

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

CUARTO PARCIAL.

TEMA: CONVULSIONES.



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

CONVULSIONES

Las convulsiones y los trastornos epilépticos pueden surgir por muchas entidades patológicas subyacentes.

Las convulsiones asociadas a tumores son un síntoma bastante frecuente en los pacientes con cáncer. Las convulsiones son el síntoma de presentación de las metástasis cerebrales en el 15-20% de los casos, con otro 10% que desarrollan convulsiones posteriormente. En los pacientes con tumores cerebrales primarios, un 20-45% debutan con convulsiones y otro 15-30% las desarrollan posteriormente. Estas convulsiones asociadas a tumores tienden a ser simples o complejas parciales y pueden producir una parálisis de Todd.

La fisiopatología de las convulsiones asociadas a tumores no está totalmente clara, pero con gran probabilidad implica una pérdida de inhibición nerviosa asociada al ácido γ -aminobutírico (GABA). En los pacientes con gliomas, un número aumentado de astrocitos puede contribuir a un incremento de convulsiones debido a la liberación de glutamato. La mayoría de los episodios convulsivos son de naturaleza inicialmente focal, pero la actividad convulsiva se disemina rápidamente a través de la corteza, lo cual causa una generalización secundaria.

Manifestaciones clínicas: La localización del tumor primario o las metástasis influye de forma importante en la presentación de los episodios, siendo los lóbulos temporal y frontal las zonas más frecuentes de actividad convulsiva. En esta población, cualquier tipo de convulsión es posible: en los pacientes con tumores gliales y en aquellos con tumores metastásicos se producen convulsiones parciales simples, parciales complejas y secundariamente generalizadas con frecuencias aproximadamente equivalentes. Los fenómenos olfativos y gustativos son más frecuentes en los pacientes con tumores intracraneales que en los pacientes sin cáncer que tienen convulsiones.

Diagnóstico diferencial: En primer lugar, debe asegurarse un diagnóstico correcto: las convulsiones deben diferenciarse clínicamente de los fenómenos de apariencia similar, especialmente síncope, caídas y mioclonías. El síncope al final de la vida puede ser la consecuencia de cualquier combinación de etiologías, incluidas la

deshidratación (p. ej., diarrea, vómitos, escasa ingesta oral), la hipoglucemia, la debilidad generalizada o la hipotensión asociada a fármacos. Las caídas también pueden ser consecuencia de la debilidad generalizada. Las mioclonías generalmente no producen pérdida de consciencia y representan una hiperexcitabilidad del sistema nervioso. Pueden estar causadas por fármacos, incluidos los antidepresivos tricíclicos y la L-dopa. De forma específica, las mioclonías pueden encontrarse en el contexto del uso de opiáceos a dosis altas. Esto puede ser específicamente un problema en los pacientes que tienen insuficiencia renal concomitante, en los que se produce con frecuencia la acumulación de metabolitos neuroexcitatorios de la morfina y la meperidina. En ocasiones, la diferenciación de las convulsiones del síncope, las caídas o las mioclonías puede ser difícil, especialmente si el paciente se encuentra inconsciente o no se le puede realizar una anamnesis fiable. Muchos expertos recomiendan no iniciar un tratamiento anticonvulsivo hasta que la causa del episodio haya sido determinada con mayor claridad (p. ej., informe de un testigo, segundo episodio). Además, existen muchas otras razones (es decir, no asociadas al tumor de forma explícita) para las convulsiones en los pacientes con cáncer, y es importante tenerlas en cuenta cuando se evalúa a un paciente. Éstas incluyen las causas metabólicas (hipocalcemia, hipomagnesemia, hipoglucemia), hematológicas (hemorragia debida a coagulación intravascular diseminada o a trombopenia), infecciosas (virus del herpes simple, enfermedad criptocócica) e inducidas por fármacos (diversos quimioterápicos, antibióticos, meperidina). En estas situaciones se recomienda consultar con un neurólogo.

Tratamiento: En este momento no existen datos para apoyar la profilaxis primaria de las convulsiones en los pacientes con cáncer con o sin enfermedad intracerebral conocida. De hecho, los pacientes con tumores cerebrales que comenzaron con anticonvulsivantes como profilaxis primaria pueden experimentar tasas más elevadas de complicaciones iatrogénicas que otros pacientes tratados con estos fármacos. Sin embargo, una vez que las convulsiones se producen, debería iniciarse el tratamiento anticonvulsivante. En este contexto, los anticonvulsivantes más frecuentemente utilizados son la fenitoína, la carbamazepina, el valproato y la

lamotrigina. El tratamiento farmacológico anticonvulsivante ha demostrado reducir significativamente la frecuencia de posteriores episodios. Sin embargo, en al menos un estudio, la mayoría de los pacientes todavía experimentaba convulsiones adicionales. No existen datos que apoyen el uso de benzodiazepinas para la profilaxis secundaria de las convulsiones.

Bibliografía: Hunter Groninger y J. Cameron Muir. (2010). convulsiones. En Medicina Paliativa de Walsh (961-965). España: Elsevier.