



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

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona. ^dMédico 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 tónicoclónicos 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 Tª 37º. FC 67 lpm. Saturación O2 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.