



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1569 - ¡DOCTOR, MI HIJO NO PARA DE CONVULSIONAR, VENGA RÁPIDO!

M. Palos Campos¹, M. Rodríguez Padial¹, P. Lozano Díaz² y M. Rodríguez Carrillo³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Bormujos. Bormujos. Sevilla.

²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Espartinas. Espartinas. Sevilla.

³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Castilleja de la Cuesta. Castilleja de la Cuesta. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 30 años como antecedentes de interés: trastorno de personalidad de base. Astrocitoma grado II IDH1 mutado diagnosticado y resecado en 2017, sin sintomatología neurológica tras la intervención. Recidiva en Noviembre de 2019: glioblastoma IDH-mutado grado IV con componente tipo PNET, con resección incompleta. Estando de guardia en el DCCU avisan por comenzar mientras volvía de la playa en el asiento trasero de vehículo, con crisis convulsivas, tras la primera imposibilidad de mover el brazo izquierdo, dos más posteriores. La tercera de 30 minutos. Basalmente autónomo según la familia. Niega fiebre ni privación del sueño. Más nervioso durante el día por discusión con familiar. A nuestra llegada, permanecía en estatus convulsivo, administramos diazepam iv 10 mg y se estabiliza hemodinámicamente, trasladándolo en ambulancia medicalizada.

Exploración y pruebas complementarias: Poscrítico y tendente al sueño, con regular estado general, normocoloreado, bien hidratado y perfundido. Glasgow 10/15. Hemiparesia izquierda. Exploración cardiorrespiratoria y abdominal normales. Extremidades con pulsos conservados y simétricos sin signos de trombosis. Rx tórax: sin clara imagen de condensación. Analítica con hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría normal. TC cráneo a su llegada a urgencias: cambios posquirúrgicos de craniectomía frontal derecha con área de encefalomalacia residual subyacente. Signos sugerentes de recidiva tumoral con focos de sangrado en margen posterior derecho del cuerpo caloso.

Orientación diagnóstica: Crisis convulsiva en paciente con recidiva tumoral con focos de sangrado en cuerpo caloso.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia intracraneal, accidente isquémico cerebral, recidiva tumoral.

Comentario final: Se contacta con neurocirujano de referencia donde se desestima actuación en el momento actual e indica derivación a unidad de neurología. El glioblastoma puede ocurrir a cualquier edad, pero es más frecuente en adultos mayores. Puede provocar dolores de cabeza que empeoran, náuseas, vómitos y convulsiones. Asimismo, puede ser muy difícil de tratar, y a veces no se puede curar. Los tratamientos pueden enlentecer la evolución del cáncer y reducir los signos y síntomas. El paciente, tras estabilización y alta hospitalaria, se inicia seguimiento por parte del

médico de familia y cuidados paliativos. Posteriormente, sufre dos nuevas crisis convulsivas. Finalmente en agosto, el paciente fallece.

Bibliografía

1. Engel J, Pedley TA. Epilepsy: A comprehensive testbook. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2008.

Palabras clave: Convulsión. Epilepsia. Glioblastoma.