



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3501 - Cuasi-ahogamiento y neumonía aspirativa en paciente epiléptica

M. Molina Gracia^a, G. Navarro Lorenzo^b, F.M. López González^c y R. Sevilla Becerra^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huercal de Almería. Almería. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Plaza de Toros. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años. NAMC. MC: crisis epilépticas repetidas en piscina con pérdida de conciencia y aspiración. AP: Médicos: prematura con hemorragia intraparenquimatosa. Crisis convulsivas febriles en la infancia. Epilepsia con crisis parciales complejas automotoras. Ulegiria occipital bilateral. Bajo CI. Quirúrgicos: implante de estimulador del nervio vago izquierdo (2015) con generador de impulsos en zona axilar izquierda. Tratamiento activo: carbamazepina 800 mg (1/12h), acosamida 200 mg (1/12h), primidona (1/8h), omeprazol 20 mg(1/24h), Buccolam tras segunda crisis, acetazolamida 250 mg perimenstrual. Enfermedad actual: paciente epiléptica portadora de ENV (estimulador del nervio vago) que ha sufrido una crisis con desconexión y pérdida de conciencia (sin convulsión) mientras se bañaba en una piscina, motivo por el cual ha aspirado agua hasta que su padre ha conseguido reflotarlo. Posteriormente al citado episodio ha tenido dos crisis más, con recuperación de conciencia entre las mismas. Actualmente cefalea poscrítica, tos, vómitos y disnea junto con sensación de nueva crisis evitada al activar el ENV.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente CyO, BEG, normohidratada y normoperfundida, Glasgow 15. Tª 37,4 °C. SatO2: 88% con oxigenoterapia. 22 rpm. TA: 120/80. ACR: 100 lpm. Tonos rítmicos, no soplos ni ruidos patológicos. MVC con roncus dispersos acentuados en base pulmonar derecha. Leve crepitancia basal derecha. Neurológica: PINR, no signos de focalidad, pares craneales conservados. ROT normales. Fuerza y sensibilidad conservadas en MMSS y MMII, no disimetrías. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. MMII: no edemas ni signos de TVP. Se palpan pulsos simétricos. Rx tórax: infiltrado aludonoso bilateral de predominio derecho. Gasometría: pH 7,45, pO2: 61, pCO2: 32, HCO3: 21,7, SatO2: 91%. Hemocultivo: negativo.

Juicio clínico: Neumonía multilobar aspirativa. Se instauró tratamiento empírico tras ingreso; (amox-clav 10 días), aerosolterapia y prednisona oral.

Diagnóstico diferencial: Síncope, crisis asmática, atragantamiento por cuerpo extraño, ACVA, SCA, hipoglucemia, crisis hipotérmica, crisis de pánico.

Comentario final: Queda patente la importancia de la vigilancia en sus actividades de la vida diaria del paciente epiléptico refractario a tratamiento.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed. Elsevier.
2. Navarro Campoamor J. Urgencias Domiciliarias: Guía rápida de actuación.
3. Fauci AS, et al, eds. Harrison's principles of internal medicine, 17ª ed. New York. McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: Epilepsia. Neumonía. Aspiración. ENV.