



264/227 - PRIMERA CRISIS CONVULSIVA EN ADULTO

A. Alcalá Grande, A. Blanco Mora y J. García-Revilla Fernández

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 54 años que acude porque ha presentado dos episodios de rigidez generalizada de varios minutos de duración sin respuesta a estímulos. A la llegada de DCCU se encuentra confuso, con tendencia a la somnolencia y a la llegada al Hospital presenta un episodio de movimientos tónico-clónicos generalizados con respuesta parcial a diazepam rectal. NAMC. Sin enfermedades de interés. No hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias: Glasgow 9-10. En la exploración pupilas mióticas reactivas. Episodios de rigidez con crisis convulsivas tónico-clónicas reiteradas que se establecen como status epiléptico sin respuesta a tratamiento con diazepam, perfusión de valproico y primera dosis de carga de fenitoína. TA: 116/58. Afebril. Saturación O₂: 94%. ACP: rítmico a buena frecuencia sin soplos. MVC. Ante el deterioro neurológico del paciente se procede a su intubación con éxito. Analítica con hemograma, bioquímica (glucosa 145) con transaminasas, LDH y CK y coagulación dentro de la normalidad. pH: 6,89. No tóxicos en orina. ECG: RS a unos 95 lpm. No alteraciones agudas de la repolarización. TC craneal: LOE frontal parasagital derecha compatible con oligodendroglioma como primera opción. Se deriva a HURS en helicóptero para seguimiento y tratamiento definitivo por Neurocirugía. El paciente permanece intubado durante 24 horas con vigilancia intensiva y retirada de ventilación invasiva bien tolerada tras control de la sintomatología. Se completa estudio con RMN craneal: Gran masa frontal con edema de 50 mm de diámetro mayor. Es intervenido quirúrgicamente con postoperatorio con alucinaciones auditivas que se resuelven con tratamiento médico. Actualmente sin focalidad neurológica de novo, tolerando vía oral y deambulando por planta. En espera de RMN de control para alta hospitalaria con el siguiente tratamiento: dexametasona 4 mg en pauta descendente, pantoprazol 20, risperisona 1 mg, clometiazol 1 mg/12h, valproico 500 mg/8h y analgesia que precise y revisiones en Neurocirugía para recogida de resultados de biopsia.

Juicio clínico: LOE frontal compatible con oligodendroglioma, pendiente de anatomía patológica.

Diagnóstico diferencial: Epilepsia, síncope, AIT, trastornos del movimiento, abuso de tóxicos, trastornos psicológicos o del sueño, LOE intracraneal.

Comentario final: Ante una crisis convulsiva de novo en paciente adulto se debe descartar causa tóxica metabólica subyacente así como psicógena y realizar TAC craneal para descartar proceso intracraneal. Asimismo iniciar tratamiento para control de la sintomatología. En estado poscrítico se debe valorar nivel de conciencia, situación respiratoria y cardiovascular por si precisa medidas de

soporte.

Bibliografía

1. Espinosa-Jovel CA, Sobrino-Mejía FE. Aproximación clínica a una primera crisis epiléptica en adultos. *Rev Neurol.* 2014;58:365-74.
2. Carrato-Moñino C, Ariza A. Oligodendrogliomas: Características morfológicas y alteraciones moleculares. *Rev Neurol.* 2012;44:353-9.