



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/138 - CRISIS CONVULSIVA EN DOMICILIO

I. Bengoa Urrengoechea¹, S. García Moreno¹, A. Bermúdez Smith², J. Santaolalla Felices¹

¹Médico en emergencias sanitarias. 061 (Riojasalud). La Rioja, ²Médico EAP. C.S. Alberite. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Aviso a domicilio por crisis convulsiva de un minuto de duración que se ha repetido en 2 ocasiones en un varón de 70 años, sin antecedentes de interés. Durante la exploración presenta tres nuevos episodios de desconexión del medio, con rigidez generalizada, movimientos tónicos sin pérdida de control de esfínteres, que recupera de forma espontánea y completa pasados 30-40 segundos. El paciente refiere encontrarse mareado sin otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, se encuentra consciente, orientado, normohidratado y normocoloreado, con pupilas isocóricas normorreactivas, eupneico y afebril; con movimientos oculares sincrónicos sin nistagmo. Pares craneales sin alteraciones; exploración de fuerza y sensibilidad sin déficit, sin alteraciones de la marcha ni el equilibrio, ni disimetrías. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos; auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y glucemia dentro de la normalidad. Ante la sospecha de un estatus epiléptico se inicia dosis de carga con ácido valproico intravenoso y se solicita UVI móvil. A la llegada de la UVI móvil se realiza electrocardiograma (ECG), apreciándose bloqueo completo auriculoventricular (AV) con pausas de asistolia que se corresponden con las crisis.

Juicio clínico: Se descarta origen neurológico y se establece como causa las pausas de asistolia en el contexto de bloqueo AV. Se coloca marcapasos transcutáneo y se deriva al servicio de urgencias hospitalarias en unidad de soporte vital avanzado.

Diagnóstico diferencial: Epilepsia, hipoglucemia, infección del sistema nervioso central, accidente cerebrovascular, tumor cerebral, consumo de tóxicos, síndrome de privación alcohólica o tóxicos, síncope, crisis conversivas, cardiopatía (síndrome de QT largo, síndrome de Stokes-Adams).

Comentario final: A nivel práctico, todo paciente que a nuestra llegada esté convulsionando puede tener un estatus epiléptico, y debe tratarse como tal. Ante un cuadro clínico de crisis convulsivas de características atípicas, hay que plantearse un posible origen no neurológico del cuadro e intentar confirmarlo o descartarlo con los medios disponibles para el médico de atención primaria. La actitud diagnóstica ante una crisis epiléptica debe incluir siempre la realización de un ECG para descartar la posibilidad de una crisis de Stokes-Adams, fundamentalmente en pacientes ancianos, y un síndrome de QT largo.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.

García Medina E, Valiente Abarca F, Negrón Blesa ML. Urgencias y emergencias extrahospitalarias, 2ª ed. Castilla-La Mancha: Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM; 2014.

Perales Fraile I, Moya Mir MS. Actuación en urgencias ante una crisis convulsiva en adultos. Emergencias. 2005;17:S83-S89.