



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE EL TEMA:

**“CRISIS EPILÉPTICAS PARCIALES COMPLEJAS CON ALUCINACIONES
AUDITIVAS”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Pacheco Guzmán, Carla Yajaira

Tutor: Dra. Esp. De La Cruz Puebla, Myriam Gricelda

Ambato – Ecuador

Octubre 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: “**CRISIS EPILÉPTICAS PARCIALES COMPLEJAS CON ALUCINACIONES AUDITIVAS**” de Pacheco Guzmán Carla Yajaira, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto 2018

LA TUTORA

.....
Dra. Esp. De La Cruz Puebla, Myriam Gricelda

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del presente caso clínico: **“CRISIS EPILÉPTICAS PARCIALES COMPLEJAS CON ALUCINACIONES AUDITIVAS”** así como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado

Ambato, Agosto 2018

LA AUTORA

.....
Pacheco Guzmán, Carla Yajaira

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto 2018

LA AUTORA

.....
Pacheco Guzmán, Carla Yajaira

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema: **“CRISIS EPILEPTICAS PARCIALES COMPLEJAS CON ALUCINACIONES AUDITIVAS”** de Pacheco Guzmán Carla Yajaira, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre 2018

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE /A

.....
1er VOCAL

.....
2 do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este punto de mi Carrera, por darme la salud, la paciencia y la inteligencia para poder alcanzar esta meta.

A mis padres, por su apoyo incondicional, su esfuerzo, su dedicación y confianza puesta en mí. Por hacer que esto sea posible y pueda culminar esta etapa muy importante en mi vida profesional.

A mis amigos, quienes hicieron de la Universidad y de esta Carrera un camino llevadero, lleno de alegrías y apoyo que me han demostrado en los momentos más difíciles.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, por contribuir con mi formación profesional.

A mis Maestros, por compartir sus conocimientos para el proceso de formación profesional, personal y sobre todo por brindarme su amistad.

De manera muy especial a mi Tutora Dra. Esp. Myriam de la Cruz por haberme brindado su apoyo en el camino hacia el cumplimiento de este trabajo, siendo guía y ejemplo de trabajo, honestidad y fortaleza.

A todas las casas de salud especialmente al Hospital General Docente Ambato, por permitirme obtener la información para la realización de este caso clínico.

ÍNDICE GENERAL

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS:	2
2.1 OBJETIVO GENERAL	2
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	2
3.1. CAMPO:	2
3.2.- FUENTES DE RECOLECCIÓN:.....	3
3.3.- DOCUMENTOS A REVISAR:.....	3
3.4.- PERSONAS CLAVE A CONTACTAR:	3
3.5.- INSTRUMENTOS:	4
IV. DESARROLLO	4
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO	4
4.2. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	8
4.3. DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO	9
4.4. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	9
4.5. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	10
4.6. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	28
V. CONCLUSIONES	30
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
VII. ANEXOS:	33

ANEXO 1: DIFERENCIA ENTRE CRISIS TEMPORALES Y FRONTALES	33
ANEXO 2: AURAS: SIGNOS Y SÍNTOMAS LOCALIZADORES Y LATERALIZADORES	34
ANEXO4	36
ELECTROENCEFALOGRAMA: NORMAL	36

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“CRISIS EPILÉPTICAS PARCIALES COMPLEJAS CON ALUCINACIONES
AUDITIVAS”**

Autora: Pacheco Guzmán, Carla Yajaira

Tutora: Dra. Esp. De La Cruz Puebla, Myriam Gricelda

Fecha: Ambato, agosto de 2018

RESUMEN

Las crisis epilépticas parciales complejas manifestadas con alucinaciones auditivas son poco comunes en la consulta del médico general por lo que su diagnóstico es muchas veces erróneo, en este caso se presenta a una paciente femenina de 52 años de edad que hace aproximadamente 18 meses presenta episodios recurrentes de alucinaciones auditivas caracterizada por escuchar “voces humanas que hablan de ella pero no recuerda lo que le dicen” duran pocos segundos y posterior a los mismos presenta sensación de angustia inexplicable, estuvo siendo tratada por varios médicos (generales, psicólogos y psiquiatras) con múltiples fármacos sin obtener buena evolución de su sintomatología, empeorando el cuadro clínico con ideas tanatónicas, acude a consulta para ser valorada en la consulta de neurología quien diagnostica de forma presuntiva epilepsia, se instaura tratamiento con carbamazepina y posterior a su administración paciente refiere pérdida de sintomatología descrita sin tener efectos adversos.

PALABRAS CLAVES: CRISIS EPILÉPTICA, ALUCINACIONES AUDITIVAS, TANATÓNICA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER
"COMPLEX PARTIAL EPILEPTIC SEIZURES WITH AUDITORY
HALLUCINATIONS"

Author: Pacheco Guzmán, Carla Yajaira

Tutor: Dr. Esp. De La Cruz Puebla, Myriam Gricelda

Date: Ambato, Agust 2018

SUMMARY

Complex partial epileptic seizures manifested with auditory hallucinations are uncommon in the general practice, for which reason their diagnosis is often erroneous, in this case a 52-year-old female patient who presents recurrent episodes approximately in the last 18 months of auditory hallucinations characterized by listening to "human voices that speak of her but does not remember what they say" last a few seconds and after them presents a sense of unexplained anguish, was treated by psychiatry with multiple drugs without obtaining good evolution of their symptoms , worsening clinical picture with tanatonic ideas, goes to consultation neurology where presumptively is diagnosed epilepsy, treatment with carbamazepine is established and after its administration patient reports loss of described symptoms without having adverse effects.

KEY WORDS: CRISIS, EPILEPSY, HALLUCINATION, TANATONICS.

I. INTRODUCCIÓN

En el presente caso nos enfocaremos en las alucinaciones auditivas que según diversas publicaciones y estudios son un tipo de aura, consideradas como un fenómeno somatosensitivo que precede a una crisis epiléptica, en la paciente tratada refiere que las auras auditivas se manifiestan como sonidos de voces humanas que susurran a su oído, aparentemente sin entender lo que le dicen, a través del análisis de este caso vamos a identificar la sintomatología que se presenta en la epilepsia del lóbulo temporal para realizar un correcto diagnóstico y manejo de esta patología.

Las alucinaciones auditivas complejas que preceden a las crisis epilépticas, son poco frecuentes y generalmente se asocian a alucinaciones multisensoriales que configuran experiencias complejas del hemisferio dominante y auras psíquicas, que se manifiestan con miedo y puede estar comprometida la región temporal basal con los cuales nos orientan a al hemisferio que se encuentra comprometido en este tipo de epilepsias con alucinaciones auditivas. ¹

La epilepsia es una afección cerebral crónica que se define como un trastorno en el que aparecen convulsiones o no, sin un estímulo externo preciso o identificable. Desde 1870, Hughlings Jackson, prestigioso neurólogo inglés, planteó que estas crisis provenían de «descargas excesivas y desordenadas sobre un grupo muscular». El diagnóstico de la epilepsia depende de una historia clínica detallada en la cual la información debe tener un orden cronológico de los eventos. ¹⁻²¹

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“CRISIS EPILÉPTICAS PARCIALES COMPLEJAS CON ALUCINACIONES AUDITIVAS”

II. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir las manifestaciones clínicas, factores de riesgo y complejidades de crisis epilépticas con alucinaciones auditivas.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Puntualizar las manifestaciones clínicas presentes en las crisis de tipo epilépticas asintomáticas.
- Reconocer los puntos críticos en la atención del paciente con crisis epilépticas manifestadas con alucinaciones auditivas.
- Proponer una estrategia diagnóstico-terapéutica para el manejo de pacientes con crisis epilépticas manifestadas como alucinaciones auditivas.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

3.1. CAMPO:

Médico – Hospital Regional Docente Ambato

3.2.- FUENTES DE RECOLECCIÓN:

- Entrevista con el paciente para la recopilación completa de los datos y consentimiento para el seguimiento y presentación del presente caso.
- Entrevista con la médica especialista quien realizó el seguimiento y tratamiento de la paciente.
- Historia clínica de la paciente del Hospital General Docente Ambato, No: 318164, seleccionando datos más relevantes, así como tratamiento administrado, interconsultas realizadas y resultados de exámenes de laboratorio solicitados.
- Para el análisis de este caso clínico se acudió a la revisión de artículos médicos actualizados con evidencia científica en conjunto con Base de Datos (Revisiones Bibliográficas) de la Universidad Técnica de Ambato a través de la cual se obtuvo decisiones, fisiopatología, métodos de diagnóstico y el consecuente tratamiento de la patología presentada.

3.3.- DOCUMENTOS A REVISAR:

Historia clínica, evoluciones de trascendencia para el caso clínico y reporte de exámenes complementarios.

3.4.- PERSONAS CLAVE A CONTACTAR:

Experto en el tema (Médico tratante del área de Medicina Interna en la Especialidad de Neurología del Hospital General Docente Ambato).

3.5.- INSTRUMENTOS:

Entrevista directa al paciente (historia clínica), computador, Internet, bolígrafo, papel, dinero, cámara fotográfica.

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con el paciente se encuentran:

- Nivel de instrucción: básica
- Antecedentes socioeconómicos: nivel económico bajo
- Falta de controles periódicos de salud por el tiempo prolongado en el que se agenda turnos para una consulta médica en Centros de Salud cercanos a su residencia.
- Falta de interés y preocupación por parte del paciente sobre su estado de salud.

IV. DESARROLLO

4.1.DESCRIPCION CRONOLOGICA DETALLADA DEL CASO

Datos de filiación:

Paciente femenina de 52 años, mestiza, nacida y residente en la ciudad de Ambato, casada, instrucción primaria incompleta, ocupación comerciante ambulante, católica, de lateralidad diestra, grupo sanguíneo O+.

Antecedentes patológicos:

- Antecedentes patológicos personales: sarampión en la infancia.
- Antecedentes patológicos familiares: no refiere
- Antecedentes quirúrgicos: no refiere
- Alergias: no refiere

Hábitos:

- Alimenticio: 3 veces / día
- Miccional: 4 veces / día
- Defecatorio: 1 vez / día
- Alcohol: no refiere
- Cigarrillo: no refiere
- Drogas: no refiere
- Sueño: 6 - 7 horas / día

Antecedentes gineco - obstétricos

- Gestas: 6 Partos: 3 Abortos: 3 Cesáreas: 0 HV: 3 HM: 3
- Telaarquia: 16 años; Pubarquia: 13 años; Menarquia: 14 años; Menopausia: 49 años.
- Fecha de última menstruación: no refiere.
- Periodos menstruales: ciclos regulares cada 30 días que duraban 3-5 días con flujo moderado.
- Dismenorrea: no
- Inicio de la vida sexual activa: 19 años
- Número de parejas sexuales: 1
- Enfermedades de transmisión sexual: no refiere
- Planificación Familiar: T de cobre
- Pap-test: hace 8 meses (normal).
- Colposcopia: No refiere
- Mamografía: No refiere

Antecedentes socioeconómicos:

Paciente habita en casa propia, casa de bloque de 1 piso, cuenta con todos los servicios básicos (luz, agua, alcantarillado), vive con una hija y un nieto. Paciente de bajos recursos económicos, trabaja como vendedora ambulante de verduras.

Enfermedad actual:

Paciente femenina de 52 años de edad, hace aproximadamente 18 meses presenta episodios de alucinaciones auditivas sin causa aparente, se caracterizan por escuchar “voces humanas que hablan de ella pero no recuerda lo que le dicen” duran pocos segundos posterior a los mismos presenta sensación de angustia, miedo, cefalea holocraneal: acude a facultativo donde prescriben paracetamol 500mg, sin encontrar mejoría realiza nueva consulta en centro médico particular donde es tratada por psiquiatría quien prescribe alprazolam 20mg, Olanzapina 10mg, durante 4 meses en tratamiento con leve mejoría sintomática y por falta de recursos económicos abandona tratamiento y acude a centro de salud donde médico general prescribe risperidona con lo cual paciente informa somnolencia más pérdida de peso y es referida a psiquiatría de esta casa de salud la misma que mantiene tratamiento con Ansietil 30mg pero las alucinaciones son más frecuentes, además empiezan ideas tanatómicas, es interconsultada a Neurología y al ser valorada diagnóstica de forma presuntiva epilepsia, se instaura tratamiento con carbamazepina y posterior a su administración paciente refiere pérdida de sintomatología.

Revisión de aparatos y sistemas:

- General: no refiere
- Respiratorio: no refiere
- Circulatorio: no refiere
- Digestivo: no refiere
- Endocrino: no refiere
- Nervioso: no refiere
- Locomotor: no refiere
- Órganos de los sentidos: no refiere

Examen Físico:

<i>TA</i>	110/70
<i>FC</i>	76 lpm
<i>FR</i>	19 rpm
<i>Sat O2</i>	92% AA
<i>Peso</i>	61 kg
<i>Talla</i>	1.51 m
<i>IMC</i>	26.75kg/m ²

Consulta externa de Neurología (10/02/2016)

Paciente que hace 18 meses debuta con cuadro recurrente de alucinaciones auditivas caracterizada por escuchar voces humanas que hablan de ella pero no recuerda que es lo que le dicen que duran pocos segundos y que posterior a los mismos presenta sensación de angustia inexplicable, ha sido tratada por psiquiatría sin obtener resultado.

Diagnóstico inicial: Epilepsia

Examen físico:

Paciente consiente, orientada, afebril, hidratada, facie de angustia.

- **Neurológico:** vigil, funciones superiores conservadas, sensibilidad y función motora conservada, reflejos conservados, Glasgow 15/15

Indicaciones:

1. Carbamazepina 400mg VO QD

Seguimiento:**Consulta externa de Neurología (10/03/2016)**

Paciente que desde la última consulta se ha mantenido estable, no ha presentado crisis pero refiere haber tenido un episodio similar a un aura por lo que se incrementa dosis de carbamazepina.

Indicaciones:

1. Carbamazepina 500mg VO QD

4.2. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

La policonsulta es la principal causa de mal diagnóstico y tratamiento oportuno en la paciente; El caso que se presenta corresponde a una crisis epiléptica parcial compleja según la clasificación de la ILAE del 2017, coincide con la Epilepsia del lóbulo temporal, dado que el síntoma principal que presenta es el aura de alucinaciones auditivas que es focal y no perjudica el estado de conciencia, además se incluye sensaciones de temor posterior a las alucinaciones auditivas que es difícil de describir por la paciente. El diagnóstico se pudo dar por el orden cronológico de los eventos que se registraron en la historia clínica, además de la sintomatología que es descrita por la paciente al escuchar voces humanas que aparentemente las escucha como “murmullos”, además de los conocimientos sobre este tipo de patología específica y la experiencia por parte la médica tratante de Neurología. El estudio electroencefalográfico es de elección y se caracteriza por la presencia de descargas epilépticas localizadas en el lóbulo que se encuentra alterado y nos orientan al diagnóstico, pero en la paciente se da un reporte del EEG normal sin embargo este reporte no invalida el diagnóstico de epilepsia según menciona el Neurocirujano Manuel Campos en una de sus publicaciones que en aproximadamente un 30% de las crisis focales o parciales no permiten una localización clara, es por eso que el diagnóstico de este caso fue netamente clínico, basado específicamente en el tipo de alucinaciones auditivas que presentaba, su tiempo de evolución, su mala respuesta a tratamientos psiquiátricos y el empeoramiento de su

cuadro clínico ayudo a descartar una enfermedad de tipo psiquiátrica y permitió una orientación diagnóstica a una enfermedad neurológica como es la epilepsia del lóbulo temporal, es por eso que se tuvo una buena respuesta al tratamiento con carbamazepina, con el cual se detuvieron las alucinaciones auditivas y las ideas tanatólicas.

4.3.DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Factores perinatales de riesgo: la paciente fue producto de parto no hospitalario, por cuestiones socioculturales menciona que el parto fue atendido por partera que era muy común en esa época.

- **Infecciones del sistema nervioso central (SNC):** durante la infancia la paciente fue infectada con el virus del sarampión aproximadamente cuando tenía 8 años, no refiere haber seguido tratamiento específico.

4.4. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

ACCESO UNIVERSAL AL SISTEMA DE SALUD.

Es un factor clave para llegar a un diagnóstico de la paciente ya que se necesita de un acceso a los servicios de salud ya que sin el acceso oportuno a ellos se pierde un tiempo valioso que hace que la enfermedad progrese.

SERVICIO DE SALUD.

La falta de educación a los familiares por parte del personal médico en cuanto al manejo de la enfermedad de la paciente, de los controles en el nivel de atención primaria, consulta externa en segundo nivel de atención, los exámenes de rutina.

NIVEL CULTURAL DE LOS PACIENTES.

El desconocimiento del proceso por el cual deben pasar los pacientes a través de los niveles implantados por el sistema de salud, hace que se saturen servicios esenciales en hospitales de segundo nivel debido a la atención prestada por patologías cuyo manejo y seguimiento debe realizarse en niveles inferiores, para la realización de exámenes complementarios de patologías que ameritan de forma rápida su ejecución para su diagnóstico oportuno o a su vez su referencia a un Hospital de mayor nivel.

TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

Con la Red de Salud Pública que se conecta al sector público con el privado para gestionar exámenes necesario con los que no se cuenta en nuestros establecimientos, se ha logrado agilizar en gran proporción la realización de los mismos.

4.5. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- Retraso en la referencia de pacientes con enfermedades de difícil diagnóstico o limitada capacidad resolutive.
- Falta de seguimiento por parte del personal médico de los centros particulares después de su egreso.
- Policonsulta, misma que retrasa su oportuno diagnóstico.
- Falta de relación de los síntomas presentados por la paciente con las posibles causas etiológicas.
- Falta de pruebas específicas, que demoran para la confirmación de la patología y el inicio del tratamiento.

DEFINICIÓN

La epilepsia es un trastorno cerebral que se caracteriza por la aparición transitoria manifestada por crisis epilépticas, estas pueden durar pocos segundos o hasta minutos, para hablar de epilepsia se requiere la presencia de al menos una crisis epiléptica. Puede o no haber pérdida de la conciencia.²⁻³

EPIDEMIOLOGÍA

Según Lars Forsgren, profesor titular de la Universidad de Umeå; “La epilepsia ocurre en todas las edades. La incidencia anual de epilepsia es 40-60 por cada 100.000 habitantes. La mayoría de los estudios de Europa y los Estados Unidos informan una incidencia de 45-55 por cada 100.000 habitantes. Los pocos estudios de incidencia disponibles en otras partes del mundo muestran aproximadamente la misma tasa de incidencia corregida por edad que en Europa y los Estados Unidos, con la excepción de América del Sur, donde se ha informado una incidencia algo mayor, mayor riesgo de epilepsia tienen los niños durante el primer año de vida, así como los ancianos a partir de los 65 años, cada año, más de 1,000 niños y más de 3,000 adultos son diagnosticados de epilepsia, la curva de incidencia específica de edad en forma de U muestra la incidencia más baja de individuos en el rango de 30-40 años, la mayoría de los estudios muestran una incidencia ligeramente mayor, y también prevalencia, en niños y hombres en comparación con niñas y mujeres”.⁴

Se ha identificado una mayor incidencia de enfermedades infecciosas, especialmente la neurocisticercosis, como una posible causa de epilepsia de alta incidencia en América del Sur.

Según PJ. Serrano Castro en “Ecuador es el país que tiene más estudios epidemiológicos sobre epilepsia, con varios grupos de investigación que trabajan en la relación epidemiológica entre epilepsia y cisticercosis, en 2017, Del Brutto et al publicaron un estudio poblacional llevado a cabo en Atahualpa, un pueblo rural costero, mediante encuestas puerta a puerta, con posterior confirmación del diagnóstico de epilepsia por neurólogos, la prevalencia cruda de epilepsia en esta área para mayores de 19 años fue de 28 casos de cada 1.000 habitantes, del total de pacientes epilépticos detectados, el 50% tenía epilepsia activa, entendiendo como tal la presencia de crisis en los últimos años”.⁴

FISIOPATOLOGÍA

Las crisis epilépticas se producen por una hiperexcitabilidad neuronal anormal. Una crisis epiléptica es un disturbio intermitente y estereotipado de la conciencia, comportamiento, emoción, función motora, percepción o sensación, derivado de una súbita, ocasional y excesiva descarga neuronal.¹⁵

Según la academia Nacional de Medicina de México se puede dar tres orígenes fisiopatológicos a la epilepsia como son:

- **EXCITABILIDAD NEURONAL**

En el cual las neuronas anormales muestran alteraciones estructurales en su membrana, a lo largo del fenómeno disminuye la actividad de las neuronas inhibitorias aferentes al foco de epileptogénesis y se incrementa la aferentación de las neuronas excitatorias, desencadenando brotes de descargas epileptiformes breves, autolimitadas y de alta frecuencia.¹⁵

- **RECEPTORES Y NEUROTRANSMISORES**

No obstante que la liberación presináptica de acetilcolina puede ser el estímulo desencadenante del fenómeno dieléctrico, es el ácido glutámico (Glu) el que refuerza y sostiene el proceso. ¹⁵

De tal forma, que cuando se detiene su liberación o síntesis, disminuye el número de receptores postsinápticos sobre los cuáles actúa, decrece la electronegatividad del potencial de equilibrio, permitiendo que estímulos de menor intensidad, desencadenen la despolarización de la membrana.

ETIOLOGÍA

Tienen su origen en base al hemisferio que este desencadenando las crisis, pueden iniciarse en estructuras subcorticales. Para cada tipo de crisis, el comienzo ictal es consistente entre una crisis y otra, con patrones preferenciales de propagación que pueden afectar al hemisferio contralateral.

- **LAS EPILEPSIAS DE CAUSA GENÉTICA:** Se producen por una alteración genética conocida o presumida en las cuales las crisis epilépticas son los síntomas principales del trastorno. El conocimiento de la contribución genética puede derivar de estudios genético-moleculares específicos. ^{1,8}
- **EPILEPSIAS DE CAUSA ESTRUCTURAL/METABÓLICA:** se producen por alteraciones estructurales o metabólicas que, en estudios apropiadamente designados, se ha demostrado que están asociadas a un incremento sustancial del riesgo de padecer epilepsia. ^{1,8}
- **EPILEPSIAS DE CAUSA DESCONOCIDA:** designaría aquellas epilepsias en las que la naturaleza de la causa subyacente era hasta ahora desconocida. ^{1,8}

- **CONSTELACIONES EPILÉPTICAS:** Son entidades que presentan características clínicas distintivas basándose en lesiones específicas u otras causas. Podrían tener implicaciones en el tratamiento, sobre todo quirúrgico. ^{1,8}
- **EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL MESIAL** con esclerosis de hipocampo, el hamartoma hipotalámico con crisis gelásticas, epilepsia con hemiconvulsión y hemiplejía y el síndrome de Rasmussen. ^{1,8}
- **ENCEFALOPATÍAS EPILÉPTICAS:** son aquellos trastornos en los que la actividad epiléptica por sí misma puede contribuir a que se produzcan severas alteraciones cognitivas y de comportamiento más allá de lo que cabría esperar de la patología subyacente sola como una malformación cortical, y que pueden empeorar a lo largo del tiempo. ^{1,8}
- **EPILEPSIA REFRACTARIA:** Se producen cuando no se ha conseguido una evolución libre de crisis después de haber tomado dos fármacos antiepilépticos, en monoterapia o asociados, siempre que sean apropiados al tipo de epilepsia, administrados de forma adecuada y no retirados por intolerancia. ^{1,8}

CLASIFICACIÓN

Clasificación según la Liga Internacional contra la epilepsia 2017 ² (Ver anexo 3)

INICIO FOCAL: Conciencia preservada o alterada

- Inicio motor: Automatismo, atónica, clónica, espasmo epiléptico, hiperquinética, mioclónica, Tónica.
- Inicio no motor: Autonómica, Detección del comportamiento, cognitivos, emocional, sensorial.

INICIO GENERALIZADO

- Motora: Tónico clónica, clónica, tónica, mioclónica, mioclónica-tónica-clónica, mioclónica-atónica, atónica, espasmo epiléptico.
- No motora: Ausencia, típica, atípica, mioclónica, mioclonía palpebral.

INICIO DESCONOCIDO

- Motor: Tónico-clónica
- No motor: detención del comportamiento.

NO CLASIFICADA

CUADRO CLÍNICO

Los signos o síntomas que parecen antes o después de una crisis epiléptica varían dependiendo del tipo de epilepsia, algunos de estos son:

- Confusión
- Mirada fija
- Movimientos involuntarios de brazos y piernas
- Pérdida del conocimiento o conciencia
- Síntomas psíquicos: como miedo, ansiedad o déjà vu

Los síntomas varían según el origen de la convulsión. (Ver anexo 1).

Los síntomas más comunes de la epilepsia del lóbulo temporal son las auras y los déficits de memoria. Consisten en sensaciones extrañas que alertan el inicio de una crisis convulsiva. El aura es un ataque parcial o focal que no perjudica la conciencia del paciente, y se puede manifestar con experiencias sensoriales y somatosensoriales

extrañas como la percepción de olores, sabores, experimentar alucinaciones visuales o ilusiones perceptivas. Se incluye en este grupo además la sensación de vértigo. ⁹ (Ver anexo 2).

Existen síntomas autonómicos, como cambios en el ritmo cardíaco, “piel de gallina”, o aumento de la sudoración. Son comunes también las molestias gastrointestinales o “mariposas en el estómago”. ⁹

También se pueden detectar síntomas psíquicos como el déjà vu o el jamais vu. Además de despersonalización, sensación de irrealidad, o aparición repentina de miedo o ansiedad. Estos dos últimos síntomas se asocian a convulsiones derivadas de la amígdala cerebral.

DIAGNÓSTICO

- **HISTORIAL MÉDICO**

Obtener un historial médico de una manera precisa y detallada, en el que incluya los síntomas y la duración de las crisis, se establece como uno de los mejores métodos disponibles para determinar si una persona tiene epilepsia y el tipo de epilepsia que padece. El médico hará preguntas sobre las crisis indagando en las enfermedades u otros síntomas que el paciente puede haber tenido en el pasado. Debido a que las personas que han sufrido una crisis de epilepsia a menudo no recuerda lo que pasó, es trascendente importante para esta evaluación que el encargado al cuidado de la persona realice con frecuencia una descripción detallada de la crisis. ¹²

- **MONITOREO CON ENCEFALOGRAMA (EEG)**

El Monitoreo con encefalograma es el método utilizado más frecuentemente para diagnosticar la epilepsia cuyo objetivo es detectar anomalías en la actividad eléctrica del cerebro. Las personas con epilepsia asumen frecuentemente cambios en los patrones normales de sus ondas cerebrales, aunque no estén experimentando ninguna convulsión. A pesar de que este tipo de prueba consigue buenos resultados para

diagnosticar la epilepsia, no es infalible. Algunas pacientes todavía siguen manifestando ondas cerebrales normales aún después de haber pasado por una crisis epiléptica.¹²

La señal del EEG, está compuesta principalmente por la suma de los potenciales pos sinápticos de las dendritas de las neuronas piramidales en la corteza cerebral.²⁰

- **ESTUDIOS DE IMÁGENES CEREBRALES**

Uno de los métodos más significativos para diagnosticar la epilepsia es el uso de los estudios de imágenes cerebrales. De entre estos estudios por lo general los más utilizados son la TEP (tomografía por emisión de positrones), la TC (tomografía computadorizada), y la RM (resonancia magnética). La TC y la RM revelan la estructura del cerebro, a través de la cual nos permite identificar tumores cerebrales, quistes y algunas otras anomalías estructurales en el cerebro. La TEP y una modificación de la RM, llamada RM funcional (resonancia magnética funcional), son comúnmente utilizadas para vigilar la actividad cerebral con el fin de detectar anomalías en su actividad natural. La SPECT (tomografía computadorizada por emisión de fotón único) Este es un nuevo tipo de estudio de imagen cerebral que generalmente es utilizada para ubicar el lugar de origen de la convulsión en el cerebro.¹²

- **PRUEBAS DE SANGRE**

Frecuentemente, los Médicos toman muestras de sangre para hacer pruebas, fundamentalmente cuando están examinando a niños. Estas muestras de sangre frecuentemente son examinadas para detectar trastornos metabólicos o hereditarios que pueden estar asociados a las crisis epilépticas. También pueden ser utilizadas para buscar problemas subyacentes, como infecciones, contaminaciones, intoxicación por plomo, anemia y diabetes que pueden estar ocasionando o desencadenando las convulsiones.¹²

- **PRUEBAS DE COMPORTAMIENTO, NEUROLÓGICAS Y DEL DESARROLLO**

Algunos médicos manejan, con frecuencia, pruebas diseñadas para medir las habilidades motoras, la conducta y la capacidad intelectual, como una forma de determinar el modo en que la epilepsia está afectando a la persona. Estas pruebas también dan indicaciones sobre el tipo de epilepsia que la persona posee.¹²

TRATAMIENTO

Según Mohanraj & Brodie mencionan que entre el 70 y 80% de las epilepsias pueden controlarse mediante manejo farmacológico, sin embargo, entre el 20 y el 30% de los casos son refractarios al tratamiento, por lo que se consideran de difícil manejo.¹⁸

- **MEDICAMENTOSO**

Las Benzodiazepinas tienen efecto ansiolítico, antiepiléptico de la parte muscular actuando directamente sobre los receptores GABA.²¹

Generalmente los especialistas recetan inicialmente carbamazepina, valproato, lamotrigina, oxcarbazepina o fenitoína, a menos que se conozca que la epilepsia es de un tipo que necesita un tratamiento diferente. En el caso de las crisis de ausencia, la etosuximida es utilizada como tratamiento primario. Otros medicamentos que se usan comúnmente son el clonazepam, fenobarbital y primidona. Existen algunos medicamentos relativamente nuevos contra la epilepsia entre los cuales se incluyen la tiagabina, gabapentina, topiramato, levetiracetam y felbamato.¹²

- **CIRUGÍA**

En el caso de que las convulsiones no pueden ser controladas en forma adecuada con los medicamentos y dependiendo del origen de la epilepsia, es posible que los médicos recomienden que se evalúe si se debe realizar una cirugía.¹²

- **CIRUGÍA PARA EXTIRPAR EL LUGAR DE ORIGEN DE LA CONVULSIÓN**

El tipo más común de cirugía de epilepsia es la extirpación del lugar de origen de la crisis o pequeña área del cerebro donde se originan las crisis. Este tipo de cirugía, que los médicos pueden llamar lobectomía o lesionectomía, solamente es apropiada para las crisis focales que se originan en una sola área del cerebro.¹²

- **DISPOSITIVOS**

El estimulador del nervio vago se aplica en personas con crisis que no tiene buena respuesta a los medicamentos. Para estimular al nervio vago existe un dispositivo que se implanta quirúrgicamente bajo la piel del pecho, se asemeja a un marcapasos, y se conecta con el nervio vago en la parte baja del cuello. Este dispositivo reduce las convulsiones al enviar descargas eléctricas al cerebro por medio del nervio vago. Generalmente, los pacientes no pueden dejar de tomar los medicamentos antiepilépticos pero se reduce las dosis de sus medicamentos.¹²

4.6. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Concientizar al personal de salud sobre la importancia de actualizar conocimientos sobre patologías poco frecuentes en Emergencia	Charlas de actualización en el servicio	Mediano plazo	Docencia intrahospitalaria	Personal de salud
Derivación adecuada de los pacientes según la patología.	Capacitación sobre patologías poco frecuentes como la epilepsia del lóbulo temporal para su adecuado seguimiento, diagnóstico y tratamiento oportuno.	Mediano plazo	Equipo médico del servicio de Emergencia	Médicos rurales, Médicos familiares, apoyo de personal de enfermería.
Realización de exámenes que orienten a un diagnóstico de epilepsia.	Adquisición de equipos para realizar electroencefalografías.	Mediano plazo	MSP	Personal de salud de la zona y distrito
Establecer criterios clínicos, de laboratorio e	Llegar a un consenso con los criterios de la literatura y los	A corto plazo	Médicos tratantes de Neurología	Jefe del Servicio de Medicina Interna,

imagenológicos que confirmen la presencia de Epilepsia del lóbulo temporal y el inicio del tratamiento.	emitidos en cada casa de salud para definir la epilepsia del lóbulo temporal e inicio del tratamiento.			Médicos afines a la especialidad.
Seguimiento por el primer nivel de atención a pacientes con enfermedades crónicas.	Identificación en mapas parlante y grupos de seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas que usan tratamiento permanente.	Mediano plazo	Personal médico del primer nivel de atención	TAPS, Médicos rurales, personal de enfermería del primer nivel de atención
Fomentar adhesión a la terapia y factores de riesgo prevenibles para controlar crisis epilépticas parciales complejas del lóbulo temporal.	Realizar charlas informativas a la población sobre el beneficio de la terapia para prevenir crisis y mantener buen estilo de vida	Corto y mediano plazo	Internos rotativos de Medicina intrahospitalario y Personal del 1er nivel de atención	Personal médico y de enfermería.
Garantizar seguimiento por especialidad	Facilitar turno	A corto plazo	MSP	Profesionales de segundo o tercer nivel de atención

V. CONCLUSIONES

- Las alucinaciones auditivas complejas son muy raras y generalmente se asocian a alucinaciones multisensoriales que configuran experiencias complejas del hemisferio dominante y auras psíquicas, en este caso por epilepsia del lóbulo temporal que estaba provocando el tipo de sintomatología en la paciente.
- Los síntomas más comunes de la epilepsia del lóbulo temporal no perjudica la conciencia del paciente y posee diferentes manifestaciones como experiencias sensoriales y somatosensoriales extrañas como por ejemplo, percibir olores, sabores, experimentar alucinaciones visuales o auditivas.
- El retraso en la referencia de pacientes con enfermedades de difícil diagnóstico además de la falta de seguimiento por parte del personal médico de los centros particulares después de su egreso y la policonsulta, retrasa el diagnóstico de la epilepsia del lóbulo temporal, es por eso que se debe realizar un control periódico de este tipo de pacientes que no mejoran sintomáticamente a pesar de haber sido tratados por varios profesionales, para así poder referir al profesional competente y evitar la progresión de la sintomatología.
- Para el diagnóstico de la epilepsia del lóbulo temporal se debe realizar una correcta anamnesis y asociar las alucinaciones auditivas a las etiologías de tipo estructurales, metabólicas o genéticas que pueden desarrollarse y manifestarse como convulsiones, podemos hacer uso del electroencefalograma para descartar probables esclerosis de hipocampo del lóbulo temporal que es una de las principales causas de este tipo de epilepsia.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carreño M, Aparicio J, Sierra A, Aceituno A, Pintor L, Bargallò N et al. Are patients referred for presurgical evaluation drug resistant according to the new consensus definition? A study in a tertiary center. *Epilepsy Research*. 2012;98(2-3):277-280.
2. Fisher R, Cross J, French J, Higurashi N, Hirsch E, Jansen F et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):522-530.
3. Fisher, Robert S., et al. Definición clínica práctica de la epilepsia. *Epilepsia*, 2014, vol. 55, no 4, p. 475-482.
4. Forsgren, Lars; Sundelin, Heléne. *Epilepsins orsaker, förekomst och prognos*.
5. Frazin, N. *Crisis epilépticas: esperanza en la investigación*. Oficina de, 2005.
6. García-Martín, Guillermina; SERRANO-CASTRO, Pedro J. *Epidemiología de la epilepsia en España y Latinoamérica*. 2018.
7. Palacios, Eduardo; Clavijo-Prado, Carlos. *Semiología de la crisis epiléptica: un reto clínico*. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 2016.
8. Ramos Lizana J, Aguilera López P, Aguirre Rodríguez J, Cassinello García E. Response to sequential treatment schedules in childhood epilepsy: risk for development of refractory epilepsy. *Seizure*. 2009; 18: 620-4.
9. Silván, Cinta Martos. *Epilepsia del Lóbulo Temporal: Síntomas, Causas y Tratamiento*.
10. 2018. Disponible en: [https://www.lifeder.com/epilepsia-del-lobulo-temporal/Ortiz M, Matute A, Martínez N. Miastenia gravis. *Medigraphic*. 2009; 54 \(4\): 222-233. \(5\)](https://www.lifeder.com/epilepsia-del-lobulo-temporal/Ortiz_M,Matute_A,Martínez_N.Miastenia_gravis.Medigraphic.2009;54(4):222-233.(5)
11. Valeta T. (2017) *Epileptic Seizures*. In: *The Epilepsy Book: A Companion for Patients*. Springer, Cham.

LINKOGRAFÍA

12. Actamedicacolombiana.com. 2018 .Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/01-1991-02-.pdf>
13. Conde Pérez Yoel Alberto, Díaz González Daikelin, Conde Pérez Miriela, Navia Reyes Isela de la C, Conde Fernández Berto D.. *Epidemiología clínica de la epilepsia en la*

- población adulta del municipio Sancti Spíritus. Gac Méd Espirit [Web]. 2013 Ago; 142-153.
14. Epilepsia del Lóbulo Temporal: Síntomas, Causas y Tratamiento - Lifeder [Web]. Lifeder.
15. Fisiopatología de la epilepsia. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2016 : 37-41. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000500037&lng=es
16. Liga Chilena contra la Epilepsia [Web]. Ligaepilepsia.cl. 2018. Disponible en: <https://www.ligaepilepsia.cl/epilepsias/tipos-de-epilepsia>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

17. **PROQUEST:** Carvajal-Castrillón, J., Daniel, C. A., & David Andrés, M. A. (2016). Determinantes clínicos en la memoria autobiográfica de pacientes con epilepsia del lóbulo temporal unilateral. *Universitas Psychologica*, 15(5)
18. **PROQUEST:** Carvajal-Castrillón, J., & Arenas, D. A. M. (2015). Memoria autobiográfica en epilepsia del lóbulo temporal/Autobiographical memory in temporal lobe epilepsy. *Revista CES Psicología*, 8(2), 200-212. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1766617150?accountid=36765>
19. **SCOPUS:** Fisher R, Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P et al. Epileptic Seizures and Epilepsy: Definitions Proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). 2018.
20. **PROQUEST:** González, Sanz, Lucio. Estudio conjunto de magnetoencefalografía y electroencefalografía en epilepsia, Universidad Complutense de Madrid, 2009
21. **PROQUEST:** Universidad, de Chile. Anticonvulsivantes, El Cid Editor, 2000.

VII. ANEXOS:

ANEXO 1: DIFERENCIA ENTRE CRISIS TEMPORALES Y FRONTALES

Tabla 1. Principales diferencias entre crisis temporales y frontales		
	Crisis frontales	Crisis temporales
Frecuencia	Alta; a veces, diaria	Menos frecuentes
Inicio	Abrupto, explosivo	Más lento
Progresión	Rápida	Más lenta
Duración	Breve	Más prolongada
Detención motora inicial	Poco frecuente	Frecuente
Automatismos	Poco frecuentes, violentos Bipedales, pélvicos	Habituales, prolongados Oromanuales
Posturas complejas	Precoces, frecuentes, prominentes	Tardías, poco frecuentes
Signos motores hipercinéticos	Habituales	Raros
Caídas	Frecuentes	No, salvo generalización
Síntomas somatosensoriales	Frecuentes	Raros
Lenguaje ictal	Vocalizaciones, gritos, gruñidos	Verbalización (no dominante)
Generalización secundaria	Habitual	Menor
Confusión postictal	No o breve	Frecuente, más prolongada
Disfasia postictal	No salvo opérculo dominante	Frecuente si hemisferio dominante
Activación por sueño	Típica	Menos frecuente
Cambios EEG ictal superficie	Menos frecuentes	Frecuentes

FUENTE: Grupo de Estudio de la Epilepsia [Web]. Epilepsiasen.net. 2018. Disponible en:<http://www.epilepsiasen.net/wpcontent/uploads/GUIA%20OFICIAL%20SEN%20EPILEPSIA.pdf>

ANEXO 2: AURAS: SIGNOS Y SÍNTOMAS LOCALIZADORES Y LATERALIZADORES

Tabla II. Auras: signos y síntomas localizadores y lateralizadores			
Aura	Localización	Lateralización	Síndrome
Epigástrica	Temporal mesial AMS	No	ETM
Somatosensitiva/ dolorosa	Corteza somatosensitiva primaria AMS	Contralateral	EP, ET EF
Visual simple	Corteza visual primaria	Contralateral*	EO
Visual compleja	Áreas temporo-occipitales	Contralateral*	EO, ET
Amaurosis	Corteza visual bilateral	No	EO
Auditiva	Corteza auditiva	Contralateral*	ET
Vertiginosa	Áreas parieto-temporo-occipitales	No	ET
Olfativa	Región orbitofrontal, amígdala, insula	No	ETM, EF
Gustativa	Opérculo parietal y temporal basal	No	ET
Autonómica	Ínsula, amígdala, cíngulo, AMS	No	ET, EF
Miedo	Amígdala, hipocampo, frontal mesial	No	EMT, EF
Psíquica	Uncus, corteza temporal	No	ETL
Déjà vu/Jamás vu			
Orgásmica	Sistema límbico	H. no dominante	ET

* Solo si la sintomatología es unilateral.

AMS: área motora suplementaria; ETM: epilepsia temporal medial; ET: epilepsia temporal;

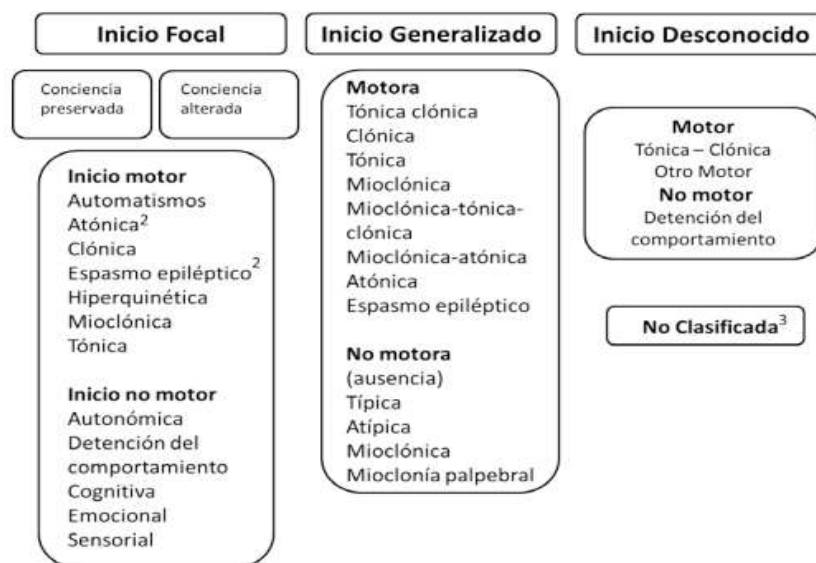
EP: epilepsia parietal; EF: epilepsia frontal; EO: epilepsia occipital; ETL: epilepsia temporal lateral o neocortical.

H.: hemisferio.

FUENTE: Grupo de Estudio de la Epilepsia [Web]. Epilepsiasen.net. 2018. Disponible en:<http://www.epilepsiasen.net/wpcontent/uploads/GUIA%20OFICIAL%20SEN%20EPILEPSIA.pdf>

ANEXO 3

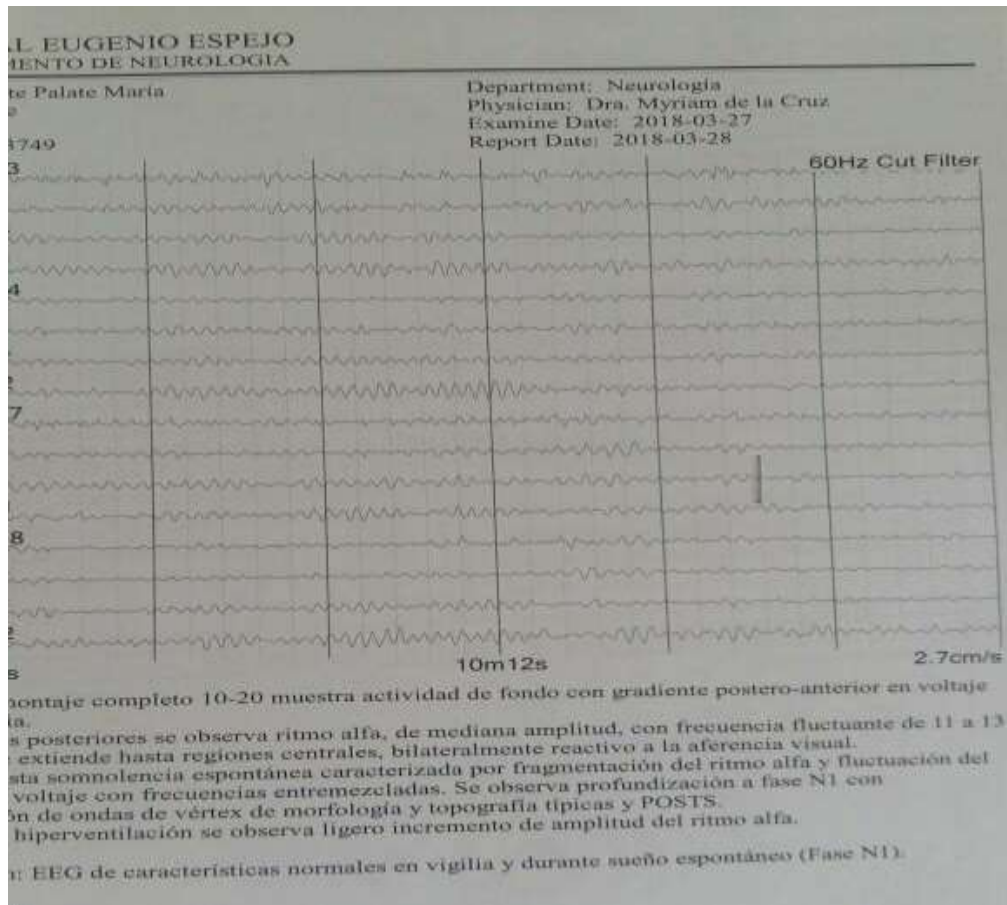
CLASIFICACIÓN DE LA EPILEPSIA



FUENTE: International League Against Epilepsy [Web]. Ilae.org. 2018 Disponible en: <https://www.ilae.org/translated-content/spanish>

ANEXO4

ELECTROENCEFALOGRAMA: NORMAL



**FUE
NTE**

:

HCL

:

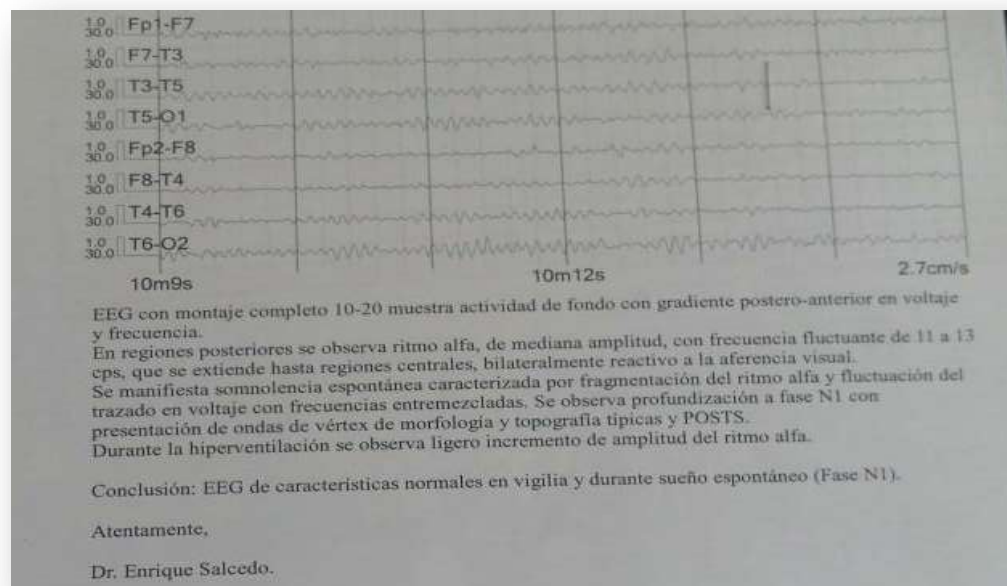
3181

64,

Hosp

ital

General



Docente

Ambato,

Neurología

