



EPILEPSIA

Christopher Manuel Liy Nazar

04 de octubre de 2020

Trastorno en el que se interrumpe la actividad de las células nerviosas en el cerebro, lo que provoca convulsiones.

La epilepsia puede ocurrir como resultado de un trastorno genético o una lesión cerebral adquirida, como un traumatismo o un derrame cerebral.

Durante una convulsión, una persona experimenta comportamientos, síntomas y sensaciones anormales, incluso la pérdida del conocimiento. Hay pocos síntomas entre convulsiones.

La epilepsia suele ser tratada con medicamentos y, en algunos casos, cirugía, dispositivos o cambios en la dieta.

Epidemiología . Las cifras de incidencia (número de casos nuevos por año) oscilan entre 127-134/100.000 en mayores de 60 años, en mayores de 80 años es de 140 por 100.000. La prevalencia (casos de enfermedad activa) en mayores de 75 años es de 1,5% (1, 2, 3). La epilepsia es el tercer síndrome neurológico en frecuencia en personas mayores de 60 años, tras la enfermedad cerebrovascular y las demencias, que, como se expondrá más tarde, son a su vez causas importantes de crisis epilépticas. La presencia elevada de patología estructural del sistema nervioso central (accidentes cerebrovasculares o ACV, demencias, tumores cerebrales...) y la frecuencia de infecciones y trastornos tóxico-metabólicos quizás explique la frecuencia de la epilepsia en ancianos. La elevada frecuencia debe hacernos prestar especial atención a su correcto diagnóstico, no siempre fácil, con un amplio abanico de patologías con las que hacer diagnóstico diferencial, y a su correcto tratamiento, no olvidando la polifarmacia y pluripatología del anciano, la frecuencia de efectos adversos o secundarios, y las distintas farmacodinamia y farmacocinética de este grupo etario. A ello ayudan los importantes avances de los últimos años en distintas áreas de la epilepsia; se conocen mejor los mecanismos básicos implicados o la fisiopatología, existen nuevas pruebas diagnósticas, como el vídeo-electroencefalograma (vídeo-EEG) o la resonancia magnética (RM), y se han descubierto nuevos y eficaces fármacos antiepilépticos e incluso la posibilidad de tratamiento quirúrgico en aquellos casos en que no funcionaran.

Clasificación desde el punto de vista clínico y electroencefalográfico (ILAE) Crisis parciales o focales (CP) Son aquellas en las que existe evidencia de inicio focal y la actividad epiléptica queda circunscrita a pequeñas áreas de la corteza cerebral. Su semiología dependerá de la funcionalidad de dicha área. En el EEG crítico se evidencia actividad focal. 1. Crisis parciales simples (CPS). Cursan sin alteración del nivel de conciencia. Pueden ser motoras, sensitivas-sensoriales (parestias, alteraciones visuales, del olfato o audición o del equilibrio...), autonómicas (enrojecimiento facial, sudoración, piloerección) o psíquicas (epigastralgia, miedo, sensación de despersonalización). Los síntomas a menudo indican la localización del área cortical donde se origina la descarga. Las más frecuentes son las crisis

parciales motoras; en ellas, los movimientos anormales pueden empezar en una región determinada, y progresar hasta afectar a gran parte de la extremidad. Cuando los síntomas típicos de una crisis parcial simple preceden a una crisis parcial compleja o una secundariamente generalizada, éstos actúan de aviso y se denominan aura. 2. Crisis parciales complejas (CPC). Cursan con alteración del nivel de conciencia. Pueden presentarse como alteración aislada o inicial del nivel de conciencia o comenzar como una crisis parcial simple que en su curso presenta una disminución del nivel de alerta; son frecuentes los automatismos o actos estereotipados involuntarios (chupeteo, movimientos de masticación o deglución, frotamiento de manos o actos más elaborados), y suele existir recuperación gradual, con cuadro confusional postcrítico.

. Crisis parciales secundariamente generalizadas (CPSG). Son crisis generalizadas que se originan a partir de una crisis parcial simple o compleja, al propagarse hasta afectar a ambos hemisferios; son generalmente del tipo tónico-clónicas y ocurren más frecuentemente en aquellas crisis con foco en lóbulo frontal. En ocasiones, es difícil distinguir este tipo de crisis de una crisis generalizada tónico-clónica primaria, ya que los testigos del episodio suelen fijarse más en la fase generalizada e ignorar o pasar inadvertidos los síntomas focales, más sutiles, que aparecen al comienzo. Crisis generalizadas (CG) Son episodios clínicos y electroencefalográficos bilaterales sin un comienzo focal detectable y con alteración de la conciencia desde su inicio. Traducen una descarga generalizada de neuronas de toda la corteza cerebral. En el EEG crítico se observan paroxismos generalizados. Se dividen en: 1. Ausencias típicas. Breves y repentinos episodios de pérdida de conciencia, con recuperación sin periodo postcrítico, típicos de la infancia y adolescencia. 2. Ausencias atípicas. Se diferencian de las típicas por menor trastorno de nivel de conciencia, signos motores más evidentes y comienzo y final menos bruscos. 3. Crisis mioclónicas (CM). Sacudidas musculares bruscas, breves y recurrentes; únicas en las que puede no existir pérdida de conocimiento. 4. Crisis clónicas. Movimientos clónicos de las cuatro extremidades, frecuentemente asimétricos e irregulares. 5. Crisis tónicas. Contracción de breve duración, típica de miembros superiores. 6. Crisis tónico-clónicas (CGTC). Comienza con pérdida de conciencia brusca, a continuación ocurre la fase de contracción tónica de músculos de todo el cuerpo, de segundos de duración, y posteriormente la fase clónica o de movimientos convulsivos, de predominio proximal, finalizando con un período postcrítico con cuadro confusional, de duración variable, flaccidez muscular y en ocasiones relajación esfinteriana. Frecuentemente son secundarias a trastornos metabólicos. 7. Crisis atónicas. Pérdida brusca de tono muscular postural con caída, fundamentalmente en niños.

Clasificación según la etiología o el mecanismo que desencadena la crisis — Idiopáticas. Se desconoce su causa. Se postulan factores genéticos implicados. No existe otra enfermedad que la propia epilepsia. — Sintomáticas. Existe una causa clara subyacente. Hay un trastorno del sistema nervioso central que aumenta el riesgo de epilepsia (traumatismo craneoencefálico, ACV, meningitis, patología metabólica u otros factores que se describen en el siguiente apartado). — Criptogénicas o probablemente sintomáticas. Se sospecha la existencia de un trastorno del SNC o causa sintomática, que no puede determinarse por los medios actuales

Etiología Las crisis epilépticas son consecuencia de un desequilibrio entre los procesos de excitación e inhibición neuronal del SNC (exceso de excitación o un defecto de inhibición), que tiene como consecuencia una descarga neuronal anómala, siendo muchos los factores que pueden alterar dicho equilibrio. Es importante recordar, por un lado, que el cerebro normal, bajo determinadas circunstancias, puede sufrir

Diagnóstico El diagnóstico de la epilepsia en el anciano suele ser complejo, debido a las peculiaridades clínicas que presenta, al amplio abanico de patologías con las que se debe hacer diagnóstico diferencial y a la menor sensibilidad de algunas pruebas diagnósticas. El diagnóstico es básicamente clínico, al igual que en otros grupos de edad, ya que la exploración y las pruebas complementarias pueden ser normales.

a) Anamnesis. Historia clínica

b) Exploración física Debe realizarse una exploración física general y neurológica completa. Las crisis focales y la existencia de focalidad neurológica, postcrítica o no, obligan a descartar lesión estructural. Si fiebre, descartar infección del SNC.

c) Pruebas complementarias — Analítica. Debe solicitarse hemograma y bioquímica sanguínea completa, incluyendo glucemia, iones, calcio, magnesio y función hepática, renal y tiroidea; también análisis de tóxicos en sangre y orina si se sospecha su consumo o niveles plasmáticos de antiepilépticos en aquellos con dicho tratamiento previo (niveles bajos pueden indicar mal cumplimiento, dosis insuficiente o interacciones farmacológicas. Raramente, niveles tóxicos de fenitoína o carbamazepina pueden provocar crisis.)

— Punción lumbar. No forma parte habitual del estudio de las crisis, salvo en urgencias, ya que se debe realizar en caso de sospecha de infección de SNC, vasculitis o hemorragia subaracnoidea y en pacientes VIH (virus inmunodeficiencia humana); también se aconseja en status epilépticos sin causa clara. —

Técnicas de imagen. Están indicadas en todo paciente adulto con primera crisis comicial. La RMN es la técnica de elección en esta patología, ya que se ha demostrado que es superior a TC (TAC craneal) en la detección de lesiones cerebrales asociadas a epilepsia (malformaciones vasculares, esclerosis del hipocampo, gliosis, tumores), aunque la TC es una alternativa útil en casos urgentes en que no es posible la realización de una RMN para poder

— EEG y vídeo-EEG. Debe realizarse un EEG en todos los pacientes tan pronto como sea posible, ya que puede ayudarnos a establecer el diagnóstico de epilepsia, a clasificar el tipo de crisis o de un síndrome epiléptico particular y puede mostrar alteraciones sugerentes de lesión estructural subyacente. En ancianos, el EEG pierde sensibilidad y especificidad (2, 6, 7, 10), y un porcentaje variable (12-38%) puede presentar anormalidades electroencefalográficas sin clínica asociada de epilepsia. En torno a un 50% de los pacientes con epilepsia tiene un primer EEG normal; los EEG seriados en el tiempo (hasta tres) aumentan la sensibilidad hasta el 80- 90% y también son útiles para determinar la evolución de la enfermedad y la eficacia del tratamiento. A veces, durante la realización del EEG pueden no registrarse episodios ictales, por lo que puede estar indicado la realización de un estudio de EEG con privación de sueño o, aún más sensible, monitorización con vídeoEEG, prueba de referencia para el diagnóstico de epilepsia; la duración de un vídeo-EEG es variable, de horas a días, y su utilidad se ha demostrado en distintos estudios en mayores, aunque no siempre se tiene acceso a ella. — Otras pruebas. ECG, ecocardiograma, holter ECG, test de tabla basculante, test de esfuerzo, polisomnografía nocturna, ecodoppler de troncos supraaórticos... Todas ellas útiles en el diagnóstico diferencial en el anciano.

Tratamiento antiepiléptico en el anciano a) Medidas generales. Medidas no farmacológicas 1. Manejo agudo de crisis comicial Mantener la vía aérea permeable con dispositivos tipo Guedel, oxigenoterapia si precisa, canalizar vía venosa, administrar tratamiento médico inmediato si procede y controlar crisis posteriores, descartar etiologías que requieran manejo urgente y prevenir complicaciones tipo traumatismos o broncoaspiración. 2. Medidas no farmacológicas Incluyen informar adecuadamente sobre la naturaleza de las crisis, consecuencias, precauciones a tener en cuenta, manejo y posibles tratamientos, así como la importancia de su cumplimiento, tanto al paciente como a familiares o cuidadores.

— Etiologías de las crisis diferentes a las del adulto joven.

— Alteraciones de la farmacocinética (a nivel de absorción, distribución, metabolismo y eliminación) y farmacodinamia (disminución de número de receptores y mayor sensibilidad de éstos, etc.), secundarias a cambios fisiológicos

del envejecimiento normal, con mayor sensibilidad a efectos adversos, sobre todo a nivel del SNC

— Posibles fallos en el cumplimiento terapéutico por déficit cognitivo.

Indicaciones de tratamiento. Cuándo comenzar el tratamiento farmacológico El objetivo del tratamiento antiepiléptico es el control completo de las crisis, sin efectos secundarios por la medicación, asegurando una buena calidad de vida. En el anciano, el tratamiento farmacológico es el de elección, considerándose la cirugía sólo de forma excepcional.

— Si se trata de la primera crisis sin causa clara desencadenante y con exploración neurológica normal, no tratar con fármacos antiepilépticos (nivel de certeza IV, grado de recomendación C)

. — Tratar con fármacos antiepilépticos las crisis sintomáticas remotas (nivel de certeza IV, grado de recomendación C) o aquella, aunque sea única, asociada a factores que aumentan el riesgo de recurrencias (crisis sintomáticas, EEG anormal, crisis parciales con o sin generalización secundaria, parálisis post-ictal o exploración neurológica o pruebas de imagen anormales). Los ancianos con crisis única tienen más probabilidad de sufrir nuevas crisis que los jóvenes.

EPILEPSIA Beatriz Fuertes de Gilbert Rivera Rafael López Gutiérrez Pedro Gil Gregorio