



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



329/140 - EPILEPSIA ABDOMINAL: JUGANDO AL DESPISTE

G. Rijo Nadal¹; A. Aldama Martín²; A. Casal Calvo³; A. Asturias Saiz¹; A. González San Emeterio⁴; J. Cepeda Blanco⁵.

¹Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Cantabria.

²Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

³Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

⁴Médico Adjunto H, Domiciliaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ⁵Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 21 años. Fumador de 2 paquetes/año, sin otros antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual. Acude a la consulta de atención primaria por un cuadro de dolor abdominal generalizado, recurrente, de gran intensidad, que describe como cólico y que cede espontáneamente a los 3-4 minutos. El paciente refiere sufrir dichos episodios en las últimas 3 semanas, varias veces al día, de forma periódica y sin aparente relación con la ingesta. No alteración del ritmo gastrointestinal. Afebril. Niega otra clínica acompañante. Se realiza exploración física sin hallazgos y se decide control clínico y analgesia con metamizol y butilbromuro de escopolamina cada 8 horas. El paciente acude dos semanas después por persistencia de los síntomas y añade que tras las crisis de dolor presenta cefalea. Se realiza nuevamente anamnesis y exploración completas sin hallazgos, por lo que se solicita analítica, coprocultivo y estudio inmunológico, siendo estos normales, y el paciente es derivado a consultas de Digestivo. En la consulta del Servicio de Digestivo se realiza ecografía abdominal, gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos y se da el alta al paciente con control clínico por su médico de atención primaria. En los siguientes 4 meses el paciente continúa consultando por los mismos síntomas por lo que se realiza una segunda derivación al Servicio de Digestivo que finalmente solicita un encefalograma.

Exploración y pruebas complementarias: No alteraciones cutáneas. Consciente y orientado. ACP normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos positivos. Blumberg negativo. Bioquímica: glucosa, pruebas de función hepática, iones y transaminasas normales. PCR normal. T4 y TSH normal. Hemograma: no leucocitosis ni desviación izquierda. Hb y Hto normales. Inmunología: ANCA y ASCA negativos. Coprocultivo: no se aíslan microorganismos. Ecografía abdominal: normal. Gastroscopia: sin hallazgos. Colonoscopia: sin hallazgos. Electroencefalograma (durante episodio de dolor abdominal): crisis convulsiva focal en región temporal con ralentización cortical difusa en otras áreas cerebrales.

Juicio clínico: Epilepsia abdominal

Diagnóstico diferencial: Enfermedad inflamatoria. Colitis isquémica crónica. Neoplasia. Migraña abdominal. Porfiria. Dolor psicósomático.

Comentario final: La epilepsia abdominal es una variante de epilepsia temporal excepcionalmente rara en adultos. Se caracteriza por presentar clínica abdominal paroxística con o sin síntomas centrales y alteraciones en el encefalograma. Los síntomas gastrointestinales más frecuentes son el dolor, náuseas y vómitos y los neurológicos la tendencia al sueño y confusión. Su etiología no es conocida. El diagnóstico es de exclusión y se confirma mediante el encefalograma y la respuesta a antiepilépticos, cuya pauta será el tratamiento a largo plazo. En el caso de nuestro paciente y ante el hallazgo del encefalograma se le indicó acudir a Urgencias ante episodio de dolor abdominal para la administración de midazolam 3 mg con reversión de los síntomas, apoyando así el diagnóstico. Finalmente se pautó carbamazepina 200 mg cada 12 horas con buen control clínico posterior.

Bibliografía

Zinkin MD, Peppercorn MA. Abdominal epilepsy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2005;19(2): 263-74.