



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2723 - Epilepsia y Enfermedad de Alzheimer una asociación a tener en cuenta

M.I. Rodríguez Arce<sup>a</sup>, M. Valls Esteve<sup>b</sup>, D.C. Mateu Arza<sup>c</sup>, M.R. Vasquez Delgado<sup>c</sup>, M. Massamunt Paris<sup>d</sup>, J. Parcet Solsona<sup>d</sup>, O. Ortiz Oliete<sup>b</sup>, L. Beltran Cruells<sup>a</sup>, I. Vargas Roca<sup>a</sup> y M. Álvarez Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona.

<sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 83 años incluido en programa PCC (paciente crónico complejo), la familia solicita valoración en domicilio por episodios repetidos de desconexión ambiental con crisis oculógiras y movimientos tonicoclónicos de extremidad superior derecha en los últimos días. Presenta estado poscrítico y recuperación ad-integrum. Durante la visita en domicilio presenta nuevo episodio. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina. Retinopatía. HTA. Hidrocefalia normotensiva diagnosticada en 2012, portador válvula de derivación ventrículo-peritoneal. Demencia vascular mixta GDS 4, seguimiento por neurología. Cirrosis hepática VHC Child A. Pancitopenia secundaria. Insuficiencia renal crónica estadio III.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración: TA 120/76 T<sup>a</sup> 37°. FC 67 lpm. Saturación O<sub>2</sub> 99%. Glucemia 130 mg/ml. Tira orina negativa ACR rítmica, no soplos MVC. Neurológico: somnoliento, responde a órdenes. No se objetiva mordedura lengua ni liberación esfinteriana. No focalidad aparente residual, resto anodino. Disponemos de TAC de 1 mes previo sin cambios respecto basal. Dada la fragilidad del paciente, el buen soporte familiar y la recuperación posterior se valora efectuar coordinación vía gestora de casos con su neurólogo de referencia a fin de programar pruebas complementarias y avanzar visita. Pruebas complementarias (EEG y RNM) probable foco epileptógeno las microhemorragias en contexto de angiopatía amiloide.

**Juicio clínico:** Disminución de consciencia secundario a crisis comicial en contexto de angiopatía amiloide.

**Diagnóstico diferencial:** Descartar síndrome confusional agudo de etiología infecciosa, encefalopatía por hepatopatía o nefropatía (dados los AP), hipoglucemia, accidente isquémico transitorio, crisis psicógena, descompensación hidrocefálica.

**Comentario final:** Se inicia tratamiento con levetirecepam 500 mg/12h con evolución favorable sin presentar nuevas crisis, mejorando su estado basal (más animado, despierto y colaborador). La identificación del paciente crónico y de los criterios de fragilidad es fundamental. Los pacientes con deterioro cognitivo o patología psiquiátrica suponen un subgrupo de mayor complejidad. Este caso

es un ejemplo de cómo el trabajo en colaboración permite garantizar la continuidad asistencial.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Castro-Suarez S, et al. Crisis epilépticas en la demencia de la enfermedad de Alzheimer. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2015;78:86-92.
2. Scharfman HE. Untangling' Alzheimer's disease and epilepsy. Epilepsy Currents. 2012;12:178-213.