Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):63

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1512 - Stroke mimic. Epilepsia que simula un ictus

U. García Azcarate[a], C. Martínez Esquiroz[b], V. Martos Fábrega[c], A. Ostolaza Ibáñez[d], C. Laserna del Gallego[d], T. Falcón Abad[e] y E. Mediavilla Oteiza[a]

[a]Médico Residente. Centro de Salud Chantrea. Pamplona. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mendillorri. Pamplona. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mutilva. Pamplona. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. San Sebastián. Guipúzcoa.

Resumen

Descripción del caso: Avisan por mujer de 73 años. AP de meningioma temporoparietal derecho intervenido hace 7 años (sin secuelas), anticoagulada con Pradaxa por FA. Valorada en domicilio refieren sus familiares se la han encontrado en el suelo, con relajación esfinteriana y dificultad para expresar el lenguaje. No mordedura lingual. No hay testigos. Bajo sospecha de ACV vs crisis convulsiva se remite a Urgencias como Código Ictus.

Exploración y pruebas complementarias: EF: estable. Afebril. Consciente, orientada, lenguaje disártrico. Agitación psicomotriz. Sin afasia. MOEs normales. Campimetría por amenaza normal. Parálisis facial central izquierda. Déficit motor a 4/5 en ESI. Extinción sensitiva hemicorporal izquierda. NIHSS: 6. TAC: craneotomía temporoparietal derecha, área compatible con porencefalia en relación con cirugía previa. Resto sin alteraciones. AngioTAC: permeabilidad de las arterias del polígono de Willis. No se observan anomalías en troncos supraaórticos. Eje vertebrobasilar permeable. ECG: FA. AS y estudio neurosonológico sin alteraciones. A pesar de sospecha de ACV no se realizó fibrinolisis endovenosa por estar anticoagulada con NACO (lo había tomado hacía 12h). Tampoco se realizó endovascular por no confirmar oclusión arterial proximal en angioTAC. EEG a las 24h, durante su ingreso en la UI: foco lento fronto-temporal derecho con actividad epileptiforme sobreañadida.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Juicio clínico: Epilepsia sintomática. Epilepsia parcial secundariamente generalizada.

Diagnóstico diferencial: Migraña con aura, síncope, ACV, encefalopatía hipertensiva, hipoglucemia, brote de esclerosis múltiple, infecciones del SNC, vértigo posicional, alteraciones metabólicas, tumor cerebral, hemorragia cerebral, hematoma subdural, angiopatía cerebral amiloide, mielopatía compresiva, síndrome conversivo...

Comentario final: Podemos concluir del caso clínico expuesto que no toda focalidad neurológica aguda es sinónimo de ACV. Según datos del CHN el 6% de los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus son diagnosticados de síndromes que simulan ictus. No obstante, ante la detección de signos y síntomas de ictus en el medio extrahospitalario, ha de realizarse traslado inmediato del paciente a un hospital con UI.

Bibliografía

1. UpToDate.
2. Gibson LM, Hanby MF, Al-Bachari SM, Parkes LM, Allan SM, Emsley HC. Late-onset epilepsy and occult cerebrovascular disease. J Cereb Blood Flow Metab. 2014;34:564-70.
3. Tsivgoulis G, Zand R, Katsanos AH, Goyal N, Uchino K, Chang J, et al. Safety of intravenous thrombolysis in stroke mimics: prospective 5-year study and comprehensive meta-analysis. Stroke. 2015;46:1281-7.

Palabras clave: Stroke. Diagnosis.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.