



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/1380 - ESTATUS CONVULSIVO

M. Pinilla de Torre<sup>1</sup>, M. Pinilla de Torre<sup>2</sup> y Á. Iglesias Postigo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaba. La Algaba. Sevilla. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>3</sup>Enfermero. Centro de Salud La Algaba. La Algaba. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 34 años y AP de migraña, acude a Centro de Salud por cefalea intensa y vómitos, sufriendo crisis convulsiva en la sala de espera. Se canaliza vía venosa periférica y se administra 1 mg de clonazepam más 10 mg diazepam iv sin respuesta. Continúa con crisis convulsiva, se avisa al 061 quienes administran 500 mg de levetiracetam y 1.500 mg de ácido valproico. Estatus convulsivo que requiere 400 mg de lacosamida, con bajo nivel de consciencia, se procede a intubación orotraqueal y administración de 10 mg de midazolam. Se deriva al hospital de referencia donde ingresa en UCI. Se conecta a ventilación mecánica y se realizan pruebas complementarias que orientan a meningitis bacteriana por lo que se indica tratamiento empírico con ceftriaxona 2 g/12h; ampicilina 2 g/4h, vancomicina 1 g/12h y dexametasona 10 mg/6h con buena respuesta.

**Exploración y pruebas complementarias:** Conectada a ventilación mecánica, anisocoria leve que se resuelve posteriormente y SatO<sub>2</sub> 99%. Estabilidad hemodinámica con adecuada ventilación bipulmonar. Abdomen anodino. Miembros sin edemas. TAC cráneo: normal. Analítica: Hb: 13,7. Leucocitos: 28.000 con 26.700 neutrófilos. Plaquetas: 229.000. Coagulación normal. Bioquímica: normal salvo CPK 10.000 U/L, PCR: 99. Nivel A. valproico: 65. EKG: ritmo sinusal a 75 lpm sin hallazgos patológicos. Punción lumbar con líquido patológico: 500 proteínas. 25 mg/dl glucosa. 2.100 leucocitos con 85% PMN. Gram negativo. PCR virus negativo.

**Orientación diagnóstica:** Inicialmente impresiona de crisis convulsiva, con estatus convulsivo y meningitis bacteriana.

**Diagnóstico diferencial:** Ictus cerebral, alteración metabólica, tumor cerebral, meningitis.

**Comentario final:** El tratamiento inicial de una crisis convulsiva es la administración de benzodicepinas, seguidas de antiepilépticos si continúa con crisis. Debemos aislar la vía aérea para evitar broncoaspiraciones, a pesar de estar con SatO<sub>2</sub> adecuadas. Siempre debemos realizar TAC de Cráneo para descartar daño vascular y/o estructural, analítica para detectar alteración metabólica y punción lumbar para llegar al diagnóstico.

### Bibliografía

1. Temkin O. The falling sickness. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1945: 380.
2. Engel J Jr, Pedley TA. In: Engel J Jr, Pedley TA, editors. Epilepsy. 1997:499-512.

**Palabras clave:** Cefalea. Crisis convulsiva. Meningitis.