

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

**MATERIA:
FISIOPATOLOGÍA.**

**UNIDAD A EVALUAR:
UNIDAD 3.**

**TEMA DEL TRABAJO:
EPILEPSIAS.**

**NOMBRE DEL DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN.**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:
JALIXA RUIZ DE LA CRUZ.**

EPILEPSIAS.

Definición; La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres.

Etiología por edad; La etiología de la epilepsia se consideró sintomática en 277 casos (45,79%), idiopática en 156 casos (25,78%) y criptogénica en 172 casos (28,43%). Durante los 3 años de estudio se diagnosticaron 184 casos nuevos de epilepsia, siendo el resto revisiones de pacientes epilépticos conocidos. El 53,22% fueron varones y el 46,78% mujeres. El tiempo medio de seguimiento del total ha sido de 6,21 años, siendo el de las epilepsias sintomáticas de 8,13, el de las idiopáticas de 4,66 y el de las criptogénicas de 4,54. La edad media de inicio de la epilepsia en el total de la muestra ha sido de 4,78 años, siendo en las sintomáticas de 3,53, en las idiopáticas de 6,31 y en las criptogénicas de 5,43.

Fisiopatología; La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica que afecta al cerebro y tiene causas diversas. El mecanismo que la genera es la descarga excesiva, paroxística, pero autolimitada, de impulsos nerviosos desde un grupo de neuronas cerebrales. Se asocia a manifestaciones clínicas objetivas y/o subjetivas. La propagación de esas descargas nerviosas puede deberse a un exceso de mecanismos excitatorios mediados por el glutamato y sus receptores postsinápticos (NMDA y AMPA) y/o ser debido también a un déficit de la inhibición por parte del GABA y su receptor postsináptico (GABA-a).

Epidemiología; A nivel mundial, alrededor de 2.4 millones de personas son diagnosticadas con epilepsia cada año. En la actualidad, la proporción estimada de la población con epilepsia activa (convulsiones continuas o necesidad de tratamiento) está entre 4 y 10 por cada 1000 personas. Sin embargo, algunos estudios en países de ingresos bajos y medios sugieren que la proporción es mucho

mayor, entre 7 y 14 por cada 1000. El 25% de nuevos casos de epilepsia se diagnostican en el anciano, siendo más frecuente en el sexo masculino. 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%. 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.

Diagnostico;

1. Pruebas de laboratorio.
2. Electroencefalograma.
3. Tomografía computarizada.
4. Análisis de Curry.

Clasificación; Se clasifican como idiopáticas, llamadas también primarias, aquellas epilepsias en que no se encuentra una causa etiológica y que presumiblemente son de origen genético y de naturaleza benigna. Se consideran sintomáticas, o secundarias, aquellas epilepsias en que se logra establecer una etiología concreta.

a) Epilepsia Ausencia: Se caracteriza por episodios de “desconexión”, de segundos de duración, que se presentan en el niño, el cual queda inmóvil, con la vista fija, inconsciente y no reactivo a estímulos. Su duración es de 5-20 segundos, son de ocurrencia diaria, muchas veces al día y de inicio y término abrupto. Pueden asociar pestañeo, leve caída de la cabeza y a veces algunos automatismos simples. No provocan decaimiento post crisis. Existen las ausencias atípicas, en las que hay mayor pérdida del tono muscular, el paciente se demoran mucho más en recuperar las conciencia y el EEG presenta otras características.

b) Crisis Tónico-clónicas: Son aquellas que provocan mayor impacto emocional en los observadores. El individuo afectado cae inconsciente al suelo, se pone rígido, a

veces emite un quejido. Después de un período de hasta 30 segundos de duración aparecen convulsiones de todo el cuerpo, los labios se ponen azules, elimina saliva por la boca, su duración total es de 1 a 5 minutos y luego queda en un estado de sopor profundo. Puede haber mordedura de la lengua y relajación de esfínteres.

c) Crisis Tónicas: Suelen ser breves y consisten en caída al suelo y rigidez de todo el cuerpo, el que puede adoptar posturas bizarras. Son más frecuentes en casos con daño cerebral.

d) Crisis Clónicas: Se refiere a una crisis convulsiva generalizada, con movimientos repetitivos, sin la fase tónica inicial y son menos frecuentes. Se observan especialmente en el recién nacido.

e) Crisis Atónicas: Es una crisis en la cual la persona pierde en forma brusca la fuerza. Puede sólo caer la cabeza sobre el pecho o afectar a todo el cuerpo y caer al suelo en forma súbita. Son de inicio en la niñez y asocian riesgo de lesiones físicas producto de los traumatismos en las caídas. Su duración es de unos pocos segundos, con recuperación rápida de la conciencia.

CRISIS

FOCALES.

Son aquellas en que los cambios clínicos y los síntomas o signos indican la activación inicial de un grupo neuronal restringido, o sea, en una parte precisa de un hemisferio cerebral. Las crisis focales se dividen en 3 categorías:

- 1- focal simple: sin pérdida de conciencia. La persona se da cuenta de lo que le está sucediendo.

- 2- focal compleja: Existe alteración de conciencia, sin pérdida de la misma. En orden decreciente de frecuencia su origen es temporal, frontal, parietal y occipital.

- 3- Crisis focales secundariamente generalizadas: Cuando la descarga eléctrica anormal se propaga desde su foco de origen hacia ambos hemisferios cerebrales hablamos de una crisis tónico-clónica secundariamente generalizada. Se presenta en cerca de un tercio de los casos de las crisis focales.

Tratamiento; Para mejorar el control de las crisis resulta esencial diagnosticar correctamente el tipo de crisis (de inicio focal o generalizado) y seleccionar los tratamientos más indicados para cada caso. Con los fármacos antiepilépticos puede

obtenerse una remisión a largo plazo en el 60-70% de los pacientes, pero algunos necesitan un tratamiento combinado. Dormir lo suficiente y mantener un horario regular de sueño, evitar el consumo de alcohol, reducir el nivel de estrés. Recientemente se ha aprobado la indicación de everolimus, un tipo de fármaco inmunosupresor, en pacientes con epilepsia refractaria asociada al complejo de esclerosis tuberosa, por su efecto antitumoral y antiepiléptico.