

# CLINICAS COMPLEMENTARIA S MEDICAS



ITZEL JAQUELINE RAMOS  
MATAMBU

EPILEPSIA

HP

DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

04 DE OCTUBRE DE 2020

**EPILEPSIA: CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN** La epilepsia es una enfermedad cerebral que se define por cualquiera de las siguientes circunstancias: 1. Al menos dos crisis no provocadas (o reflejas) con > 24 h de separación. 2. Una crisis no provocada (o refleja) y una probabilidad de presentar nuevas crisis durante los 10 años siguientes similar al riesgo general de recurrencia (al menos el 60 %) tras la aparición de dos crisis no provocadas

. Clasificación tipos de epilepsia Tras clasificar el tipo de crisis epiléptica, el siguiente paso es definir el tipo de epilepsia, y en los casos en que se cumplan los criterios, definir el síndrome epiléptico. La nueva clasificación considera no sólo el tipo de epilepsia y síndrome epiléptico, sino que también incorpora datos sobre la etiología, comorbilidades, test de laboratorio, genética..., aportando información crucial en el adecuado manejo del paciente.

Tipos de epilepsia

▶ Focal.

▶ Generalizada.

▶ Combinada focal y generalizada. Este término surge en la nueva clasificación para clasificar ciertos síndromes, como Dravet o Lennox-Gastaut, en los cuales es frecuente la presencia de crisis focales y generalizadas.

▶ Desconocida.

Epidemiología

100 pacientes entre agosto de 2016 y enero de 2017. Ochenta y seis fueron crisis focales, de las cuales 76 fueron focales a bilaterales tonicoclónicas, dos fueron con alteración de la consciencia de inicio motor y tres de inicio no motor, una sin alteración de la consciencia de inicio motor y cuatro de inicio no motor. Catorce fueron generalizadas de inicio generalizado motor. Las causas de descontrol fueron: 26 pacientes por falta de adhesión al tratamiento antiepiléptico, 21 de causa desconocida, 19 por infección, 13 por privación de sueño, 10 por ajuste de

tratamiento, tres por estrés, tres por menstruación, dos por uso de alcohol y tres por otras razones. En los 26 pacientes con falta de adhesión, 10 fueron por olvido de dosis, siete por negarse a tomar el medicamento, seis por causas económicas y tres por indicación de médico ajeno a la institución. En México, la falta de adhesión al tratamiento representa un 25% de los casos de descontrol de la epilepsia, lo que es un área de oportunidad para incrementar la educación de higiene de crisis y disminuir la frecuencia de éstas

## Etiologías

**Estructural:** si existe una lesión en neuroimagen que es la causa de las crisis epilépticas (concordancia en alteraciones EEG y semiología de las crisis).

**Genética:** si existe una anomalía genética patogénica para epilepsia, o la existencia de historia familiar positiva y hallazgos típicos en EEG y tipo de crisis.

- **► Infecciosa:** si existe una infección no aguda que determina una lesión cerebral (por ejemplo: neurocisticercosis, VIH, CMV, toxoplasmosis cerebral).

**► Metabólica:** provocada por un defecto metabólico genético o adquirido. No se considera como tal las alteraciones metabólicas transitorias, que son causa de crisis sintomáticas agudas, y no implican epilepsia.

**► Inmune:** si existe una enfermedad autoinmune responsable de la epilepsia (por ejemplo: encefalitis límbica).

**► Desconocida:** si no existe una causa identificada. Los términos “estructural, metabólico, infecciosa e inmune” sustituyen al término antiguo “sintomático remoto”. El término “genético” sustituye al término antiguo “idiopático”. El término “desconocido” sustituye al antiguo “criptogénico”. En el momento actual se proponen los siguientes ejes en la clasificación.

**► Síndrome epiléptico o síndrome electroclínico:** viene definido por la presencia de una serie de manifestaciones (tipo de crisis, alteraciones en EEG, edad de inicio, imagen, factores precipitantes, pronóstico) que aparecen agrupadas y cuyo

diagnóstico tiene implicaciones terapéuticas, pronósticas y de manejo total del paciente

► **Encefalopatías epilépticas:** son aquellos trastornos en los que la actividad epiléptica por sí misma puede contribuir a que se produzcan graves alteraciones cognitivas y de comportamiento más allá de lo que cabría esperar de la enfermedad subyacente sola (por ejemplo: malformación cortical), y que pueden empeorar a lo largo del tiempo. A su vez, y fundamentalmente en el caso de las formas genéticas, pueden observarse encefalopatía del desarrollo, en las cuales se producirá una alteración en el desarrollo sin la aparición de actividad epileptiforme tan frecuente que pueda asociarse a la regresión que presentan (estos pacientes tendrían una encefalopatía del desarrollo + epilepsia si ésta estuviera presente). Finalmente, en otros pacientes se observará que tanto la encefalopatía epiléptica como la encefalopatía del desarrollo puedan explicar la regresión que presentan. Se ha de evitar el término epilepsia generalizada sintomática, previamente empleado en todas estas formas.

<b>Tabla II. Auras: signos y síntomas localizadores y lateralizadores</b>		
	<b>Signos/síntomas</b>	<b>Valor localizador/lateralizador</b>
<b>Aura</b>	Epigástricas	Temporal (52 %), extratemporal (12 %)
	Sensoriales	Parietal somatosensorial, habitualmente contralateral
	Auditivas	Giro temporal superior más frecuentemente contralateral
	Vértigo	Encrucijada temporo-parieto-occipital
	Visuales	Occipital contralateral
	Dolorosas	Parietal somatosensorial frecuentemente contralateral
	Urgencia miccional	Temporal-límbico no dominante
	Auras orgásmicas	Temporal-límbico no dominante
	Expresión de miedo	Temporal-límbico y prefrontal

**Tabla IV. Signos y síntomas localizadores y lateralizadores postcríticos**

<b>Signos/síntomas</b>	<b>Valor localizador/lateralizador</b>
Fenómenos de tocarse la nariz con la mano	Temporal ipsilateral
Tos postcrítica	Temporal mesial dominante
Paresia postcrítica unilateral	Contralateral
Psicosis postcrítica	Activación temporal bilateral
Alteración postcrítica del lenguaje	Hemisferio dominante
Disfunciones cognitivas postcríticas	Memoria verbal hemisferio izquierdo Memoria visual hemisferio derecho
Hemianopsia postcrítica	Occipital contralateral
Beber agua en el periodo perictal	Temporal no dominante
Mordedura de lengua lateral	Ipsilateral

## Diagnóstico de la Epilepsia

La Unidad de Epilepsia del Hospital del Mar diagnostica y trata pacientes con todas las formas de epilepsia. El Programa ofrece una completa atención tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados y les provee de un amplio rango de opciones terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas, incluyendo terapias de investigación y alternativas no disponibles en otros centros. Pacientes que requieren un tratamiento ingresado reciben atención en una unidad neurológica especializada. El Programa comprende la integración coordinada de la Consulta Externa de Epilepsia (CEE) de adultos y niños con la Unidad de Monitorización de Epilepsia (UME). Se monitorizan pacientes candidatos a cirugía de la epilepsia, con diagnóstico incierto de epilepsia, con alteraciones motoras o de conciencia que pueden parecer epilepsia, con sospecha de pseudocrisis y pacientes con epilepsias de difícil control.

Desde el punto de vista diagnóstico se realizan 3 tipos de procedimientos:

1. Diagnóstico sindrómico: Tipo de epilepsia.

2. Diagnóstico etiológico: Genético, autoinmune, estructural, infeccioso.
3. Diagnóstico prequirúrgico: Video-EEG, Neuropsicología, RNM de 3T, SPECT, PET, etc.

La Fase 1 de diagnóstico prequirúrgico constituye la monitorización no invasiva que incluye la realización de una Monitorización por video-EEG prolongada, una evaluación Neuropsicológica y una RNM cerebral de 3T con protocolo de epilepsia.

Algunos pacientes necesitarán un estudio invasivo de Fase 2. En esta etapa los pacientes son implantados con electrodos intracraneales e ingresados en la UME para monitorización invasiva durante 14- 21 días. Aquí se realizan pruebas de mapeo cerebral y evaluación de crisis.

**EXPLORACIÓN FÍSICA** El objetivo del examen físico es buscar cualquier evidencia de la causa subyacente, si está limitada al cerebro o afecta otros sistemas, como es el caso de alteraciones neurocutáneas, anomalías cromosómicas y algunas enfermedades sistémicas. La exploración sistemática debe incluir de manera ineludible las siguientes actividades<sup>6</sup> :

- ▶ Inspección general: con un examen de la piel y de la constitución general, puesto que la epilepsia puede formar parte de numerosos síndromes cutáneos y dismórficos.
- ▶ Exploración cardiovascular: medición de la tensión arterial, anomalías del ritmo cardiaco o soplos cardiovasculares. Esta exploración resulta de especial interés en casos de diagnóstico diferencial con eventos de origen cardiogénico.
- ▶ La exploración neurológica en el paciente epiléptico, por su parte, debe tener el objetivo principal de poner en evidencia, en caso de que existan, signos indiativos de hipertensión intracraneal, disfunción neurológica focal, meníngea o en la esfera cognitiva, que orienten el diagnóstico a una epilepsia sintomática. Nivel de evidencia IV. Anotar el intervalo desde la última crisis.

► Valoración cognitiva y examen del estado psíquico del paciente: es fundamental para la detección del principal diagnóstico diferencial de las crisis epilépticas (CE), como las pseudocrisis de origen psicógeno. El diagnóstico incorrecto de epilepsia es frecuente, alcanzando hasta el 26 % de los pacientes remitidos a una Unidad de Epilepsia para evaluación quirúrgica. Las causas de error son sobre todo fallos en la anamnesis y en segundo lugar mala interpretación del registro electroencefalográfico. Con esto el retraso diagnóstico a veces llega hasta 7 o 10 años

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA EPILEPSIA EN LAS DISTINTAS EDADES

En un gran número de casos, ante un evento paroxístico, una historia clínica detallada puede ser suficiente para poder hacer un diagnóstico correcto, aunque a veces es necesario el uso de pruebas complementarias (principalmente, vídeo-electroencefalograma (vEEG), aunque también puede ser necesario: electrocardiograma, test de la mesa basculante, etc.).

**LABORATORIO** En el estudio del paciente con epilepsia es fundamental descartar alteraciones analíticas que puedan ser el origen de las crisis. Esto adquiere mayor importancia en el caso de pacientes neonatos y en los ancianos. En estas poblaciones son más frecuentes las crisis en relación con alteraciones metabólicas que deben detectarse porque en muchas ocasiones el tratamiento de las mismas resuelve las crisis. **Analítica de sangre** El estudio de laboratorio habitual en los pacientes con una primera crisis debe incluir hemograma, electrolitos (sodio, potasio, calcio, cloro, magnesio, bicarbonato), glucemia, perfil hepático, estudio tiroideo y estudio de la función renal.

**LCR** El estudio del LCR en el paciente que presenta crisis se debe realizar cuando existe sospecha de infección del SNC o hemorragia subaracnoidea con neuroimagen negativa. También puede ser de utilidad en pacientes inmunocomprometidos y en sospecha de etiología autoinmune o desconocida. Ningún estudio ha examinado el uso sistemático de la punción lumbar en pacientes con crisis de debut

## TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
El manejo terapéutico de una primera CE no provocada reduce a corto plazo el riesgo de recurrencia.	<b>B</b>
La evidencia refiere el uso de CBZ, LEV, PHT y ZNS como fármacos de elección en el tratamiento inicial en monoterapia para adultos, en tanto que LTG y GBP son los tratamientos de elección para adultos mayores que presentan CE focales.	<b>A</b>
El tratamiento de primera línea en las CE TCG es el VPA que es mas eficaz que LTG y mejor tolerado que TPM considerando el riesgo teratogénico asociado. Utilizar como última opción terapéutica CBZ y PHT.	<b>C</b>
El tratamiento de elección para el paciente con epilepsia mioclónica juvenil es VPA.	<b>C</b>
ESM, LTG y VPA son efectivos para el tratamiento de las CE de ausencia.	<b>C</b>
La mujer con epilepsia en tratamiento con CBZ, LTG, PB, PHT O VPA durante el embarazo, debe ser informada sobre el incremento en el riesgo de tener un hijo con malformación congénita o anomalía morfológica menor y del incremento en el riesgo de tener CE durante el embarazo en caso de abandonar el tratamiento.	<b>Rec SAde</b>

### Bibliografía

Guía de referencia rápida, catalogo de maestros de guías prácticas clínicas SS-210-09 ([http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/210\\_SSA\\_09\\_Epilepsia/GRR\\_SSA\\_210\\_09.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/210_SSA_09_Epilepsia/GRR_SSA_210_09.pdf))