



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



212/1465 - Doctor, mi suegra está ausente

J. Santos Romera^a, F. Soriano Gómez^b, F.J. Roquette Mateos^c, J.L. Almenara Abellán^d, J.J. Castro Moreno^e, I. Gómez Bruque^c, J. Segovia Rodríguez^c y C. Bravo Lucena^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla del Pino. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Córdoba. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 79 años, con AP de HTA, DM. Tratamiento con AAS 150 mg, citalopram 10 mg, metformina 850 mg, telmisartan/HCT 40/12 mg. Acude a consulta de DCCU por presentar tres episodios de minutos de duración de náuseas, malestar general, refiere “tener el cuerpo ardiendo”. Comenta el familiar que presenta estos cuadros desde hace meses pero se han incrementado. No pérdida de conocimiento, no relajación de esfínteres, recuperación inmediata. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Exploración física: BEG, COC, normohidratado y normoperfundido. Eupneico. Afebril. Exploración neurológica: PICNR, no alteración de pares craneales, Romberg negativo, no alteración de la marcha, fuerza y sensibilidad de extremidades conservada, no signos meníngeos. ACR: Tonos rítmicos con buena frecuencia, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Tras evaluar al paciente y encontrarse estable hemodinámicamente sin alteraciones en la exploración y asintomático, se descarta urgencia y seguimiento por su médico de atención primaria. Al tramitar el alta el paciente presenta episodio de desconexión, lenguaje incoherente y sin responder a estímulos. Menos de un minuto de duración sin estado postcrítico, ni otra clínica. Derivo a HURS donde le realizan los siguientes estudios: Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación donde solo se aprecia CK: 2.314. EKG: rimo sinusal 87 lpm, eje normal, no alteraciones agudas a la repolarización. TAC craneo: proceso expansivo de probable origen extraaxial en línea media anterior a región supraselar de unos 5 × 4,3 × 3 cm isodensa y con calcificaciones periféricas. Abundante edema frontal bilateral que provoca desplazamiento de estructuras de la línea media. No se observan imágenes de sangrado.

Juicio clínico: Crisis parciales complejas secundario a meningioma frontal.

Diagnóstico diferencial: Errores congénitos del desarrollo, anoxia cerebral, traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, enfermedades infecciosas, trastornos metabólicos, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, tóxicos.

Comentario final: Es importante destacar la importancia de una correcta anamnesis intentando

orientar el cuadro y que el paciente sea preciso al describir los síntomas. En este caso inicialmente no se observó ninguna sintomatología de urgencias hasta que se presentó el cuadro, por lo que es importante interpretar los datos que nos refiere el paciente que nos ayuden a establecer el diagnóstico junto a la exploración.

Bibliografía

1. Cañadillas Hidalgo F, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Molina Nieto T. Crisis epilépticas. En: Jiménez Murillo L, coord. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2010:401-9.

Palabras clave: *Crisis comicial. Neoplasia.*