencia respiratoria. Lenta mejoría de la miopatía con desaparición de la focalidad neurológica y con buen balance muscular, pero no tolera desconexión de la ventilación mecánica. Realiza varios intentos fallidos de destete, secundarios a atelectasia izquierda y secreciones con *Pseudomona Aeruginosa* multiresistente y *S.aureus* precisando reapertura de traqueostomía y reintubación. En TAC realizado hace 1 semana persiste atelectasia basal y derrame pleural izquierdo asociado. Actualmente continúa en fase de destete.

#### DIAGNÓSTICO FINAL:

**BOTULISMO**

#### DISCUSIÓN:

Con la presentación de éste caso queremos destacar la importancia de la pronta sospecha desde el Servicio de Urgencias de la infección por toxina botulínica dada su baja incidencia pero su alta mortalidad si no se instaura tratamiento de soporte temprano. También poner de relevancia la actuación en equipo, ante la sospecha de una toxiinfección alimentaria y la coordinación con los diferentes agentes implicados.

#### BIBLIOGRAFÍA

OMS. Botulismo:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs270/es/>

Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Brot de Botulisme:

<http://salutpublica.gencat.cat/ca/detalls/Article/Brot-de-Botulisme-informacio-actualitzada>

Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

<http://www.aesa.msc.es>

Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Octava edición. El Servier España. Capítulo 247 (Páginas 2917-2922)