Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2414

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3240 - ESTATUS EPILÉPTICO

F. Galan Marín[a], A. Blanco Mora[b], I. López Macías[c], I. Conesa Pedrosa[d], C. Bellido Moyano[c] y J. Luque Domínguez[b]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra. Córdoba. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón inglés de 52 años que estando de vacaciones en Priego presenta dos episodios de rigidez generalizada de varios minutos de duración sin respuesta a estímulos. A la llegada de DCCU se encuentra confuso, con tendencia a la somnolencia y a la llegada al Hospital presenta un episodio de movimientos tónico-clónicos generalizados con respuesta parcial a diazepam rectal. NAMC. Sin enfermedades de interés. No hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias: Glasgow 9-10. En la exploración pupilas mióticas reactivas. Episodios de rigidez con crisis convulsivas tónico-clónicas reiteradas que se establece como status epiléptico sin respuesta a tratamiento con diazepam, perfusión de valproico y primera dosis de carga de fenitoína. TA 116/58. Saturación O2: 94%. ACP: rítmico a buena frecuencia sin soplos. MVC. Ante el deterioro neurológico se intuba al paciente. Analítica con hemograma, bioquímica (glucosa 145) con transaminasas, LDH y CK y coagulación dentro de la normalidad. pH: 6,89. No tóxicos en orina. TC craneal: LOE frontal parasagital derecha compatible con oligodendroglioma como primera opción. Se deriva a HURS en helicóptero para seguimiento y tratamiento definitivo por Neurocirugía. El paciente permanece intubado durante 24 horas con vigilancia intensiva y retirada bien tolerada tras control de la sintomatología. Se completa estudio con RMN craneal: Gran masa frontal con edema de 50 mm de diámetro mayor. Es intervenido quirúrgicamente con postoperatorio con alucinaciones auditivas que se resuelven con tratamiento médico. Alta hospitalaria. Sigue actualmente tratamiento: dexametasona 4 mg en pauta descendente pantoprazol 20, risperisona 1 mg, clometiazol 1 mg/12 horas, valproico 500 mg/8 horas y analgesia si precisa. Anatomía patológica: astrocitoma.

Juicio clínico: Astrocitoma.

Diagnóstico diferencial: Epilepsia, síncope, AIT, trastornos del movimiento, abuso de tóxicos, trastornos psicológicos o del sueño, LOE intracraneal.

Comentario final: Ante una crisis convulsiva de novo en paciente adulto se debe descartar causa tóxico metabólica subyacente así como psicógena y realizar TAC craneal para descartar proceso intracraneal. Asimismo iniciar tratamiento para control de la sintomatología. En estado poscrítico se debe valorar nivel de conciencia, situación respiratoria y cardiovascular por si precisa medidas de

soporte.

Bibliografía

1. Espinosa-Jovel CA; Sobrino-Mejía FE. Aproximación clínica a una primera crisis epiléptica en adultos. Rev Neurol. 2014;58:365-374.
2. Carrato-Moñino C, Ariza A. Oligondedrogliomas: Características morfológicas y alteraciones moleculares. Rev Neurol. 2012;44:353-9.

Palabras clave: Epilepsia. Tumor cerebral. Astrocitoma.

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