



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/968 - Crisis convulsiva y agitación como síntoma de neoplasia cerebral

J.D. Moreno Macías^a, A.B. Bárcena Atalaya^b, M.R. Martos Castello^c, E.M. Ortega Hidalgo^d y M.M. Carricando Avivar^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de Valme. Sevilla. ^cMédico Residente de 2^o año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 46 años con antecedentes de hipertensión arterial tratado de forma intermitente y dolores articulares tratados con AINEs. Realizan aviso domiciliario a centro de salud por haber presentado durante el sueño nocturno una crisis tónica seguida de clonías de miembros superiores, acompañado de relajación esfinteriana, trismus mandibular y cuadro confesional poscrítico, en el cual presenta episodio de agitación requiriendo sedación e intubación orotraqueal, derivándolo a urgencias hospitalarias. No refieren fiebre ni síntomas infecciosos, pero comentan cefaleas occipitales de 5 meses de evolución en tratamiento con analgésicos habituales.

Exploración y pruebas complementarias: Normotenso, afebril con saturación de oxígeno del 98% con tubo endotraqueal conectado a ventilación mecánica asistida. Exploración cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos. Exploración neurológica: pupilas isocóricas y reactivas, con movilización de las 4 extremidades con apertura ocular a la llamada, con intensa agitación al despertar. Estando en urgencias, y tras recuperar nivel de conciencia, se retira intubación orotraqueal, con respiración espontánea. Se realiza analítica, radiografía de tórax y electrocardiograma sin presentar alteración, junto a TAC de cráneo observándose lesión temporal izquierda, intraparenquimatosa, iso-hipodensa de 38×29 mm con calcificaciones toscas y curvilíneas, sin realce interno tras la administración de contraste intravenoso; discreto edema perilesional y cierta compresión de asta temporal de ventrículo izquierdo. Durante su ingreso, se realiza extirpación de la lesión con toma de biopsia, en la que se confirma la existencia de oligodendrogioma.

Juicio clínico: Crisis convulsiva con síndrome confusional poscrítico secundario a oligodendrogioma temporal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Etiología tóxico-metabólica, hidroelectrolítica, vascular, infecciosa (tuberculosis, toxoplasmosis).

Comentario final: La importancia de este caso radica en la alta prevalencia de consultas por cefalea en atención primaria, las cuales pueden tener causa funcional y orgánica, de larga y corta evolución, y no debemos descartar la organicidad hasta no realizar pruebas complementarias de neuroimagen que nos ayuden al diagnóstico, ya que se nos pueden escapar lesiones cerebrales o enfermedades que causen dicha clínica, y debuten con complicaciones clínicas como en este paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoon J, Ho Kyu, et al. Neuronal tumors of the central nervous system: radiologic findings and pathologic correlation. Radiographics. 2002;22:1177-89.
2. Van den Bent MJ. Diagnosis and management of oligodendroglioma. Semin Oncol. 2004;31(5):645-52
3. Sanson M, Aguirre-Cruz L, Cartalat-Carel S, Hoang-Xuan K. Oligodendrogliomas: an update on basic and clinical research. Curr Neurol Neurosci Rep. 2003;3(3):223-8.