



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

## 242/3731 - ¡URGENTE, PRIMERA CONVULSIÓN!

B. Coll Bas<sup>a</sup>, A. Nofan Maayah<sup>b</sup>, K. Baldeón Cuenca<sup>c</sup>, N. San Miguel Martín<sup>d</sup>, P. Bermúdez Martí<sup>e</sup> y M. Santos Gravalosa<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bezana. Barcelona. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Llanes. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 29 años, acondroplasia congénita con elongación de huesos largos, no otro antecedente de interés. Estando en reposo, refieren movimientos tónico-clónicos generalizados con cianosis perioral, autolimitados de 3-5 minutos de duración. La paciente refiere conciencia durante el episodio. Como pródromos, sensación de hipotonía lingual. A la llegada de los Servicios de Emergencias, se encuentra poscrítica. Describe los últimos 3 meses episodios autolimitados de sabor metálico en la hemiboca derecha, con "adormecimiento" de la lengua y hormigueo. Niega discinesias previas, consumo de tóxicos y deprivación del sueño.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: TA 115/78, FC 87 lpm, SatO2 97%, FR 15 rpm, GC 105. Consciente y algo confusa, con discreta disartria. HD estable, eupneica, afebril, AC rítmica sin soplos, AP murmullo vesicular conservado. Pulsos distales + y simétricos. Pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales normales, fuerza 5/5 global, no claudica en Barré, menígeos negativos, pruebas cerebelosas normales. PC en Urgencias: hemograma con discreta leucocitosis. Bioquímica, Rx tórax y ECG sin alteraciones. Tóxicos en orina negativos. TAC craneal: lesión ocupante de espacio en lóbulo temporal derecho, dependiente de tejido glial, de 1,2 cm de diámetro mayor, con gran edema perilesional, comprimiendo discretamente ventrículo derecho.

**Juicio clínico:** Crisis parcial secundariamente generalizada por LOE cerebral.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis parcial secundariamente generalizada por: LOE cerebral (pródromos indicativos). Por alteración vascular/hipoglucemia (crisis parciales)/tóxicos/deprivación del sueño/alteración hidroelectrolítica (crisis generalizadas)... (no antecedentes referidos ni síntomas indicativos). Por infección herpética (localización temporal de la actividad epileptiforme). Síncope convulsivo (pródromos indicativos de crisis).

**Comentario final:** Se realizó biopsia confirmando estirpe tumoral: glioblastoma multiforme. Se realizó intervención quirúrgica con exéresis lesional, programando a la paciente para recibir radioterapia posterior. El glioblastoma es el tipo de tumor cerebral primario más común (12-15% de las neoplasias intracraneales), más invasivo (historia clínica inferior a 3 meses) y mortal de los tumores. Incidencia de 2-3 casos/100.000 hab/año, más frecuente entre los 45 y los 70 años. Con afectación más frecuentemente temporal, en el 30% de los casos, hasta 1/3 pacientes presentan crisis epilépticas que conllevan al diagnóstico. Pésimo pronóstico, con 1,8% supervivencia a los 3 años.

## Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000697.htm>
2. <https://es.slideshare.net/monchspnch/crisis-epilepticas-parciales>
3. <http://www.brainlife.org/classification/who2000.htm>
4. <http://es.oncolink.org/profesionales-de-la-salud/universidad-de-oncolink/general-oncology-courses/md2b-casos-electronicos/tumor-de-cerebro-glioblastoma-multiforme-loobulo-frontal>

**Palabras clave:** Crisis parcial. Pródromos bucales.