

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 psicosomático.

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 antiepilepticos, 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.