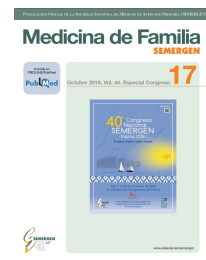




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2174 - DOCTORA, VEO Y OIGO "COSAS", PERO NO ESTOY LOCA

Y. Piñero Rodríguez<sup>a</sup>, F. Cabezudo Moreno<sup>b</sup>, M. Esteban Rojas<sup>b</sup> y A. Portilla Morgado<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 71 años, en estudio por pérdida de peso, sin encontrar patología. Acude a consulta refiriendo quejas mnésicas y preocupada por escuchar ruidos y música, cuando sus vecinos no están en casa. Cree que quieren echarla de su domicilio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Obtengo información de otros testigos. Contacto con asistente social y policía (hacen mediciones de ruido, no encontrando nada). Dado el empeoramiento clínico, hago estudio analítico completo y exploración neurológica, ambos normales. Inicio tratamiento con benzodiazepina y derivó a Salud Mental. Diagnóstico: síndrome depresivo con ansiedad. La paciente vuelve, refiriendo que ahora también ve "cosas raras". En ese momento, presenta temblor fino en mano derecha. Solicito TAC craneal (sin hallazgos relevantes). Derivo a Neurología y le realizan RNM craneal (objetivándose heterotopia periventricular izquierda y displasia de sustancia gris occipital izquierda) y EEG (foco lento persistente en cuadrante posterior derecho y anomalía epileptiforme en región temporal izquierda).

**Orientación diagnóstica:** Epilepsia focal visual y auditiva.

**Diagnóstico diferencial:** Estados disociativos, trastorno conversivo. Trastornos oftalmológicos o lesiones oculares, auditivas; esquizofrenia; demencia; tumores o infartos cerebrales que afecten a las áreas visuales/auditivas; abuso de sustancias, drogas o síndrome de abstinencia; falta de sueño; efectos secundarios de medicamentos; accidentes isquémicos transitorios, auras visuales o sensitivas de migraña, parasomnias o narcolepsia.

**Comentario final:** La mayoría de crisis con ilusiones visuales complejas se originan en el neocórtex temporal posterior no dominante. Destacar la importancia desde Medicina de Familia del seguimiento y reexploración del paciente, y estar atentos a la aparición de nuevos signos que nos orientan a un correcto diagnóstico. La paciente está asintomática, desde el tratamiento con lacosamida y levetiracetam.

### Bibliografía

1. Karceski S. Initial treatment of epilepsy in adults. En: García P, Eichler AF, eds. UpToDate; 2016.

2. Tsurusawa R, Ohfu M, Masuzaki M, et al. A case of parietal lobe epilepsy with ictal laughter. *No To Hattatsu*. 2005;37:60-4.
3. Jetté N, Wiebe S. Initial Evaluation of the Patient with Suspected Epilepsy. *Neurol Clin*. 2016;34(2): 39-50.

**Palabras clave:** Epilepsia. Alucinaciones.