Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3903

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4137 - ESTATUS EPILÉPTICO SECUNDARIO A SUPRESIÓN DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTE ANCIANO

M. Varela Patiño[a], R. Ruiz Merino[a], I. García Álvarez[a], S. Peña Lozano[b], A. Portela Martín[c] y V. García Vesga[d]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 77 años que acude a consulta por cefalea opresiva de 2 días de evolución y “sensación de ruido en la cabeza”. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. En tratamiento con metformina, olmesartán y flurazepam. Recientemente había consultado por olvidos desde hacía 4 meses, derivada al servicio de medicina interna decide suspender flurazepam y se añade venlaflaxina y trazodona. Durante la consulta se observa a la paciente desconexiones de 2 minutos de duración etiquetadas como crisis epilépticas parciales simples de novo, se envía al servicio de urgencias donde entra en estatus epiléptico no convulsivo.

Exploración y pruebas complementarias: Desconexión del medio que no responde a estímulos verbales ni responde al dolor, movimientos de parpadeo y mioclonías en ambas extremidades superiores. Se realiza TAC craneal donde se visualiza discreta leucoaraiosis, Resonancia magnética craneal normal. Electroencefalograma: ondas lentas delta bilaterales de predominio en hemisferio izquierdo. Analítica: sin alteraciones destacables. Líquido cefalorraquídeo normal.

Juicio clínico: Estatus epiléptico parcial complejo no convulsivo de novo probablemente secundario a supresión de psicótropo.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis vírica, encefalitis límbica, ictus, tumor cerebral…

Comentario final: Las crisis epilépticas aparecen de forma brusca e inesperada, tanto en los pacientes con epilepsia conocida como en aquellos con una crisis de inicio. Pueden presentarse en cualquier lugar, situación y con una duración breve o prolongada den forma de estado epiléptico; por lo tanto, todos los médicos que atienden urgencias deben estar familiarizados con las actuaciones que deben llevarse a cabo, ya que una actuación inadecuada puede tener consecuencias irreparables. Los factores precipitantes más comunes son abandono o supresión brusca de fármacos psicótropos, deprivación de sueño o alteraciones metabólicas.

Bibliografía

1. Lv RJ, Wang Q, Cui T, Zhu F, Shao XQ. Status epilepticus-related etiology, incidence and mortality: A meta-analysis. Epilepsy Res. 2017;136:12-7.
2. Wylie T, Murr N. Seizure, Status Epilepticus. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2017.
3. Cheng S. Non-convulsive status epilepticus in the elderly. Epileptic Disord. 2014;16(4):385-94.

Palabras clave: Estatus epiléptico. Estatus epiléptico no convulsivo. Anciano.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.