

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

Estatus epiléptico no convulsivo como presentación de Epilepsia Benigna Infantil

Alonso Ortega S, Salvador Cañibano M, Martín Vela MC, Cobo Costa A, Lopezosa Bellot A, Carrión de Blas L. *Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.*

Introducción

El Síndrome de Panayiotopoulos forma parte de las Epilepsias Benignas Infantiles. Su prevalencia es del 13% entre los 3 y 6 años. La presentación clínica típica es en forma de crisis de predominio nocturno, con sintomatología autonómica, vómitos, desviación tónica de los ojos y alteración variable del nivel de consciencia, pudiendo evolucionar a la generalización.

Objetivo

Presentar un síndrome epiléptico relativamente frecuente e infradiagnosticado por las características de su presentación clínica.

Caso Clínico

Niña de 4 años que acude al servicio de Urgencias por episodio de 30 minutos de duración que se inicia durante la noche, encontrándola “desconectada”, sin fijar la mirada, articular palabras ni responder a estímulos. Asocia aumento de salivación y náuseas, realizando un vómito y posterior desviación de la mirada. No otra sintomatología asociada ni previa.

Antecedentes personales:

Episodio previo de similares características, pero corta duración, con analítica, estudio de líquido cefalorraquídeo, electroencefalograma y TAC craneal sin alteraciones. Sin otros antecedentes de interés.

Exploración física:

Triángulo de Evaluación Pediátrica alterado a expensas de apariencia. Constantes normales. Nivel de consciencia oscilante. Desviación ocular hacia el cuadrante superior derecho, con movimientos oscilantes, sin nistagmus. No fija la mirada. Tono corporal disminuido sin resistencia a la movilización pasiva. Escasa reactividad espontánea, pero reactiva al dolor. Respuesta verbal ausente. Resto sin alteraciones.

Evolución:

El episodio dura aproximadamente 40 minutos, con cese tras la administración de dos dosis de midazolam endovenoso, quedando dormida. Recuperación posterior completa.

Pruebas complementarias

- Analítica de sangre: Acidosis respiratoria. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones.
- Electroencefalograma :Actividad epileptiforme de predominio temporo-occipital
- Resonancia magnética: Hiperemia leptomenígea más predominantemente parietoccipital y en fosa posterior (en probable relación con punción lumbar y probable crisis convulsiva) No lesiones focales ni datos de encefalopatía.

Comentarios

- El conocimiento de las características clínicas de esta entidad nos permite realizar un adecuado enfoque diagnóstico-terapéutico.
- La mejor prueba diagnóstica es el electroencefalograma, si bien existen pacientes en los que éste puede ser normal.
- Generalmente, los pacientes padecen 3-5 crisis en total, sin ser preciso el inicio de tratamiento farmacológico, por lo que será importante informar a la familia del habitual curso benigno.
- Aunque infrecuente, puede presentarse en forma de estatus epiléptico no convulsivo, sin que esto empeore su pronóstico.