

**TEMA:
EPILEPSIAS**

21/05/2021

**NOMBRE DEL ALUMNO: MUSSOLINI
MACNEALY PAZ.**

**NOMBRE DE DOCENTE: EDUARDO ZEBADUA
GUILLEN .**

**NOMBRE DE LA MATERIA: FISIOPATOLOGÍA
3.**

**NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD:
UNIVERSIDAD DEL SURESTE.**

**NOMBRE DE LA CARRERA: MEDICINA
HUMANA**

SEMESTRE: 4TO PARCIAL: 3ER PARCIAL

“EPILEPSIAS”

La epilepsia es una enfermedad crónica del sistema nervioso central, que se manifiesta en forma de crisis inesperadas y espontáneas, desencadenadas por una actividad eléctrica excesiva de un grupo de neuronas hiperexcitables. Para hablar de epilepsia hay que haber padecido, al menos, dos crisis. Más ampliamente la epilepsia es una enfermedad crónica del cerebro que se manifiesta en forma de crisis epilépticas con tendencia a repetirse. Las crisis epilépticas por sí mismas no son una epilepsia, sino que son un síntoma o trastorno motivado por múltiples causas que producen irritación y funcionamiento anormal transitorio de las neuronas. Según la más reciente definición de la Liga Contra la Epilepsia (ILAE) (2005), la epilepsia es un trastorno del cerebro caracterizado por una predisposición duradera a generar crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición.

“ETIOLOGÍA POR EDAD”

La frecuencia de las distintas causas de epilepsia varía con la edad de aparición: en la infancia tardía y adolescencia las causas más frecuentes de crisis comiciales son las idiopáticas y los traumatismos; en el adulto entre 18-50 años son los traumatismos y los tumores, y en los mayores de 50 años, las enfermedades cerebrovascular y neurodegenerativas.

Tabla 3. Causas agudas vs. remotas de crisis comiciales

- *Factores precipitantes o desencadenantes*, tanto en pacientes epilépticos como personas sanas: Privación de sueño, estrés físico o psicológico, alteraciones metabólicas, fármacos, tóxicos.
- *Causas de crisis sintomáticas agudas*. Las detallamos por orden de frecuencia en el anciano: accidente cerebrovascular (ACV) (40-54%), causas tóxico-metabólicas (15-30%), neoplasia (8-10%), traumática (4-10%), alcohol (3-5%), infección del SNC (2-3%).
- *Causas de crisis remotas o no provocadas*: ACV (40-54%), idiopáticas (33-50%), vascular (33-40%), demencia (11-16%), neoplasia (4-6%), traumática (1-3%).

Tabla 4. Causas más frecuentes de crisis comiciales en el anciano

- a) *Patología cerebrovascular.* Engloba ictus isquémicos, ictus hemorrágicos, hemorragia subaracnoidea, trombosis de senos venosos, malformaciones vasculares... Es la patología más frecuente en los casos de etiología conocida. Entre 5-20% de los pacientes con ACV tienen crisis, pero no todas son recurrentes (epilepsia), y son más frecuentes en ictus hemorrágicos, embólicos o corticales. Pueden ser crisis agudas o en el momento del ACV, frecuentes en ictus embólicos (6), crisis precoces (en dos primeras semanas) o remotas (un 12% de los pacientes que han sufrido un ictus padecerán una o más crisis en los primeros cinco años). Las crisis precoces empeoran el pronóstico y suelen estar en relación con gravedad del ACV inicial.
- b) *Traumatismo craneoencefálico (TCE) y cirugía del SNC.* Los TCE penetrantes graves se asocian a un riesgo de epilepsia de hasta un 50%, pero las crisis no suelen ser postraumáticas inmediatas.
- c) *Tumores cerebrales* (2, 9).
- d) *Demencias degenerativas.* Se ha descrito una mayor incidencia de epilepsia en la enfermedad de Alzheimer, e incluso pudiera existir relación entre el riesgo de crisis epilépticas y la severidad de dicha enfermedad (6, 7).
- e) *Infecciones del SNC* (encefalitis, meningitis, abscesos).

“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”.

La epilepsia afecta a un 0,5-1% de la población general, con dos picos, uno en la infancia y otro en la vejez. Así, la incidencia de la epilepsia en el anciano es elevada, entendiéndose como tal la que se inicia en personas mayores de 60-65 años, excluyéndose las que comienzan en edades más tempranas y permanecen en este grupo etario. Además, presenta peculiaridades clínicas, etiológicas, diagnósticas y terapéuticas que pueden hacer complejo su manejo. Probablemente, la epilepsia en personas de edad avanzada se infradiagnostica o es confundida con otros procesos, pero, aún así, su incidencia y prevalencia son mayores que en otros grupos de edad, incluso tienden a aumentar según avanza la edad, con un pico máximo a los 80

años. 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.

“PRUEBAS DIAGNÓSTICAS”.

- Electroencefalograma (EEG).
- Electroencefalograma de alta densidad. Exploración por tomografía computarizada (TC).
- Imágenes por resonancia magnética (RM). Resonancia magnética funcional (RMf).
- Tomografía por emisión de positrones (TEP).
- Tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT).
- Pruebas neuropsicológicas.
- Mapeo paramétrico estadístico (SPM)
- Análisis de Curry.
- Magnetoencefalografía (MEG).

“CLASIFICACIÓN DE LA

EPILEPSIA”.

Tablas 1 y 2. Clasificaciones de la epilepsia

a) CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS (SEGÚN LA COMISIÓN INTERNACIONAL DE LA LIGA INTERNACIONAL CONTRA LA EPILEPSIA) 1989

— Crisis parciales:

1. Crisis parciales simples (con síntomas o signos motores, sensitivos, autonómicos o psíquicos).
2. Crisis parciales complejas (con disminución del nivel de conciencia).
 - Parciales simples seguidas de parcial compleja.
 - Crisis parciales complejas desde el inicio.
3. Crisis parciales complejas que evolucionan a generalización secundaria.

— Crisis generalizadas:

1. No-convulsivas:
 - Ausencias.
 - Crisis atónicas.
2. Convulsivas:
 - Crisis generalizadas tónico-clónicas.
 - Crisis tónicas.
 - Crisis mioclónicas.

— Crisis sin clasificar

b) CLASIFICACIÓN DE LAS EPILEPSIAS Y DE LOS SÍNDROMES EPILÉPTICOS

1. Epilepsias localizadas (focales):

1.1. Idiopáticas:

- Epilepsia benigna de la infancia con puntas centrotemporales.
- Epilepsia de la infancia con paroxismos occipitales.
- Epilepsia primaria de la lectura.

1.2. Sintomáticas:

- Epilepsia parcial continua progresiva de la infancia (síndrome de Kojewnikow).
- Síndromes caracterizados por crisis con modos específicos de precipitación.
- Epilepsias del lóbulo temporal.
- Epilepsias del lóbulo frontal.
- Epilepsias del lóbulo parietal.
- Epilepsias del lóbulo occipital.

1.3. Criptogénicas:

- Epilepsias del lóbulo temporal.
- Epilepsias del lóbulo frontal.
- Epilepsias del lóbulo parietal.
- Epilepsias del lóbulo occipital.

2. Epilepsias o síndromes generalizados:

2.1. Idiopáticas:

- Convulsiones neonatales benignas familiares.
- Convulsiones neonatales benignas.
- Epilepsia mioclónica benigna de la infancia.
- Ausencia infantil.
- Ausencia juvenil.
- Epilepsia con crisis de gran mal al despertar.
- Otras epilepsias generalizadas idiopáticas.
- Epilepsias con crisis precipitadas por modos de activación específicos.

2.2. Criptogénicas o sintomáticas:

- Síndrome de West o espasmos infantiles.
- Síndrome de Lennox-Gastaut.
- Epilepsia con crisis mioclónicas astáticas.
- Epilepsia con ausencias mioclónicas.

2.3. Sintomáticas:

- Etiología no especificada.
- Encefalopatía mioclónica temprana.
- Encefalopatía infantil temprana con brotes de supresión.
- Otras.
- Síndromes específicos.

3. Epilepsias o síndromes sin determinar si son generalizados o focales:

3.1. Con crisis generalizadas y focales:

- Crisis neonatales.
- Epilepsia mioclónica severa de la infancia.
- Epilepsia con punta-onda continua durante el sueño lento.
- Afasia epiléptica adquirida (Síndrome de Landau-Kleffner).
- Otras.

3.2. Sin claras crisis generalizadas o focales.

4. Síndromes especiales:

- Convulsiones febriles.
- Crisis aisladas o estado de mal epiléptico aislado.
- Crisis en el seno de una alteración metabólica o tóxica.

“TRATAMIENTO”:

La mayoría de las personas con epilepsia pueden liberarse de las convulsiones al tomar un medicamento anticonvulsivo, también llamado medicamento antiepiléptico. Otras pueden disminuir la frecuencia e intensidad de sus convulsiones al tomar una combinación de medicamentos. Muchos de los niños con epilepsia que no presentan síntomas pueden con el tiempo suspender la toma de los medicamentos y llevar una vida sin convulsiones. Muchos adultos también pueden suspender la toma de los medicamentos después de dos años o más sin convulsiones. El médico te aconsejará sobre el momento adecuado para suspender la toma de los medicamentos. Encontrar el medicamento y la dosis correctos puede resultar complejo. El médico considerará la enfermedad, la frecuencia de las convulsiones, tu edad y otros factores al elegir qué medicamento recetar. También revisará cualquier otro medicamento que pudieras estar tomando para asegurar que los medicamentos antiepilépticos no interactúen con ellos.

Es probable que, en principio, el médico recete un solo medicamento con una dosis relativamente baja y luego la aumente progresivamente hasta que las convulsiones estén bien controladas.

CUUDS

PASIÓN POR EDUCAR