



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/625 - UN SUEÑO AGITADO

B. Meléndez Sancho¹, D. García Arenaz², M. Gros Alcalde¹ y G. de Miguel Bielsa³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitat. Zaragoza. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Actur Norte. Zaragoza. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdefierro. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 32 años que acude a urgencias por presentar un hematoma de grandes dimensiones en brazo derecho. No refiere traumatismo previo. Refiere despertarse esa madrugada en el suelo de su habitación junto con cefalea. La mañana siguiente bradipsiquia y confusión. Sin mordedura lingual ni pérdida de control de esfínteres. Sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de tiroiditis de Hashimoto, Síndrome de ovario poliquístico y monorrenna. Sin antecedentes de patología perinatal, crisis febriles ni infecciones graves en la infancia. Correcto desarrollo psicomotor.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración presentaba hematoma en brazo derecho y en región mentoniana, exploración neurológica sin alteraciones. En analítica sanguínea leve leucocitosis. Se realizó TC craneal que no mostró alteraciones agudas. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm sin alteraciones en la repolarización. Se realizó EEG de urgencia que mostró un foco con morfología de ondas agudas, punta-onda y ondas lentas, de aparición frecuente, pero sin patrón periódico, y de localización hemisférica izquierda, que difundía al hemisferio contralateral y generalizaba.

Orientación diagnóstica: Ante la sospecha de crisis epiléptica se inició tratamiento con levetiracetam 500 mg cada 12 horas. Desde la consulta de Neurología posteriormente se solicitó una RM cerebral con resultado sin alteraciones.

Diagnóstico diferencial: En las crisis agudas sintomáticas o provocadas existe un proceso agudo simultáneo responsable de la crisis, que puede ser sistémico (alteraciones metabólicas, como la hipoglucemia, electrolíticas, tóxicos o fármacos) o neurológico (trauma craneal, infección del SNC o ictus). Cuando un sujeto presenta una crisis epiléptica sin que encontremos ninguna causa aguda directa, hablamos de crisis no provocadas.

Comentario final: Aproximadamente el 10% de la población puede tener una crisis epiléptica a lo largo de su vida, aunque la máxima incidencia se da en niños, adolescentes y ancianos. Estudios poblacionales estiman que existe un 8-10% de riesgo de que un sujeto padezca una crisis en algún momento y un 3% de que tenga epilepsia.

Bibliografía

1. Mercadé Cerdá J, Sancho Rieger J, Mauri Llerda J. Guía oficial de práctica clínica en epilepsia. Madrid: Ediciones SEN, 2012.
2. Epilepsia.sen.es. (2020). Capítulo 8. Actitud ante la primera crisis epiléptica - Web del Grupo de Estudio de la Epilepsia [online].

Palabras clave: Epilepsia. Convulsiones. Electroencefalografía.