



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/165 - DE CONVULSIÓN EN CONVULSIÓN

D. San José de la Fuente¹, S. López Santos², M. Esles Bolado³, O. Casanueva Soler⁴, R. Maye Soroa⁵, M. Alonso Santiago⁵, M. Cobo Rossell⁶, P. López Alonso Abaitua⁷, L. Rodríguez Vélez⁸, L. Salag Rubio²

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Torrelavega. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Interna Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Torrelavega. ⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ⁸MIR Medicina de Familia. Área de Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 26 años que fue traído al servicio de urgencias por convulsión. En sus antecedentes personales destacaba un episodio previo de convulsiones 4 meses atrás, que fue estudiado por el servicio de neurología y se clasificó como crisis parcial compleja secundariamente generalizada, con EEG donde se objetivó una mínima anomalía focal no significativa y se inició tratamiento con levetiracetam 1.000 mg 0,5-0-1. El paciente se encontraba como entrenador en un partido de fútbol y según refieren los testigos, sufrió un desvanecimiento con rigidez, seguido de movimientos convulsivos generalizados de 1 minuto y medio de duración, y periodo poscrítico con aturdimiento, astenia y amnesia del episodio. No refería relajación de esfínteres. No mordedura de lengua. El día previo había presentado cuadro compatible con gastroenteritis aguda, por lo que había pasado "mala noche", con malestar estomacal y dos vómitos de contenido alimentario y esa mañana una deposición líquida sin productos patológicos. Comentó que la semana pasada habló por teléfono con su neurólogo, que informó sobre resultado de RMN que fue normal, y le indicó que podría dejar la medicación o continuar tomándola, según su elección. El paciente refirió que llevaba 36 h sin tomar la medicación. Negaba consumo de tóxicos. Refería estrés emocional durante las últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a urgencias el paciente se encontraba asintomático. Las constantes eran normales, excepto T^a de 37,3 °C. Se realizó una exploración física incluyendo neurológica y una analítica sanguínea con bioquímica y hemograma que fueron normales. Se recogió muestra para niveles de fármaco en sangre. Se decidió alta a domicilio y se indicó que retomara la medicación y acudiera a consulta de control con su neurólogo. A las 5h el paciente acudió de nuevo a urgencias. Según refería su padre, nueva crisis convulsiva generalizada, de 1 minuto de duración. El paciente tenía amnesia del episodio y astenia intensa, sin otra sintomatología. Se repitió la exploración y las pruebas complementarias, añadiendo tóxicos en orina, que fueron normales. Se realizó interconsulta con neurología que recomendó aumento de dosis de levetiracetam a 1.000 mg 1-0-1 y nueva cita en consultas externas. Dado que el paciente tenía una prueba de imagen reciente (RMN) no se realizaron otras pruebas complementarias.

Juicio clínico: Crisis comicial.

Diagnóstico diferencial: Síncope, AIT, migraña con aura, distonías, convulsión febril, temblores, ataques de pánico, estados dissociativos, trastorno conversivo, pseudocrisis, encefalopatías tóxicas y metabólicas, fenómenos endocrinos paroxísticos, etc.

Comentario final: En este caso tenemos un paciente de 26 años, que había tenido un único episodio convulsivo y estaba en tratamiento con fármacos anticonvulsivantes. Ante un EEG poco concluyente, pruebas de imagen (RMN) normales y ausencia de nuevas crisis, su neurólogo había dado la opción de cesar el tratamiento y ver evolución. Sin embargo, se dieron muchas circunstancias que pudieron desencadenar la nueva crisis: febrícula, gastroenteritis, deprivación del sueño (debido a la gastroenteritis), cese de toma de medicación y situación de estrés emocional.

Bibliografía

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.