



REVISTA  
INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

ISSN: 2389 - 7325 Versión impresa  
ISSN: 2539-2018 Versión electrónica en línea

**PRÓXIMA PUBLICACIÓN EN LÍNEA**

El Comité Editorial de la Revista de Investigación en Salud de la Universidad de Boyacá ha aprobado para publicación este manuscrito, teniendo en cuenta los conceptos de los pares evaluadores y la calidad del proceso de revisión. Se publica esta versión en forma provisional, como avance en línea de la última versión del manuscrito vinculada al sistema de gestión, previa a la estructura y composición de la maquetación y diagramación, como elementos propios de la producción editorial de la revista.

Esta versión se puede descargar, usar, distribuir y citar como versión preliminar tal y como lo indicamos, por favor, tenga presente que esta versión y la versión final digital e impresa pueden variar.

**La epilepsia abdominal, una epilepsia de inicio focal: reporte de caso**

Osorio-Bedoya, Jaime Alberto<sup>1\*</sup>. Jurado-López, Sandra Patricia<sup>2</sup>. Lache-González, Eliana Matilde<sup>3</sup>. Muñoz-Gonzalez, Nathalia Milena<sup>4</sup>. Virgüez-Ramos, Oscar Andrés<sup>5</sup>

1. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. Colombia. ORCID:  
<https://orcid.org/0000-0003-2611-8114>

2. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, Tunja. Colombia. ORCID:  
<https://orcid.org/0000-0002-6505-7564>

3. Estudiante de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1164-3081>

4. Estudiante de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0113-4552>

5. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0009-672X>

**\*Autor de correspondencia:**

Jaime Alberto Osorio- Bedoya. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. Colombia. Correo electrónico: [jaiosorio@uniboyaca.edu.co](mailto:jaiosorio@uniboyaca.edu.co)

**Resumen**

**Introducción:** La epilepsia abdominal un síndrome infrecuente que se caracteriza por episodios paroxístmicos y recurrentes de dolor abdominal, con o sin alteración del estado de consciencia, electroencefalograma anormal y mejoría al manejo anticrisis.

**Presentación del caso:** Mujer de 49 años quién presentó sacudidas clónicas y rítmicas de la musculatura abdominal, asociado a dolor. Estudio de electroencefalograma por video documentó una actividad epiléptica frontotemporal derecha, se manejó con levetiracetam y valproato de sodio. **Conclusiones:** Es una enfermedad rara, altamente compleja. El diagnóstico es de exclusión, se confirma con el electroencefalograma y a la respuesta de medicamentos anticrisis.

**Palabras claves:** epilepsia; dolor abdominal; lóbulo temporal; informes de casos.

## **Abdominal epilepsy, a focal onset epilepsy: case report**

### **Abstract**

**Introduction:** Abdominal epilepsy is a rare syndrome characterized by paroxysmal and recurrent episodes of abdominal pain, with or without alteration of the state of consciousness, abnormal electroencephalogram and improvement with anti-seizure management. **Case presentation:** A 49-year-old woman presented clonic and rhythmic jerks of the abdominal muscles, associated with pain. A video electroencephalogram study documented right frontotemporal epileptic activity and was managed with levetiracetam and sodium valproate. **Conclusions:** It is a rare, highly complex disease. Diagnosis is by exclusion, confirmed by electroencephalogram and response to anti-crisis medications.

**Keywords:** epilepsy; abdominal pain; temporal lobe; case reports.

### **Introducción**

El término incierto de epilepsia abdominal es una sacudida clónica de la musculatura del abdomen, catalogada en la clasificación operacional de la liga internacional contra la epilepsia (ILAE), como una epilepsia de inicio focal (1), siendo un síndrome infrecuente, es caracterizada por crisis recurrentes de dolor abdominal, con o sin alteración del estado de consciencia y síntomas gastrointestinales los cuales son

ocasionados por actividad epileptiforme que no tiene otra explicación (2). En 1868 Trousseau fue el primero que describió la enfermedad en un niño con un trastorno gastrointestinal paroxístico secundaria a crisis epilépticas; en 1944 Moore, documentó por primera vez la epilepsia abdominal a través de trazos de electroencefalograma (EEG) (3).

La etiología y la fisiopatología no es totalmente clara. El diagnóstico no es fácil y depende hasta en un 90% de una historia clínica detallada, precisa y con orden cronológico de la semiología, con la adecuada comprensión de la topografía, funciones corticales, valores lateralizadores y localizadores del foco epileptogénico; se confirma con estudios de EEG y el tratamiento de elección son los medicamentos anticrisis (4,5). El propósito de este reporte es describir el caso de una paciente que presentó una epilepsia focal con síntomas abdominales, atendida en un centro médico de tercer nivel siguiendo las directrices de la lista de verificación Case Report (CARE).

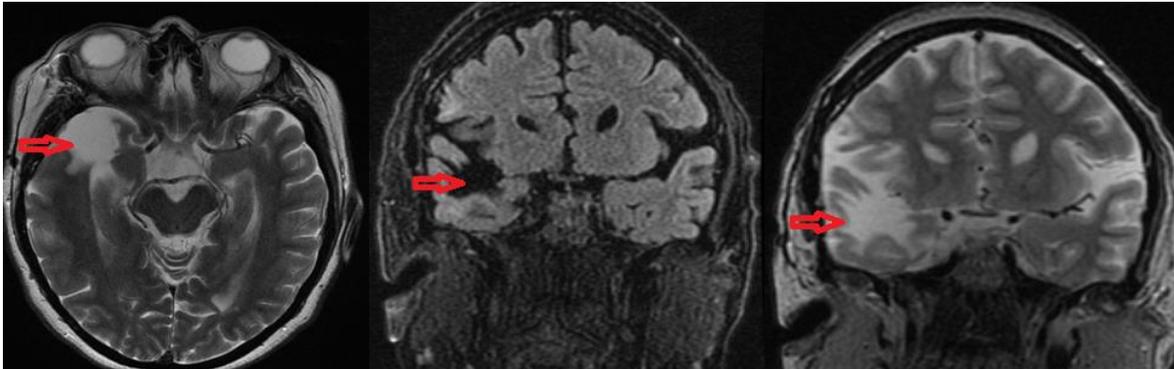
### **Caso clínico**

Paciente femenino de 49 años con antecedente de crisis convulsiva focal secundarias a un tumor tipo schwannoma hace 8 años, que requirió de una craneotomía temporal derecha sin manejo farmacológico anticrisis debido a no manifestar recurrencias. La mujer consultó a un centro asistencial de tercer nivel por cuadro clínico que inició con dolor abdominal periumbilical, sensación de náuseas, detención de la conducta, con posteriores sacudidas clónicas, prolongadas, rítmicas

de la musculatura abdominal, de predominio en hemiabdomen izquierdo, con una duración de 1 a 3 minutos aproximadamente, sin alteración del estado de la consciencia y un posictal manifestado con astenia, adinamia y somnolencia, similar a los episodios convulsivos iniciales.

Al ingreso al hospital, la mujer presentaba signos vitales sin alteración, alerta, orientada, con lenguaje coherente, pares craneales conservados, depresión ósea por craneotomía frontotemporal derecha, con fuerza muscular generalizada normal (5/5) de acuerdo con la escala de Daniels, sensibilidad y reflejos sin alteración. Durante la valoración médica la paciente presentó episodio convulsivo focal de igual característica ya mencionada. Se inició tratamiento con oxigenoterapia, líquidos endovenosos, benzodiazepina (diazepam 7 mg IV dosis única) como manejo inicial y posteriormente levetiracetam (ampolla 500 mg IV cada 8 horas) y valproato de sodio (ampolla 500 mg IV cada 8 horas), con lo cual presentó una mejoría de la crisis convulsiva y se decidió hospitalizar.

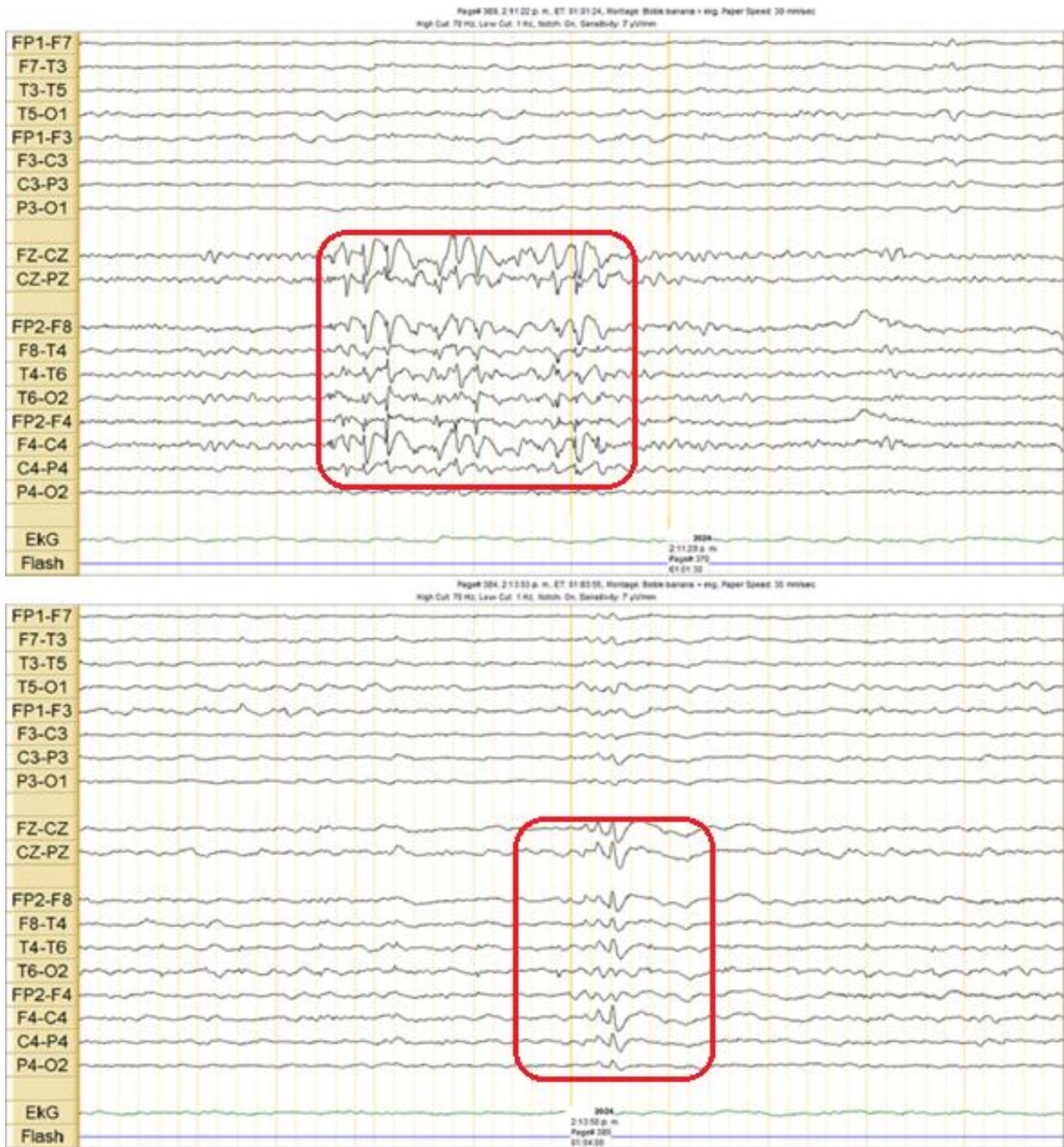
En el primer día en el hospital, se realizaron exámenes de química en sangre (glicemia, perfil lipídico, nitrógeno ureico, creatinina, cuadro hemático) y uroánalisis que documentaron resultados normales. Se practicó una resonancia magnética de cerebro que reportó encefalomalacia anterolateral frontal y temporal anterior derecha con cambios postquirúrgico secundario a la craneotomía, además mostró cambios degenerativos corticales y centrales acentuados (figura 1).



**Figura 1 - Resonancia magnética de cerebro simple. Cambios postquirúrgicos en la bóveda craneal temporoparietal derecha con área de encefalomalacia quística temporal derecha post quirúrgica.**

En el segundo día de hospitalización, se practicó una monitorización de electroencefalograma por video y radio de 6 horas, que mostró una actividad epileptiforme intercrítica focal con onda aguda - onda lenta y ondas agudas con máximo en F8, T4, T6, C4 y CZ frecuente durante el estudio, concluyendo una epilepsia focal frontotemporal derecha (figura 2). Con estos resultados de paraclínicos se diagnosticó una epilepsia abdominal y se continuó con el manejo anticrisis instaurado.

Los siguientes 4 días de hospitalización, la mujer mostró una evolución clínica adecuada, sin nuevos episodios focales clónicos de la pared abdominal y sin dolor, por lo tanto, se dio salida hospitalaria con fórmula médica de levetiracetam (tabletas 500 mg, 1 cada 8 horas oral), valproato de sodio (tableta 500 mg, 1 cada 12 horas oral), recomendaciones y control por el servicio de neurología de manera ambulatoria.



**Figura 2 - Monitorización de electroencefalograma por video y radio de 6 horas, que mostró una actividad epileptiforme interictal focal con onda aguda - onda lenta y ondas agudas con máximo en F8, T4, T6, C4 y CZ.**

## **Discusión**

La epilepsia abdominal un término antiguo y muy incierto, reemplazado en la terminología actual por epilepsia de inicio focal motora clónica según la clasificación operacional de la ILAE, es una entidad clínica poco frecuente, con pocos reportes de casos en la literatura científica. El dolor abdominal, aunque puede ser habitual en el contexto de síndromes epilépticos en la infancia, los cuales son de predominio en el sexo masculino entre los 4 a 9 años, son menos frecuentes en la etapa adulta; los síntomas como malestar abdominal, náuseas, vómitos o sensación de hambre, se incluyen dentro de las auras abdominales, que son más comunes en crisis de origen temporal mesial, síntomas que se describen en el reporte de caso (4,5).

La etiología por lo general es de causa desconocida; sin embargo, se ha documentado causas secundarias a lesiones del lóbulo temporal como tumores benignos, astrocitoma cerebral, gliomas, tumores neuroepiteliales disembrionales, defectos de migración neuronal, disfunción neuroendocrina, esclerosis del lóbulo temporal mesial, prematuridad, convulsiones febriles, neurocisticercosis, encefalitis, malformación cortical, arteriovenosa y lesiones estructurales de encefalomalacia anterolateral frontal y temporal anterior derecha como se documenta en el reporte de caso (4-8).

La paciente del caso clínico experimentó inicialmente un aura somatosensorial, pérdida de conciencia y sacudidas clónicas de la musculatura abdominal de predominio en hemiabdomen izquierdo, que se podría catalogar como una epilepsia focal clónica de tipo motor, que junto con las anormalidades focales del EEG, corresponde a las características clave requeridas para sospechar epilepsia

abdominal; sin embargo, varias investigaciones han documentado que algunos casos, los síntomas abdominales podrían ser el único elemento de actividad epiléptica (2).

En el estudio de Nair et al, el dolor abdominal se documentó en el 5% de los casos de epilepsia del lóbulo temporal y el 50% de epilepsia del lóbulo frontal, por tanto basado en la semiología de las crisis descrita en el paciente, se genera la hipótesis que el inicio del aura epiléptica procede probablemente del lóbulo temporal y la amígdala cerebral, que dirige señales al intestino por medio del nervio vago generando los síntomas somatosensoriales y autonómicos, con propagación al lóbulo frontal el cual manifiesta la actividad clónica de la musculatura abdominal (9).

La epilepsia abdominal tiene unas características diagnósticas que se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1 - Criterios diagnósticos de la epilepsia abdominal**

Síntomas gastrointestinales y autonómico paroxístico (dolor abdominal, náuseas, emesis, palpitaciones y enrojecimiento) de etiología no aparente.
Síntomas neurológicos central como cefalea, vértigo, disminución del estado de consciencia y convulsión.
Actividad epiléptica en el electroencefalograma.
Respuesta favorable al tratamiento anticonvulsivante.

Fuente: Al-Beltagi M, Saeed NK. Epilepsy and the gut: Perpetrator or victim? World J Gastrointest Pathophysiol. 2022;13(5):143-56. Disponible en <https://doi.org/10.4291/wjgp.v13.i5.143> (4).

El diagnóstico es de exclusión y no es fácil de realizar, por causa del parecido de la sintomatología a otros trastornos gastrointestinales y neurológicos; se sospecha mediante los datos clínicos mencionados y se confirma con la realización de monitorización de video EEG, idealmente de 24 horas, el cual documenta una

actividad eléctrica epileptogénica temporal focal (alto voltaje, ondas lentas y en ocasiones descargas generalizadas), no obstante, se ha asociado con etiologías no epilépticas como la migraña y reportes de EEG con alteraciones en población no epiléptica (10-12). Con respecto a los paraclínicos de imágenes (tomografía axial computarizada y resonancia magnética de cerebro) son necesarios para descartar causas estructurales del sistema nervioso central como tumores u otras enfermedades neurológicas (13).

La terapia anticrisis es el tratamiento de elección y ha demostrado ser eficaz con una alta tasa de éxito y bajo porcentaje de recaídas, responde al manejo de múltiples fármacos como carbamazepina, fenitoína, valproato de sodio, levetiracetam, entre otros; sin embargo, en recientes estudios ha demostrado mayor eficacia al uso de monoterapia con oxcarbazepina (14-16). En el reporte de caso se realizó una prueba terapéutica con fármacos anticrisis de amplio espectro (levetiracetam y valproato de sodio) con buena tolerancia y respuesta favorable, sin nuevos episodios convulsivos.

Se debe realizar un diagnóstico diferencial con enfermedades del sistema nervioso, del tracto intestinal (bandas fibrosas peritoneales y malrotación intestinal) y etiologías del dolor abdominal recurrente como fiebre mediterránea familiar, porfiria, vómitos cíclicos y migraña abdominal, siendo esta última la más frecuente en la infancia (5).

El reporte de caso se puede catalogar como una epilepsia abdominal que es un tipo de epilepsia focal motora clónica con síntomas abdominales, entidad poco frecuente en la vida adulta, considerando que la etiología en la mayoría de los individuos es

de origen idiopático; sin embargo, la paciente presentaba una encefalomalacia anterolateral frontal y temporal anterior derecha posquirúrgica, la cual es una de las áreas de alta actividad epileptogénica que se evidenció en el EEG y que corresponde a la semiología ictal (4,16). El caso cumplió con los criterios diagnósticos de la enfermedad (en especial la actividad epiléptica en el EEG), hallazgos que no son fáciles de encontrar y su pronóstico fue favorable teniendo en cuenta la respuesta que presentó al tratamiento anticrisis (10,13).

### **Fortalezas y limitaciones del reporte del caso**

A lo largo de la elaboración del reporte de caso, se debe tener en cuenta la limitación de hallar escasas investigaciones sobre la epilepsia abdominal; sin embargo, es una oportunidad para suministrar información a la literatura científica.

### **Conclusión**

Este informe es uno de los pocos reportes de caso con este tipo de semiología epiléptica, la cual es una patología rara con un elevado nivel de complejidad, su etiología por lo general es de causa desconocida, con asociación de síntomas abdominales episódicos que incluye dolor y movimientos clónicos de la pared abdominal, con o sin alteración del estado de consciencia. Para realizar el diagnóstico, el EEG o la monitorización de video EEG se considera como una prueba específica y un indicador de origen epiléptico es la respuesta adecuada al tratamiento farmacológico anticrisis.

## **Consideraciones éticas**

El actual estudio consideró la Ley 1581 de 2012 de Colombia, la cual alude a la protección de datos personales (17). El paciente aceptó y firmó un consentimiento informado por escrito con la finalidad de la publicación del reporte de caso.

## **Conflicto de interés**

Los autores afirman que no existen conflicto de interés.

## **Financiación**

Los autores no obtuvieron ninguna financiación.

## **Contribución de los autores**

JAOB: introducción, descripción del caso, discusión y conclusión. SPJL: descripción del caso, discusión y conclusión. EMLG: introducción, discusión y conclusión. NMMG: introducción, discusión y conclusión. OAVR: introducción, discusión y conclusión.

## **Bibliografía**

1. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, 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. <https://doi.org/10.1111/epi.13670>

2. Lo Bianco G, Thomson S, Vigneri S, Shapiro H, Schatman ME. Abdominal Epilepsy, a Rare Cause of Abdominal Pain: The Need to Investigate Thoroughly as Opposed to Making Rapid Attributions of Psychogenic Causality. *J Pain Res.* 2020;13:457-60. <https://doi.org/10.2147/JPR.S247767>

3. Moore MT. PAROXYSMAL ABDOMINAL PAIN: A FORM OF FOCAL SYMPTOMATIC EPILEPSY. *JAMA.* 1944;124(9):561-3. <https://doi.org/10.1001/jama.1944.02850090017005>

4. Al-Beltagi M, Saeed NK. Epilepsy and the gut: Perpetrator or victim? *World J Gastrointest Pathophysiol.* 2022;13(5):143-56. <https://doi.org/10.4291/wjgp.v13.i5.143>

5. González-Nafría N, Rodríguez-Osorio X, Pardo-Parrado M, Pardellas-Santiago E, Prieto-González A, López-González FJ. Dolor abdominal: una manifestación infrecuente de epilepsia temporal. *Rev Neurol.* 2016;63(7):335-6. <https://doi.org/10.33588/rn.6307.2016124>

6. Fisher R, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross J, Elger C, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia.* 2014;55 (4): 475-82. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>

7. Asranna A, Sureshbabu S, Mittal G, Peter S, Chindripu S, Saini L. Abdominal epilepsy partialis continua in neurocysticercosis. *Epileptic Disord.* 2019;21(3):302-6. <https://doi.org/10.1684/epd.2019.1069>

8. Alemdar M. Abdominal epilepsy partialis continua in a patient with astrocytoma treated with Lacosamide - value of repetitive EEG recordings. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021;25(20):6277-82. [https://doi.org/10.26355/eurrev\\_202110\\_26997](https://doi.org/10.26355/eurrev_202110_26997)

9. Caprara A, Tharwat H, Elrefaey A, Elejla S, Rissardo J. Somatosensory Auras in Epilepsy: A Narrative Review of the Literature. *Medicines.* 2023; 10 (8):49. <https://doi.org/10.3390/medicines10080049>

10. Tatum KB, Schuele SU, Templer JW, Becker TL, Tatum WO. True abdominal epilepsy is clonic jerking of the abdominal musculature\*. *Epileptic Disord.* 2020;22(5):582-91. <https://doi.org/10.1684/epd.2020.1196>

11. Cerminara C, El Malhany N, Roberto D, Curatolo P. Focal epilepsy with ictal abdominal pain: A case report. *Ital J Pediatr.* 2013;39(76). <https://doi.org/10.1186/1824-7288-39-76>

12. Garcia-Herrero D, Fernandez-Torre JL, Barrasa J, Calleja J, Pascual J. Abdominal epilepsy in an adolescent with bilateral perisylvian polymicrogyria. *Epilepsia*. 1998;39(12):1370-4. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1998.tb01340.x>
13. Xiao D. Temporal lobe epilepsy manifests refractory recurrent abdominal visceral pain in a 7-year-old children. *J Pediatr Surg Case Rep*. 2022;87:102477. <https://doi.org/10.1016/j.epsc.2022.102477>
14. Paiva NN, Macedo RA de, Chibini TT, Oliveira TM. Epilepsia abdominal: relato de caso. *REAC*. 2019;5:e869. <https://doi.org/10.25248/react.e869.2019>
15. Balabhadra A, Malipeddi A, Ali N, Balabhadra R. Abdominal Epilepsy: A Rare Cause of Unexplained Abdominal Pain. *Cureus*. 2020;12(8):e10120. <https://doi.org/10.7759/cureus.10120>
16. Tushar VP, Sureshababu S, Sruthi KG, Mohanlal S. Pharmacoresistant Abdominal Seizures in Symptomatic Localization-Related Epilepsy. *J Epilepsy Res*. 2021;11(1):106-9. <https://doi.org/10.14581/jer.21015>

17. Congreso de la república de Colombia. Ley 1581 de 2012 [Internet]. Colombia; 2012. Disponible en:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>



Esta obra está bajo una licencia internacional  
[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

VERSIÓN PRELIMINAR ACEPTADA