



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

482/659 - ¿QUÉ FUE PRIMERO LA CRISIS O EL GOLPE?

A. González Zerega, S. Morán Barboza, P. Ávalos Palacios y S. Marrero Koteva

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara 5-Los Manantiales. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 30 años sin antecedentes de interés. Sufre accidente de bicicleta con pérdida de conocimiento, acompañante relata no haber visto mecanismo de caída, le encuentra segundos después inconsciente y con movimientos tónico-clónicos, respiración ruidosa, que duran entre 5 y 10 minutos. En valoración in situ lleva casco, el cual está íntegro, presenta importante agitación psicomotriz, afasia y descoordinación motora. No responde a órdenes sencillas y difícil contención física.

Exploración y pruebas complementarias: Evaluación inicial: A: Vía aérea permeable. B: auscultación normal. Sat O₂ 95%. C: Buen relleno capilar. TA 130/67 mmHg, FC 83 lpm. D: Glasgow 9/15. Agitación psicomotriz. E: pulsos periféricos normales. En urgencias Hospitalarias: Se mantiene Glasgow inicial, se procede a intubación orotraqueal. Analítica leucocitosis con desviación izquierda. Ácido láctico plasma: 16 mmol/L (0,5-2,2) pH venoso: 7,14 (7,32-7,43) Bicarbonato: 13 mmol/L (21-28). Cannabinoides orina positivos TAC cerebral: leve edema de partes blandas periorbitario. Paciente es derivado a Unidad de neurocirugía de Toledo.

Orientación diagnóstica: Inicialmente, impresiona de TCE moderado, durante su estancia presenta episodio compatible con crisis comicial. Nos planteamos que sea la crisis el desencadenante de la caída y la agitación psicomotriz, un estado poscrítico. Presentó leucocitosis, acidosis metabólica y tóxicos en orina. No tenía daño estructural que justifique la alteración neurológica. Dado que persiste bajo nivel de conciencia y agitación psicomotriz, se inicia sedación, relajación y se procede a intubación.

Diagnóstico diferencial: TCE moderado. Crisis convulsiva. Intoxicación por tóxicos. Accidente cerebrovascular. Trastornos endocrinometabólicos. Síndrome de abstinencia. Encefalitis.

Comentario final: El signo que orienta el diagnóstico y manejo es la alteración neurológica, se descarta causa orgánica. Debido a la evolución, se diagnosticó de crisis comicial y precisó manejo en UVI, posteriormente el estudio con EEG fue normal. Fue dado de alta con anticonvulsivantes en pauta descendente, actualmente asintomático y sin tratamiento. Pese a pruebas complementarias muchas veces no es posible un diagnóstico definitivo.

Bibliografía

1. Goena J, Arrieta M. Paciente agitado. Guía de actuación en urgencias. Clínica Universitaria de Navarra, 2018.
2. Asensio Asensio L. Pérdida de conciencia. Síncope y coma. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. SEMFYC ediciones. Barcelona, 2008. p. 235-46.

3. García Álvarez MJ. Agitación psicomotriz. Actualización de “ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias”. Ediciones Cadernos. Volumen 18. p. 73-77.

Palabras clave: Traumatismo. Agitación psicomotriz.