



SITUACIÓN CLÍNICA

Epilepsia del lóbulo temporal: *déjà vu* en atención primaria

I. Miguéns Blanco^{a,*} y B. Rodríguez Acevedo^b

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Matamá, Hospital Xeral-Cies, Vigo, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Xeral-Cies, Vigo, España

Recibido el 7 de mayo de 2012; aceptado el 27 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 10 de agosto de 2012

PALABRAS CLAVE

Epilepsia;
Olor;
Diagnóstico;
Epidemiología

Resumen La epilepsia es una enfermedad frecuente en la población general. Un 10% de la población va a presentar una crisis epiléptica a lo largo de su vida, aunque tan solo un 1% presentará una enfermedad epiléptica. Podemos dividir la epilepsia en generalizada y en focal. Es en esta última la que mayores dificultades diagnósticas y de manejo puede plantear en la práctica clínica, por su gran variedad de síntomas y su difícil identificación. Estos síntomas pueden ser referidos de una manera distinta por cada paciente, restándole importancia en muchas ocasiones.

Dentro de la epilepsia focal, la más prevalente es la epilepsia que se origina en el lóbulo temporal. La identificación y el estudio de esta enfermedad es muy importante, ya que el paciente puede sufrir episodios de desconexión del medio y en un tercio de los casos crisis secundariamente generalizadas.

Aunque en la mayor parte de los pacientes la lesión causante es la esclerosis mesial temporal, hay que descartar otras causas, como neoplasias o infecciones.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Epilepsy;
Odor;
Diagnosis;
Epidemiology

Epilepsy in the temporal lobe: *déjà vu* in Primary Care

Abstract Epilepsy is a common disease in the general population. 10% of the population will present a seizure throughout his life, although only 1% will have an epileptic condition. We can divide the generalized epilepsy and focal. Es in the latter that more diagnostic and management difficulties may arise in clinical practice, for its wide variety of symptoms and their identification difficult. These symptoms may be referred to differently by each patient, often dismissively.

In focal epilepsy, the most prevalent epilepsy that originates in the temporal lobe. The identification and study of this pathology is very important because the patient may have episodes of disconnecting means and in one third of cases secondarily generalized crises.

Although most patients the culprit lesion is mesial temporal sclerosis, one must rule out other causes such as tumors or infections.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iria.miguens@hotmail.com (I. Miguéns Blanco).

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una mujer, de 33 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta a su médico de atención primaria por sensación de *déjà vu* desde hace unos 4 o 5 años. Los describe como episodios paroxísticos que comienza sintiendo que le va a pasar algo, posteriormente percibe un olor que es siempre el mismo, aunque no logra identificarlo, y un sabor a óxido. Posteriormente, comienza a sentir que lo que está ocurriendo ya lo ha vivido en el pasado, lo que incrementa de forma destacada su ansiedad.

Estos episodios ocurren con una frecuencia de una vez al mes, pudiendo repetirse varias veces en un mismo día. Había consultado por este motivo hace años, pero se descartó organicidad mediante RM, poniéndose en relación la sintomatología con un síndrome ansioso depresivo.

Tras una anamnesis exhaustiva, refirió además una epigastralgia episódica, pirosis y regurgitación que no pone se relaciona con estrés, ni copiosidad en las comidas, resistente al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.

La exploración física resultó completamente anodina, no hallando por tanto focalidad neurológica de ningún tipo. Ante esto, se solicita analítica con un estudio de anemias y hormonas, que resultó normal. Se realiza interconsulta al servicio de neurología para estudio.

En el estudio neurológico se solicita RM encefálica, y electroencefalograma (EEG). El EEG no fue indicativo de enfermedad alguna, y en la RM se sugiere la posibilidad de epilepsia del lóbulo temporal izquierdo, en función de alteraciones sutiles en el surco hipocampal izquierdo.

Ante estos hallazgos y correlacionándose con la sintomatología la paciente fue diagnosticada de epilepsia del lóbulo temporal.

Discusión

El motivo de consulta en este paciente nos puede hacer pensar en otro tipo de enfermedad, por ejemplo; en efectos adversos farmacológicos, trastorno neuropsiquiátrico, enfermedad otorrinolaringológica; pero el hecho de que la sintomatología sea de corta duración, en episodios paroxísticos y similares entre sí es muy indicativo de crisis epilépticas.

Los síntomas olfatorios y gustativos dentro de las crisis focales temporales son poco frecuentes, aunque muy específicos. Debemos preguntar otros tipos de síntomas asociados que sean indicativos de auras temporales, más frecuentes y que apoyarán la sospecha clínica inicial.

La clínica más frecuente y que con más frecuencia puede pasar desapercibida es la de una sensación abdominal, generalmente en la región epigástrica, en ocasiones ascendente, que el enfermo puede describir como sensación de malestar abdominal, como si algo le subiese del estómago, o como la sensación de caída en una montaña rusa. Como es lógico estos síntomas son fácilmente atribuibles a enfermedad gastrointestinal. Evidentemente estos síntomas no se van a acompañar de alteraciones verdaderas gastrointestinales,

no van a responder a los tratamientos habituales y no se tienen por qué producir en relación con las comidas o con la postura corporal.

Otro tipo de sintomatología que nos puede hacer pensar en crisis temporales son las llamadas auras psíquicas, estas pueden ser crisis en las que el paciente siente repentinamente miedo o ansiedad. Pueden presentar sensación de *déjà vu* en las que el paciente presenta la sensación de ya haber vivido lo que está viviendo en ese momento, o en sentimiento contrario, de nunca haber vivido una situación similar (*jamais vu*).

En nuestro caso, la paciente acude a su médico de atención primaria para consultar por las auras olfatorias, pero cuando se le realiza la entrevista dirigida presenta además síntomas de *déjà vu* y auras epigástricas.

Las crisis temporales, cuando son parciales complejas (en las que el paciente queda desconectado durante un tiempo del medio), suelen durar entre 30 s y 2 min, aunque pueden repetirse a lo largo del día. El paciente en estos casos puede quejarse de episodios de amnesia, pudiendo incluso confundirse con episodios de amnesia global transitoria. La clave para diferenciarlo serán la presencia de auras, o nos la darán los acompañantes, relatando dichos episodios de desconexión o la presencia de automatismos.

Los automatismos y distonías aparecen frecuentemente en este tipo de crisis (alrededor de un 60%), y suelen ser movimientos estereotipados con una mano, como de desabrocharse un botón, o con la boca (chasquidos, chupeteos, etc.). Los movimientos automáticos suelen ser ipsilaterales al foco de la crisis, mientras que las posturas distónicas suelen ser contralaterales.

Una vez realizado el diagnóstico clínico, el siguiente paso es completar el estudio con pruebas complementarias. En las crisis focales es necesario realizar un EEG y una prueba de imagen, preferiblemente una RM. La realización del EEG, de ser positivo, nos da información del origen de las crisis, pero de ser normal no excluye el diagnóstico, como es nuestro caso. El EEG intercrítico será positivo al realizarlo por primera vez en un tercio aproximadamente de los casos, el repetirlo puede aumentar la rentabilidad hasta el 80-90% con tres EEG. Repetirlo tras tres EEGs intercríticos no aumenta su rentabilidad.

El realizar un EEG con privación de sueño tras el primer EEG tiene una rentabilidad también similar. Así pues, habrá un 10% de pacientes con epilepsia, en los que nunca se llega a demostrar actividad epileptiforme en el EEG. De manera contraria, en pacientes sanos podemos hallar actividad epileptiforme en un 2% de los casos.

Tras un primer episodio epileptiforme el encontrar actividad en el EEG nos da información acerca de un mayor riesgo de recidiva, aunque en nuestro caso está claro que nos encontramos ante una paciente con una predisposición para volver a sufrir crisis epilépticas.

La RM se prefiere a la tomografía computarizada, por su mayor sensibilidad para detectar lesiones epileptogénicas, como alteraciones en la migración neuronal, displasias, tumores, malformaciones vasculares, etc. En nuestro caso se solicitó un estudio dirigido a los lóbulos temporales, observándose una clara asimetría en tamaño y morfología de los lóbulos temporales de la paciente, observando el lóbulo

temporal izquierdo de menor tamaño en hipocampo, para-hipocampo y amígdala probablemente por una alteración en la embriogénesis de esta zona.

La alteración más frecuente que vamos a encontrar va a ser la esclerosis mesial temporal, donde observaremos una alteración de la señal en la RM asociada a pérdida neuronal. Su causa es desconocida, se especula si puede ser genética, por daño fetal, o secundaria también a un estrés citotóxico tras crisis febriles o durante el parte.

La decisión de poner un tratamiento para la epilepsia siempre se ha de tomar en función del tipo de crisis, el riesgo que presentan para el paciente tanto las crisis como su tratamiento, su contexto laboral y social. Se le ha de explicar al paciente en un lenguaje comprensible, adaptado a su nivel de estudios y ha de prevalecer su decisión.

En nuestro caso, las crisis de la paciente ocurren con una frecuencia muy baja, son crisis de aura simples, que no afectan al nivel de conciencia. Además la paciente no tiene un trabajo de riesgo para ella ni para el resto de la población. Por último, se trata de una paciente en edad de concebir. Aunque podría seleccionarse un antiepiléptico con bajo riesgo para el embarazo como la lamotrigina o la carbamacepina, no se puede descartar al 100% un efecto nocivo para el embarazo. Por ello se decidió en este caso el mantener a la paciente sin tratamiento, realizando medidas higiénicas como mantener un ritmo de sueño estable y mantener precauciones sobre la toma de medicación proconvulsionante.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía recomendada

- Moreno V, Sánchez JC, Serrano P. Historia clínica. Guía Andaluza de Epilepsia. 2.ª ed. San Sebastián de los Reyes-Madrid: EMISA; 2009. pp. 43-53.
- Berg AT, Berkovic SF, Brodie M.J., Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*. 2010;5:675-85.
- Grupo de estudio de la epilepsia. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia 2008. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología.