



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

199/136 - EPILEPSIA FOCAL

F. Leiva Cepas^a, J. Martíncano Gómez^b y E. Russo Sivianes^b

^aMédico Interno Residente. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. ^bMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica. Aracena. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes familiares: Madre con síndrome depresivo. Un hermano muerto en accidente laboral. Antecedentes personales: mujer. 37 años. Nacida en Tingo (Perú). Casada. En su país se ocupaba de sus dos hijos pequeños y trabajos agrícolas. En el 2010 su marido emigró a España. Reagrupación familiar en el 2013. En España ha trabajado como doméstica, cuidadora y actualmente como camarera. No alergias, no hábitos tóxicos, no ejercicio. Frecuentes cefaleas tensionales achacadas a la vivencia de la muerte de su hermano y a las condiciones laborales precarias que soporta. Pterigón bilateral. Hace dos meses acude a consulta por haber despertado durante el sueño nocturno, en dos ocasiones y con una semana de diferencia, de manera súbita y en un estado de temor sin una causa aparente. Sin criterios de derivación a Salud Mental, se inicia tratamiento ansiolítico. Al mes es atendida en urgencias de AP y urgencias hospitalarias manteniéndose diagnóstico y tratamiento. Una semana después acude a urgencias pues el cuadro se acompaña de temblor autolimitado del hemicuerpo izquierdo. Se deriva por epilepsia tardía.

Exploración y pruebas complementarias: Se estudia con anamnesis y exploración física y analítica (hemograma y bioquímica, proteinograma, función tiroidea, serología hepática, ANA, VIH, RPR, orina, ECG, y RNM craneal. Destaca el resultado de la RNM con dos lesiones quísticas en área cortical temporal, sugestivo de cisticercosis. Se indica tratamiento con levetiracetam, albendazol y prednisona. Se solicita serología específica, ecografía y fondo de ojo (pendientes).

Juicio clínico: Neurocisticercosis activa parenquimatosa. Epilepsia focal en marcha jacksoniana.

Diagnóstico diferencial: Debe diferenciarse de otros cuadros neurológicos con sintomatología similar (tumores u otros procesos infecciosos del SNC, migrañas sin aura o con cefaleas tensionales).

Comentario final: El hombre se infecta del cestodo *Taenia solium* por contagio directo (manipuladores, convivencia...) o la ingestión de huevos por agua y alimentos contaminados. De susceptibilidad universal es prevalente en algunas regiones (África, sudeste asiático, América -central y del sur- y Europa Oriental) y hasta principios del s. XX en el sudeste peninsular español. Puede ocasionar dos tipos de infección según infecte el gusano adulto del intestino delgado (teniasis) o las larvas de los tejidos (cisticercosis). La clínica la induce la respuesta inflamatoria local al parásito y por el efecto de la lesión ocupante de espacio (músculos, tejido subcutáneo, SNC, ojos). La forma de presentación más frecuente de la neurocisticercosis es la crisis epiléptica, seguida de la cefalea. Pueden pasar años (incluso más de 10) desde la exposición a los síntomas. Y es la causa más frecuente de epilepsia adquirida. Se ha sugerido que la administración de antihelmínticos a inmigrantes procedentes de zonas de alta prevalencia como más adecuado que la realización de screening. Un

interrogatorio sucinto sobre el país de origen (conductas de riesgo, prevalencia y endemicidad) orientará al médico hacia las patologías que pueden explicar el motivo de consulta o que el individuo tiene mayor riesgo de padecer. La neurocisticercosis ha dejado de ser uno de esos diagnósticos excepcionales y dado su carácter previsiblemente emergente en nuestro medio, los profesionales sanitarios debemos conocer dicha enfermedad e incluirla en los algoritmos de diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia H, Nash T, Del Brutto O. Clinical symptoms, diagnosis, and treatment of Neurocysticercosis. Lancet Neurol. 2014;13:1202-15
2. Woodhall D, Jones J, Cantey P, Wilkins P, Montgomery S. Neglected Parasitic Infections: What Every Family Physician Needs to Know. American Family Physician. 2014;89:803-11.