



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia:

Neurología

Alumna:

Daniela del C. García Ramírez

Docente

Dr. Gordillo Guillen Jose Luis

Lugar

Comitán de Domínguez Chiapas

CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS CONVULSIVAS Las crisis convulsivas se clasifican de diversas maneras: de acuerdo con su etiología supuesta, es decir, idiopática (primaria) o sintomática (secundaria); su sitio de origen; o con base en su forma clínica (generalizadas o focales); su frecuencia (aisladas, cíclicas, prolongadas o repetitivas, o la muy exacta secuencia del estado epiléptico), o según sus correlaciones electrofisiológicas. Es necesario distinguir entre la clasificación de crisis epilépticas (las manifestaciones clínicas de epilepsia; gran mal, pequeño mal, mioclónicas, parciales y otras), que se consideran más adelante, y la clasificación de las epilepsias, o síndromes epilépticos, que son constelaciones de enfermedades, la mayor parte de las cuales puede manifestar varios tipos de crisis epilépticas.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CONVULSIONES EPILÉPTICAS I. Crisis generalizadas (simétricas en ambos lados y sin inicio local)

A. Tónicas, clónicas o tonicoclónicas (gran mal)

B. De ausencia (pequeño mal) 1. Sólo con pérdida de la conciencia 2. Complejas: con movimientos clónicos, tónicos o automáticos breves

C. Síndrome de Lennox-Gastaut

D. Epilepsia mioclónica juvenil

E. Espasmos infantiles (síndrome de West)

F. Atónicas (astáticas, acinéticas) (a veces con sacudidas mioclónicas) II. Crisis parciales o focales (las crisis inician en forma local)

A. Simples (sin pérdida del estado de alerta o alteración en la función psíquica) 1. Motoras originadas en el lóbulo frontal (tónicas, clónicas, tonicoclónicas; jacksonianas; epilepsia benigna de la infancia; epilepsia parcial continua) 2. Somatosensoriales o sensoriales especiales (visuales, auditivas, olfatorias, gustativas, vertiginosas) 3. Vegetativas 4. Psíquicas puras

B. Complejas (con trastorno de la conciencia) 1. Inician como crisis parciales simples y progresan hasta afectar el estado de conciencia 2. Con trastorno de la conciencia desde el principio III. Síndromes epilépticos especiales A. Mioclono y crisis mioclónicas

C. Afasia adquirida con trastorno convulsivo D. Crisis febriles y de otras clases de la lactancia y la infancia E. Crisis histéricas

Crisis tonicoclónicas generalizadas (gran mal) Como ya se señaló, siempre es importante distinguir entre un tipo primario (generalizado) de crisis convulsivas, con grandes anormalidades en el EEG al inicio, y un tipo secundariamente generalizado, que comienza como una crisis focal o parcial y luego se generaliza. En el tipo primario común, es más frecuente que una convulsión inicie con poca o ninguna advertencia. El paciente algunas veces siente la llegada de una crisis por diversos fenómenos subjetivos (un pródromo).

Los signos motores iniciales son flexión breve del tronco, abertura de la boca y los párpados, y desviación de los ojos hacia arriba. Los brazos se elevan y abducen, los codos se semiflexionan y las manos se colocan en pronación. A esto le sigue una fase de extensión (tónica) más prolongada, que abarca primero el dorso y el cuello, y después los brazos y las piernas. Puede escucharse un grito penetrante por espasmo de toda la musculatura y el aire se emite de manera forzada a través de las cuerdas vocales cerradas.

Enseguida ocurre una transición de la fase tónica a la fase clónica de la convulsión. Al principio hay un temblor generalizado leve, que en realidad es una relajación repetitiva de la contracción tónica. Se inicia con una frecuencia de 8/s, cambia a la de 4/s de manera burda; luego cede con rapidez a la forma de espasmos flexores violentos breves que se producen en descargas rítmicas y que agitan todo el cuerpo.

La cara adopta un color violáceo y un aspecto contorsionado por una serie de gesticulaciones y a menudo el paciente se muerde la lengua. Los signos vegetativos son marcados: el pulso es rápido, la presión arterial está elevada, las pupilas se encuentran dilatadas, y la salivación y la transpiración son abundantes; la presión de la vejiga urinaria puede aumentar seis veces durante esta etapa. Las sacudidas clónicas disminuyen en amplitud y frecuencia durante un periodo de cerca de 30 s. La persona

permanece apneica hasta el final de la fase clónica, que suele definirse por una inspiración profunda.

Crisis de ausencia (pequeño mal) A diferencia de las grandes convulsiones generalizadas, las crisis de ausencia (denominadas en épocas pasadas pequeño mal o picnoepilepsia) se caracterizan por su brevedad y su frecuencia y la poca actividad motora. De hecho, pueden ser tan breves que los propios pacientes no se percatan de ellas; para el testigo presencial parecen un momento de distracción o de soñar despierto. El ataque, que sobreviene sin advertencia, consiste en una interrupción repentina del estado de conciencia que recibe el nombre de ausencia, del vocablo francés absence (“no presente”, “inatento”).

El paciente fija la mirada y deja de hablar o de responder por un momento. Solo alrededor del 10% de los pacientes mencionados están totalmente inmóviles durante el ataque; en el resto se observa un episodio breve de finos movimientos clónicos (mioclónicos) de los párpados, músculos de la cara o dedos de manos o pequeños movimientos sincrónicos de ambos brazos, todo a una velocidad de 3/s. La cifra anterior corresponde con la de la anomalía electroencefalográfica que asume la forma de trazos generalizados de espiga y onda a razón de 3/s

Variantes de las ausencias Se distinguen de las crisis de ausencia típicas en que la pérdida del estado de conciencia es parcial o en que el mioclono es acentuado y en otros casos porque las anomalías EEG tienen una regularidad menor del tipo de punta-onda de 3/s (pueden ocurrir a un ritmo de 2 a 2.5/s o adoptar la forma del complejo polipunta-onda de 4 a 6 Hz). Pequeño mal atípico es un término acuñado para describir actividad de punta-onda lenta de larga duración, por lo general sin pérdida aparente de la conciencia. Los estímulos externos, como pedirle al paciente que conteste a una pregunta o que cuente, interrumpen el desarrollo de la actividad EEG anormal

CRISIS EPILÉPTICAS PARCIALES O FOCALES Como ya fue comentado, la Clasificación Internacional divide todas las crisis epilépticas en dos tipos:

generalizadas, en que las manifestaciones clínicas y EEG denotan afección bilateral y difusa de la corteza cerebral, desde el comienzo, y focales o parciales, en las cuales la actividad convulsiva suele ser producto de una lesión focal demostrable o una anomalía EEG en alguna zona de la corteza cerebral (o tal vez en el diencefalo)

Ataques somatosensitivos, visuales y otros tipos de crisis sensitivas Los ataques somatosensitivos, sean focales o “extensivos” a otras partes del cuerpo en un mismo lado, casi siempre indican un foco en la circunvolución posrolándica, o cerca de ella, en el hemisferio cerebral opuesto. Penfield y Kristiansen encontraron el foco epiléptico en la circunvolución poscentral o precentral en 49 de 55 casos de esta clase. El trastorno sensitivo suele describirse como adormecimiento, prurito o sensación de “pinchazos” y a veces como hormigueo, descargas de electricidad o movimientos de esa región. Pueden ocurrir dolor y sensaciones térmicas, pero son poco frecuentes.

En la mayor parte de los casos las crisis sensitivas comienzan en los labios, los dedos de las manos o los dedos de los pies y la diseminación a las partes adyacentes del cuerpo sigue una pauta que depende de la distribución sensitiva en la circunvolución poscentral (posrolándica) del lóbulo parietal. El foco se encuentra en la parte más baja de la circunvolución o junto a ésta, cerca de la cisura de Silvio, si los síntomas sensitivos se localizan en la cabeza; cuando los síntomas se encuentran en la pierna o en el pie se afecta la parte superior de la circunvolución, cerca del seno sagital superior o sobre la superficie medial del hemisferio

Crisis amnésicas (amnesia epiléptica transitoria) En contadas ocasiones, las únicas manifestaciones de la epilepsia del lóbulo temporal son ataques recurrentes y breves de amnesia transitoria, si bien no se sabe si este fenómeno en los pacientes es ictal o posictal. Se ha denominado amnesia epiléptica transitoria (transient epileptic amnesia, TEA) a los ataques de amnesia pura (Palmini et al.; Zeman et al.). Si durante el ataque el individuo actúa en un nivel bastante alto, como suele ocurrir, existe semejanza con la amnesia global transitoria (descrita en el cap. 20). Sin embargo, la brevedad y la frecuencia de los trances epilépticos, su tendencia a afectar a la persona al

despertarse, la disminución del rendimiento en tareas cognitivas complejas y por supuesto el antecedente de epilepsia y descargas de las crisis acompañantes en el EEG, permiten hacer la diferenciación

Epilepsias reflejas Se ha observado desde hace tiempo que en algunas personas se pueden provocar las crisis por algún estímulo fisiológico o psicológico definido. El término epilepsia refleja se reserva para este pequeño subgrupo. Forster clasifica dichas crisis en cinco tipos de acuerdo con los estímulos que las desencadenan:

- 1) Visuales: luz centelleante, pautas visuales y colores específicos (en especial rojo), que producen parpadeo rápido o cierre de los ojos;
- 2) Auditivas: ruidos inesperados repentinos (susto), sonidos específicos, temas musicales y voces;
- 3) Somatosensitivas: un taconazo inesperado o un movimiento repentino luego de estar sentado o de haberse recostado tranquilo, o un estímulo táctil o térmico prolongado en cierta parte del cuerpo;
- 4) Escritura o lectura de palabras o números,
- 5) Movimientos de ingestión de alimentos.

Epilepsia parcial continua Es otro tipo especial de epilepsia focal motora que se caracteriza por movimientos clónicos, rítmicos, persistentes de un grupo muscular (por lo general de la cara, el brazo o la pierna) que se repiten a intervalos casi regulares, en periodos de unos cuantos segundos, y continúan por horas, días, semanas o meses sin extenderse a otras partes del cuerpo. Así, la epilepsia parcial continua es un estado epiléptico motor focal muy restringido.

Los músculos distales de la pierna y el brazo, en especial los flexores de la mano y los dedos, se afectan con más frecuencia que los proximales. En la cara, las contracciones recurrentes abarcan la comisura bucal o uno o ambos párpados. En ocasiones se afectan músculos aislados del cuello o tronco en un lado. Durante el sueño la actividad clónica puede intensificarse por el movimiento activo o pasivo de los músculos afectados y puede disminuir su intensidad pero no desaparecer.

CRISIS PSICÓGENAS NO EPILÉPTICAS (SEUDOCONVULSIONES) Los episodios en cuestión, que pueden remedar las crisis convulsivas o no convulsivas, no son resultado de descarga neuronal anormal; son muy frecuentes y se les califica erróneamente de trances epilépticos y se tratan con anticonvulsivos, que obviamente son ineficaces. Las crisis de ese tipo muy a menudo son manifestación de histeria en la mujer (enfermedad de Briquet o trastorno por conversión, como se expone en el cap. 56), o de neurosis de compensación y simulación en varones y mujeres. Estudios recientes sugieren que el cuadro de conversión-histeria también explica muchos casos de ese tipo en los varones y que rara vez hay simulación, si bien la experiencia de los autores señala lo contrario. Por supuesto, las personas con crisis epilépticas verdaderas también tienen otras de tipo psicógeno

ESTUDIO CLÍNICO DE LAS EPILEPSIAS El médico que atiende a una persona que solicita información respecto a un trastorno episódico de su función nerviosa, en primer lugar debe dilucidar si el episodio en cuestión es una crisis convulsiva; en segundo lugar, sus características clínicas y electroencefalográficas y otras más, y en tercer sitio, investigar su causa primaria. En el diagnóstico de la epilepsia el interrogatorio es el aspecto clave; en casi todos los adultos son pocos los datos que aporta la exploración física. El examen de lactantes y niños tiene mayor utilidad, porque detectar anomalías dismórficas y cutáneas permite identificar algunas enfermedades cerebrales muy características que pueden originar epilepsia.

TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA El tratamiento de todas las clases de epilepsia puede dividirse en cuatro modalidades: empleo de antiepilépticos, resección quirúrgica de los focos epilépticos y otras medidas quirúrgicas, supresión de los factores causantes o precipitantes y regulación de la actividad física y mental

Interacciones de antiepilépticos Los antiepilépticos muestran innumerables interacciones entre sí y con otros fármacos. Muchas de ellas se conocen, pero sólo unas cuantas asumen importancia clínica y muchas aparecen con fármacos de

generaciones viejas en que se necesita el ajuste de dosis (Kutt). Entre las interacciones de un anticonvulsivo y otro el ácido valproico suele originar acumulación de la fenilhidantoína activa y del fenobarbital al desplazar a ambos de las proteínas séricas y con ello incrementar moderadamente sus niveles totales en suero. Entre los agentes que alteran las concentraciones de los antiepilépticos están el cloranfenicol que origina acumulación de la fenilhidantoína y del fenobarbital, y la eritromicina que hace que se acumule la carbamazepina.

Los antiácidos disminuyen la concentración de fenilhidantoína en sangre, en tanto que los bloqueadores de histamina utilizados para disminuir la producción de ácido por el estómago, tienen el efecto contrario. Los salicilatos aminoran los niveles plasmáticos totales de los anticonvulsivos, pero incrementan la fracción libre al desplazar el fármaco de su proteína portadora

Estado epiléptico Las crisis generalizadas que recurren con una frecuencia que evita la recuperación de la conciencia en el intervalo entre las crisis (estado de gran mal) constituyen el problema terapéutico más grave (mortalidad general de 20 a 30% según Towne et al., pero tal vez sea menor en los últimos años). Muchas de las personas que fallecen de epilepsia tienen como origen la falta de control de las convulsiones de ese tipo, hecho complicado por los efectos de la enfermedad primaria o de una lesión sufrida como consecuencia de una convulsión.

Elevación de la temperatura, acidosis, hipotensión e insuficiencia renal por mioglobinuria constituyen una secuencia de acontecimientos que ponen en riesgo la vida y que puede encontrarse en los casos del estado epiléptico. El estado convulsivo prolongado (por un periodo mayor de 30 min) también conlleva un riesgo de secuelas neurológicas graves (“encefalopatía epiléptica”)

Regulación de la actividad física y la mental Los factores más importantes en la reaparición de crisis a pesar de la farmacoterapia, cuya frecuencia sigue al abandono de esta última o a la de la disminución natural de los niveles séricos de los fármacos,

son el insomnio y el abuso de alcohol u otras drogas. Debe insistirse en la necesidad de moderar el consumo de alcohol, lo mismo que en la de dormir las horas necesarias todos los días. Aún mantienen su validez estas sugerencias en apariencia anacrónicas en una era de muchos anticonvulsivos. Es permisible y quizá deseable un grado moderado de ejercicio físico. Con las salvaguardas apropiadas pueden permitirse incluso los deportes potencialmente más peligrosos como la natación. Empero, la persona con epilepsia controlada de manera incompleta no debe conducir automóviles, operar maquinaria sin protección, subir por escaleras de pared o asearse en la bañera con la puerta cerrada con llave; esta persona nadará sólo en compañía de un buen nadador y tendrá puesto un salvavidas cuando tripule embarcaciones