

UDS

**Universidad del sureste Campus Tuxtla
Gutiérrez, Chiapas Escuela de Medicina
Humana**



ACUÑA DE SAZ RICARDO

MEDICINA COMPLEMENTARIA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA

EPILEPSIA

DEFINICION

Es un trastorno en el que una persona tiene convulsiones o crisis recurrentes debido a un proceso crónico subyacente, implica que una persona ha sufrido una sola convulsión o conclusiones recurrentes debida a factores corregibles o evitable, hace referencia a un fenómeno clínico mas que una sola enfermedad existen muchas formas y causas las causas de epilepsia hay diferentes síndromes epilépticos cada uno con sus peculiares manifestaciones clínicas y patológicas que sugieren una causa específica la epilepsia como dos o mas crisis no provocadas su incidencia es aproximadamente de 0.3 a 0.5% en las distintas poblaciones de todo el mundo la prevalencia de epilepsia se ha estimado en 5 a 30 por 1000 habitantes.

EPIDEMIOLOGIA

Aproximadamente una de cada 20 personas sufre una crisis epiléptica alguna vez en su vida, y de ellas, sólo una de cada ocho desarrolla epilepsia. Se calcula una prevalencia media mundial de aproximadamente 7 por cada 1000 habitantes y se estima que en España hay unos 300.000 pacientes epilépticos 14 . Los factores epidemiológicos que influyen en esta patología son: - Edad 3,9: En la mayoría de los estudios la incidencia de epilepsia es mayor en la primera década de la vida, sobre todo en el primer año de vida, y a partir de los 75 años. Las crisis epilépticas pueden ocurrir a cualquier edad, pero con mayor frecuencia se inician durante los primeros 23 años de vida y durante la adolescencia. - Sexo: Las diferencias son escasas; hay autores que defienden un leve predominio en varones 3 . - Raza: Se cree que la prevalencia de la epilepsia podría ser ligeramente superior en la raza negra 14 . - Nivel socioeconómico: Se han realizado diversos estudios en distintos países y áreas geográficas que sugieren una prevalencia de epilepsia mayor en clases socioeconómicas bajas 14 . - Distribución geográfica: Se han comunicado cifras de prevalencia mucho mayores en países de Latino América y el sur de África 3 donde factores etiológicos, genéticos o ambientales (por ejemplo, la elevada incidencia de parasitosis) pueden influir en los resultados. En los países en vías de desarrollo se observa una prevalencia ligeramente más elevada en el medio rural respecto a áreas urbanas.

CLASIFICACION

Según la comisión classification and terminology of the international league against epilepsy las enfermedades epilépticas se clasifican en parciales y generalizadas , existen una serie de mecanismo que posiblemente intervienen en el desarrollo de la crisis epiléptica: cambios en la proteína de membrana, niveles alterados de neurotransmisores (GABA , glutamato) y neuropéptidos endógenos, alteraciones en el Gaba.

Crisis Generalizadas: sin localización anatómica concreta. · Convulsivas Tónicas Clónicas Tonicoclónicas o grand mal · Atónicas · Mioclónicas · No convulsivas o ausencias Ausencia típica o petit mal Ausencia atípica ® Crisis parciales: se originan en un lugar concreto del cerebro. a) Según el foco: de origen temporal, frontal, occipital, parietal... b) Según la forma de manifestación: a. Compleja: en caso de pérdida de conciencia b. Simple: sin alteración de la conciencia. En realidad, las epilepsias constituyen un complejo conjunto de entidades nosológicas que se clasifican en una amplia variedad de Síndromes que agrupan pacientes con un cuadro de presentación y curso similar aunque frecuentemente con diversa etiología

ETIOLOGIA

Las causas del cuadro epiléptico puede ser de diversa naturaleza 23: 1. Predisposición genética: En las epilepsias generalizadas es bien conocida la influencia de los antecedentes familiares pero la ausencia de una herencia mendeliana clara, junto con la aparición de diferentes fenotipos clínicos en una misma familia, dificulta el descubrimiento de los factores genéticos implicados. Por su parte, en la última década, se han identificado varios síndromes epilépticos parciales con un claro patrón de herencia¹⁷ . Se han descrito mutaciones en los genes que codifican canales iónicos, receptores de los neurotransmisores implicados y proteínas celulares que participan en la cascada celular de obtención de energía ⁷ . 2. Malformaciones congénitas¹⁵: cromosomopatías, alteraciones durante el parto... 3. Postraumática: tras un traumatismo craneoencefálico. 4. Infecciosa. Tras procesos de encefalitis, meningitis... Además la infección por "T.Gondii" podría ser una causa de epilepsia criptogénica.^{3,18}. En cualquier caso no hay que confundirla con las convulsiones febriles. 5. Secundaria a alteraciones cerebrovasculares, metabólicas, tumores y procesos degenerativos³ . 6. Abandono del tratamiento antiepiléptico Asimismo, existen factores que podrían desencadenar una Crisis

DIAGNOSTICO

se debe basar en : 1. Anamnesis: Se deben recoger los antecedentes personales (enfermedades subyacentes, fármacos, consumo de tóxicos, anoxia, etc) y familiares una descripción de todo aquello que el paciente recuerde antes, durante y después de la crisis y un relato detallado de los testigos directos.

Exploración física general y neurológica completa. 3. Datos de laboratorio: Se debe solicitar un hemograma y una bioquímica sanguínea, que incluya glucemia, electrolitos, calcio y pruebas de función hepática y renal. La punción lumbar se debe realizar en aquellos pacientes en los que se sospeche de infección del sistema nervioso, 4. Electroencefalograma (EEG): Aporta 3 tipos de información; confirma una anormalidad en la actividad eléctrica, informa del tipo de convulsión y localiza el foco de inicio. Pero hay que tener en cuenta que entre el 10% y el 15% de la población general tiene un EEG anormal sin significado clínico, y alrededor del 50% de los epilépticos no muestran anomalías en un único registro aislado. 5. Técnicas de neuroimagen: La RM es la técnica de diagnóstico estructural de elección para el estudio de pacientes con epilepsia, pero las epilepsias, en numerosas ocasiones, no cursan con anomalías morfológicas cerebrales, siendo de indicación en estas ocasiones las técnicas de diagnóstico funcional, como la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y la Tomografía por Emisión de Fotón simple (SPECT).

TRATAMIENTO

felbamato, gabapentina, lamotrigina, topiramato, tiagabina y vigabatrina se encuentran en desarrollo otros anticonvulsivantes que actúan sobre la transmisión del GABA como son: Ganaxolona, Retigabina y Pregabalina 6 . Como puede apreciarse hay muchos antiepilépticos, lo que indica que ninguno sobresale claramente el tratamiento preferente consiste en la monoterapia con un fármaco antiepiléptico ya que provoca menos efectos secundarios que la politerapia los fármacos actúan a los siguientes niveles

Bibliografía

- Amosa, M. D. (2018). Traumatismo craneoencefalico. En M. D. Amosa, *Manual CTO de medicina y Cirugia* (pág. 99). Madrid España: Grupo CTO .
- Bibiano, C. G. (2018). Traumatismo craneoencefalico. En C. G. Bibiano, *Manual de Urgencia* (pág. 1181). MADRID ESPAÑA: Saned grupo.
- Borrueal, M. A. (2013). traumatismo craneoencefalico. En M. J. Borrueal, *Manual de urgencias neurologicas* (pág. 291). ESPAÑA: Teruel.
- Longo, L. D. (2013). convulsiones y epilepsia. En L. D. Longo, *Harrison.Manual de medicina* (pág. 2542). Mexico: McGraw-Hill.

