

CRISIS CONVULSIVAS

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

Alumna: Axel Guadalupe Ceballos Salas

Titular de la materia: Dr. Alfredo López López

Materia. Urgencias Medicas

Octavo semestre

Periodo: Agosto-Enero

Crisis convulsivas

Una crisis convulsiva es una descarga sincrónica excesiva de un grupo neuronal que dependiendo de su localización se manifiesta con síntomas motores, sensitivos, autonómicos o de carácter psíquico, con o sin pérdida de conciencia. Las convulsiones pueden ser sintomáticas o secundarias, es decir, desencadenadas por un estímulo transitorio que afecte a la actividad cerebral (hipoglucemia, traumatismos, fiebre, infección del sistema nervioso central), o de carácter idiopático sin relación temporal con un estímulo conocido. Se puede definir, (aunque no siempre como ya hemos apuntado aparecen síntomas motores) como la presentación súbita e inesperada de contracciones musculares involuntarias que pueden afectar a un músculo o grupo muscular de forma aislada, pero también generalizarse a todo el cuerpo.

El origen de estas crisis es debido a una actividad exagerada de muchas neuronas que descargan al mismo tiempo impulsos nerviosos.

Se distinguen convulsiones tónicas, donde los músculos se contraen fuertemente; convulsiones mioclónicas, donde la contracción se hace de forma alternativa y son responsables de sacudidas cortas y repetidas aunque otros tipos de movimientos son posibles, en función de las neuronas que se encuentran activadas.

La crisis convulsiva puede adoptar diferentes aspectos. Sin embargo crisis convulsiva no es sinónimo de epilepsia, particularmente en los lactantes, donde pueden aparecer convulsiones en un contexto de fiebre alta: son las convulsiones febriles

EPILEPSIA

Las crisis epilepticas son episodios autolimitados en los que se altera la función cerebral, causados por una actividad anormal excesiva y sincronizada de grupos de neuronas corticales. La expresión clínica de las crisis tiene relación con la función del cortex cerebral implicado en la descarga, de modo que se producen síntomas motores cuando se afectan áreas frontales, sensitivos si la descarga compromete regiones parietales, visuales si afecta zonas occipitales y psíquicas o emocionales cuando intervienen estructuras temporales. Es habitual que la activación neuronal se propague de unas zonas a otras y se sucedan síntomas motores, cognitivos y sensoriales.

La epilepsia no es una enfermedad única sino que comprende muchos tipos de síndromes. Los criterios que determinan un tipo de síndrome no solo dependen del tipo de crisis , si no que, además, vienen dados por el tipo de anomalía en el EEG, edad de inicio de los síntomas , existencia de factores precipitantes, su causa, pronostico, respuesta al tratamiento y localización anatómica del foco inicial de la crisis. Hablamos de enfermedad epiléptica cuando nos referimos a un síndrome epiléptico con una causa bien determinada.

Las causas de crisis y epilepsia son variadas y su importancia cambia según la edad del paciente. En niños predominan las febriles, epilepsia idiopática y alteraciones prenatales, mientras que en adultos las causas predominantes son tumores y TCE . En ancianos que debutan con crisis la causa más habitual es el ictus.

La clasificación de las crisis epilépticas se basa en la observación clínica y en la expresión electroencefalográfica ictal e interictal. Se dividen en dos tipos principales: parciales (tienen un origen focal o un área cerebral restringida) y generalizadas (implican un inicio bilateral, simétrico y sincrónico de la corteza). A su vez las crisis parciales pueden ser simples (sin alteración del nivel de conciencia) o complejas (si provocan alteración de conciencia) y subdividirse a su vez según si las manifestaciones son motoras, sensitivas, autonómicas o relacionadas con la esfera psíquica, aportando esta importante información sobre la localización del inicio de la crisis.

CRISIS PARCIALES: Los primeros signos clínicos y/o electroencefalográficos traducen una localización anatómica o funcional como origen de la crisis, si bien cualquier tipo de crisis parcial puede generalizarse secundariamente. En el electroencefalograma la descarga solo se registra en algunas zonas, al menos al inicio de la crisis.

- Crisis parciales simples: No se produce pérdida de conciencia. Se manifiesta con síntomas motores, sensitivos, sensoriales (auditivos, olfatorios, visuales), vegetativos (sudoración, piloerección) vasomotores o psíquicos (miedo, deja-vu, despersonalización).

- Crisis parciales complejas: No se produce convulsión sino una detención brusca de la actividad. Son típicos los automatismos como chupeteos, parpadeos, degluciones repetitivas. A su vez pueden subdividirse: o Crisis con alteración de la conciencia desde el comienzo o Crisis con comienzo parcial simple seguido por alteración de conciencia

– Crisis parciales que evolucionan a generalizadas tónico-clónicas: o Parcial simple que evoluciona a generalizada

CRISIS GENERALIZADA (convulsiva o no)

La alteración de la conciencia en las crisis complejas puede ir precedida de una serie de síntomas previos, característicos y estereotipados que reciben el nombre de aura y, dado que la conciencia está aún preservada, puede considerarse una crisis parcial simple que evoluciona a compleja.

Una crisis es secundariamente generalizada cuando surge de la propagación a ambos hemisferios de una crisis parcial. Generalmente son del tipo tónico-clónico. Mientras que las crisis generalizadas vienen definidas por los fenómenos motores observados, además del patrón electroencefalográfico.

- Crisis de ausencia: Crisis de desconexión del medio, de breve duración con inicio y final brusco. Sin manifestaciones motoras prominentes, pueden acompañarse de automatismos mínimos (movimientos de chupeteo, movimientos oculares, parpadeo rápido, y/o discreta actividad tónica clónica o atónica. Generalmente duran menos de 10 segundos y presentan una punta-onda generalizada a 3Hz en el electroencefalograma. Tienen buen pronóstico, suelen desaparecer antes de los 20 años en el 85% de los casos. No se asocian con retraso mental posterior.

- Ausencia atípicas: Clínicamente son muy similares a las típicas , aparecen principalmente en pacientes con anomalías cerebrales previas y retraso mental ,presentan con más frecuencia automatismos. En el Electroencefalograma el inicio y fin de las crisis no es tan brusca y aparece un patrón de punta-onda lenta (menos de 3Hz) Este tipo de pacientes responde peor a la medicación. En este grupo se incluyen síndromes como Lenoux-Gastaut cuyo pico de incidencia tiene lugar entre los 2-10 años de edad y se suele asociar a retraso mental . Suele ser una evolución natural del sd de West el cual se manifiesta en niños entre los 2meses-2 años en forma de "salvas" , espasmos en flexión , extensión o ambos .En el electroencefalograma de estos pacientes es característica la hipsarritmia , completa desorganización de la actividad eléctrica cerebral de fondo.
- Crisis clónicas: sacudidas simétricas y bilaterales de los cuatro miembros de forma rítmica generalmente con flexión en codos y extensión en tobillos. A medida que la crisis progresa suele aumentar la amplitud de las sacudidas y disminuye su frecuencia. Aparecen habitualmente al despertar y están fuertemente asociadas a desencadenantes como el alcohol y la privación de sueño. Es más frecuente en adolescentes entre 13-19 años .Tiene una buena respuesta al tratamiento , no se asocian con retraso mental aunque en el momento que se suspende el tratamiento pueden reaparecer.
- Crisis mioclónicas generalizadas : son sacudidas breves, bruscas e irregulares axiales o de los miembros, asociadas a descargas generalizadas en el electroencefalograma que aparece sin alteraciones en el periodo intercrítico. Solo el 10% tiene mala evolución, el resto desaparecen entre los 1-5 años de edad.
- Crisis tónicas: repentino aumento sostenido del tono adoptando una postura flexora o extensora.
- Crisis tónico-clónicas comprenden una fase tónica generalizada inicial seguida de una fase con clonías rítmicas generalizadas que termina en un periodo postcrítico. Tras una crisis tónico-clónica generalizada, el paciente con frecuencia no recuerda nada de lo ocurrido .La fase postcrítica suele coincidir con un periodo más o menos prolongado en el que el sujeto presenta disminución de su nivel de alerta, contesta de forma confusa , poco coherente y se va recuperando paulatinamente .En este tipo de crisis no es extraño presenciar mordedura lingual lateral y elevación de la prolactina serica hasta 30 min después de la crisis.
- Crisis atónicas: pérdida brusca del tono que puede causar caída o “drop attack” . No obstante, no debe considerarse todo cuadro clínico que presente estas características como una crisis atónica; en ocasiones son debidos a crisis tónicas que, al afectar a la musculatura axial, propulsan al individuo al suelo

MANEJO INICIAL DE LA EPILEPSIA

- Confirmar el diagnóstico, establecer su semiología y descartar otros diagnósticos diferenciales.
- Determinar la etiología para indicar un tratamiento específico, si procede.
- Realizar un diagnóstico sindrómico para establecer un pronóstico y decidir el mejor tratamiento en cada caso.
- Si se trata de una crisis aislada, se deben valorar los factores de riesgo de recurrencia que soporten la decisión de iniciar o no un tratamiento con anticomieciales.
- Iniciar tratamiento con el fármaco más adecuado al tipo de crisis, en monoterapia, incremento lento de de dosis y vigilancia de efectos secundarios.
- Informar al paciente sobre las repercusiones sociales y laborales que implica el diagnóstico(conducción de vehículos, riesgo en algunos deportes o profesiones)

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO TRAS UNA PRIMERA CRISIS NO PROVOCADA

- Factores de riesgo de recurrencia de crisis:
- Primera crisis en mayores de 60 años o Crisis parcial
- Déficit focal postcrítico.
- Exploración neurológica anormal
- EEG patológico
- Neuroimagen con lesión potencialmente causante de crisis
- Debut como estatus o crisis subinrantes (situación en que se inicia una nueva crisis antes de haber finalizado la anterior)
- Crisis morfeica (sólo se desencadenan crisis durante el sueño)
- Profesión o situación sociolaboral en la que suponga riesgo importante una segunda crisis.
-