



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1777 - AGITACIÓN Y DISTARIA EN VARÓN DE 74 AÑOS

A. Rotaru^a, A. Marquina García^b, M. Talavera Utrera^c, M. Flores Ortega^d y P. Sánchez-Seco Toledano^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara Sur. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara Sur. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud GUSUR. Guadalajara. ^eMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años, con AP de HTA en tratamiento con enalapril/HCT, bebedor de 3-4 cervezas al día, es traído en UVI-móvil a urgencias por cuadro de disartria y agitación de una hora de evolución, sin pérdida de conocimiento.

Exploración y pruebas complementarias: En urgencias, agitado con fijación de la mirada, con balbuceo. No otros datos significativos. Constantes dentro de límites normales. Con las pruebas complementarias de urgencia (laboratorio, Rx, TAC cerebral sin y con contraste, PL), no se encuentra una causa.

Juicio clínico: Posible encefalitis a filiar.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis infecciosa. Traumatismos cerebrales (principalmente del lóbulo frontal). Tumores cerebrales/metástasis. Encefalopatía (hepática, anóxica, urémica, hipertensiva). ACV. Trastornos metabólicos, trastornos psicóticos.

Comentario final: El paciente venía traído por el UVI-móvil y se le habían pautado 8 mg de midazolam (3+3+2), llegando en el box de urgencias con leve agitación con oxigenoterapia con VMK. En el box de urgencias el paciente presenta progresivamente más agitación, que no cede con administración de midazolam (3+3), por lo cual para la realización de pruebas complementarias (TAC cerebral) necesita sedación (se usó propofol) e IOT. Luego, el paciente se traslada a UCI, donde estuvo 48h sedado, con un intento de despertar a las 24h, con nuevo cuadro de agitación, por lo cual se realiza nueva sedación. Después de 48h de evolución se procede al despertar al paciente que se encuentra en buen estado general, con amnesia del episodio. En las pruebas realizadas durante el ingreso la única alteración encontrada fue hipomagnesemia (0,7), por lo cual el diagnóstico final: Encefalitis aguda por hipomagnesemia. La encefalitis es una condición clínica que, aunque poco frecuente, crea mucha ansiedad en familiares de pacientes y personal médico, debido a la gravedad que acompaña frecuentemente a esta entidad, llevando incluso a la muerte en pocas horas y a las secuelas que puede producir. Es una situación de emergencia clínica y un reto diagnóstico para el médico. El tratamiento temprano de la encefalitis puede disminuir el riesgo de muerte y las secuelas. Protección de las vías aéreas, perfusión cerebral, control de las convulsiones, y el manejo del paciente comatoso, podemos decir que son la clave del tratamiento.

Palabras clave: Encefalitis. Hipomagnesemia.