Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):599

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/533 - MAREO Y ALUCINACIONES

B. Fandiño García, S. Parra Román, D. Ferreiro González, R. Calzada Benito, M. Martínez Álvaro y R. Egatz Wozniak

Médico de Familia. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 21 años Antecedentes personales y familiares sin interés salvo PNA mayo 2014. No hábitos tóxicos. Nacida de embarazo con varias amenazas de aborto (hasta 5º mes), parto vaginal inducido, postérmino, no instrumental. Desarrollo psicomotor normal. No TCE, meningoencefalitis ni crisis febriles en la infancia. Estudia turismo, conduce. Refiere 10 episodios diurnos estereotipados el último año de un minuto, se inician con sensación de pérdida inminente de conciencia, debilidad generalizada, sin cortejo vegetativo; seguido de sensación extraña, como recuerdos de hechos recientes o pasados o ensoñaciones; posteriormente náuseas y malestar epigástrico. No movimientos anormales de extremidades ni automatismo orales.

Exploración y pruebas complementarias: EF normal incluyendo FO y exploración neurológica básica. Analítica (incluido TSH, B12 y fólico) normales. Derivada preferente a neurología: EEG de vigilia normal. RM lesión temporal medial izquierda sugerente de cavernoma (10 × 10 × 7 mm segmento intermedio del hipocampo) con pequeño sangrado perilesional antiguo. EEG con privación de sueño actividad de fondo de características normales. Anomalías de probable etiología epileptiforme de escasa persistencia en regiones frontocentrales. Durante hiperventilación, elemento agudo dudoso en región temporal derecha.

Juicio clínico: Epilepsia de origen estructural (cavernoma) con crisis de semiología temporal.

Diagnóstico diferencial: Probables crisis focales con alteración parcial del nivel de conciencia vs crisis conversivas.

Comentario final: Neurología pautó Zebinix 800/24h Recomienda método anticonceptivo adicional, (disminuye la efectividad de ACOs). No conducir hasta un año sin crisis. Elaborar calendario de crisis. La paciente inicialmente no sigue el tratamiento por miedo a los efectos secundarios y falta de conciencia clara de enfermedad (se trabajó en consulta en varias citas). Tres meses después solicita tratamiento porque ha sufrido crisis tónico-clónica presenciada por familiares. Tras iniciar el tratamiento no presentó crisis. Se implantó DIU y suspendió ACOs. Ha sido valorada en neurocirugía descartando de momento el abordaje quirúrgico. Un 0,5% de la población tiene cavernomas, solo el 30% dan síntomas y de ellos solo el 30% es epilepsia y el 25% problemas neurológicos. Las causas principales de epilepsia de inicio entre 18-35 años son TCE, alcoholismo y tumores cerebrales.

Bibliografía

1. Mercadé JM. Guía oficial de la SEN de práctica clínica en epilepsia, 2012.
2. Awad IA, Robinson JR. Cavernous Malformations and Epilepsy. Cavernous Malformations. 1993:49-63.

Palabras clave: Mareo. Cavernoma. Alucinaciones.

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