

Niño de 11 años con alucinaciones olfativas y auditivas

S. Ballesteros García, B. Otero Martínez, C. Pérez Méndez,
C. Fernández Zurita y L. Lagunilla Herrero

Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes (INSALUD). Gijón.

(An Esp Pediatr 2001; 54: 81-82)

CASO CLÍNICO

Niño de 11 años de edad, con antecedentes personales de rinitis alérgica y asma, ambos sin tratamiento en el momento de iniciarse el cuadro, sin historia de convulsiones febriles durante la infancia, ni de otro tipo de crisis paroxística. En su familia no existía ningún antecedente de epilepsia ni de migraña.

A los 11 años se inician las crisis en el niño, que comenzaron de forma brusca con una alucinación olfativa, sin alteración de conciencia, por lo que es capaz de recordar todo lo experimentado. El aura olfativa consiste en un olor semejante a gas, que se sigue posteriormente de un mareo extraño con visión borrosa, pero sin giro ni caída al suelo. Se acompaña de alucinaciones visuales referidas como tortugas, una señora cantando e imágenes variadas que pasan de forma rápida. Las crisis finalizan con molestias abdominales junto a náuseas y vómitos. La duración de las mismas oscila alrededor de 30-40 seg y terminan de forma brusca, igual que se iniciaron. Una vez finalizado el cuadro, el niño se encuentra totalmente asintomático, sin ninguna molestia o alteración poscrisis.

A lo largo del día puede presentar varias crisis, entre 1 y 20, repitiéndose varios días al mes, con períodos libres de sintomatología, incluso durante varios meses. El cuadro es siempre similar, presenta como única variación la aparición de alucinaciones auditivas, acompañando o no a las olfatorias-visuales, y que el niño identifica como voces cantando. No existe ningún factor desencadenante identificable precedente al episodio, y puede observarse en cualquier circunstancia de la vida diaria del niño, siempre en vigilia.

El desarrollo psicomotor del niño, así como la exploración neurológica, fueron normales, y destacaba únicamente un carácter perfeccionista y autoexigente.

En los estudios oftalmológico y auditivo resultaron igualmente sin alteraciones significativas. Se realizaron es-

tudios complementarios de imagen que incluyeron una tomografía computarizada (TC) craneal sin y con contraste, en cortes de 5 mm, sin observarse ninguna alteración. Se realizó asimismo resonancia magnética (RM) encefálica (fig. 1).

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?

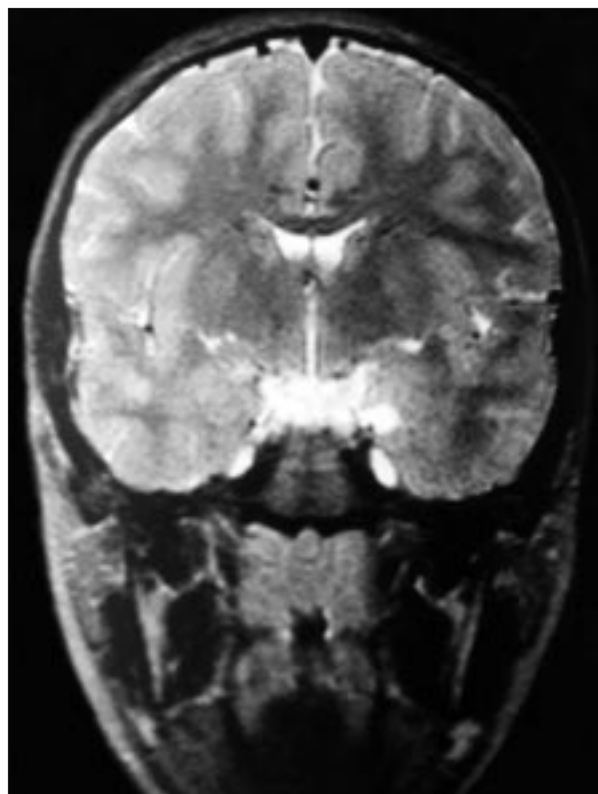


Figura 1. Resonancia magnética encefálica.

Correspondencia: Dr. S. Ballesteros García.
Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Cabueñes, s/n. 33394 Gijón.

Recibido en agosto de 1999.

Aceptado para su publicación en enero de 2000.

EPILEPSIA PARCIAL CON AURA. QUISTE NEUROEPITELIAL EN PARAHIPOCAMPO

La RM (fig. 1) mostró quiste neuroepitelial en circunvolución de parahipocampo izquierdo.

Los estudios electroencefalográficos, repetidos en dos ocasiones, presentaron un trazado normal para su edad, tanto en vigilia (reposo y activaciones) como en sueño fisiológico.

Los episodios se encuadraron en el contexto de una epilepsia parcial sintomática con crisis parciales simples (de fenomenología sensorial, básicamente olfatoria, visual y auditiva), seguidas o no de crisis parciales complejas.

En su evolución, y con tal diagnóstico, se inició tratamiento antiepiléptico con valproato sódico, llegando a precisar dosis de 50-60 mg/kg/día, en dos tomas. Con este tratamiento disminuyó notablemente el número de crisis, siendo éstas también de más corta duración, de un máximo de 5 seg. En función de la evolución, habrá que plantearse cambios en régimen farmacológico, así como la remota posibilidad quirúrgica.

Las crisis epilépticas que se inician con un aura olfativa son poco frecuentes (0,6-2%), según la bibliografía, aunque hay quien ha señalado hasta un sorprendente 16%¹. El aura es descrita como un olor o sensación desagradable, no bien identificada por el paciente, pero que a menudo le resulta familiar¹. En nuestro caso, el niño lo percibía como olor a gas, y se solían acompañar de otro tipo de auras: visuales (imágenes que pasan rápidamente, la señora cantando), auditivas (voces que cantan) y abdominales.

Las auras podrían identificar, en niños mayores y adolescentes, en las epilepsias parciales, la región anatómica cerebral donde se inician las crisis. El origen de las auras olfativas se han atribuido al lóbulo temporal, la amígdala y el bulbo olfatorio²⁻⁴.

Este tipo de epilepsia parcial con crisis-aura olfatoria obliga a realizar estudios de neuroimagen, esencialmente de RM, para descartar anomalías estructurales de base⁵. Los tumores del lóbulo temporal son la causa más frecuente, aunque en la actualidad la esclerosis mesial temporal se considera la posible etiología de este tipo de auras, incluso con una incidencia superior a la tumoral¹. Este tipo de crisis puede aparecer, no obstante, sin ningún hallazgo patológico. En nuestro paciente, el quiste observado en la RM, se consideró como la causa que desencadenaba las crisis.

En caso de precisar tratamiento antiepiléptico, se inicia por lo general con carbamacepina o valproato sódico, al igual que el resto de crisis parciales. Precisarán tratamiento quirúrgico en el caso de que la causa de las crisis sea neoplasia del lóbulo temporal o bien si éstas son refractarias a la medicación. En nuestro caso, dada la benignidad de la formación quística en los estudios de imagen, se decidió vigilar la evolución del mismo de forma periódica, sin realizar tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acharya V, Acharya J, Lüders H. Olfactory epileptic auras. *Neurology* 1998; 51: 56-61.
2. Lüders H, Burgess R, Noachtar S. Expanding the international classification of seizures to provide localization information. *Neurology* 1993; 43: 1650-1655.
3. Palmieri A, Gloor P. The localizing value of auras in partial seizures: A prospective and retrospective study. *Neurology* 1992; 42: 801-808.
4. Schulz R, Lüders H, Tuxhorn I, Ebner A, Holthausen H, Hoppe M et al. Localization of epileptic auras induced on stimulation by subdural electrodes. *Epilepsia* 1997; 38: 1321-1329.
5. Howe HG, Gibson JD. Uncinate seizures and tumors: a myth reexamined. *Ann Neurology* 1982; 12: 227.