



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CUARTA UNIDAD

ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS

COMPLEMENTARIAS

GRADO: 7

GRUPO: A

DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

ALUMNO: RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLIN.

La epilepsia se define como un trastorno caracterizado por la recurrencia de crisis epilépticas. Estas, a su vez, son el resultado de descargas excesivas y desordenadas de neuronas cerebrales. Las crisis epilépticas pueden ser convulsivas y no convulsivas. Las primeras son aquellas en las cuales hay movimiento como por ejemplo las crisis parciales motoras, o crisis tónico clónicas generalizadas. En las no convulsivas, no hay movimiento, pero se presentan igualmente descargas anormales, responsables del fenómeno observado. Ejemplo de lo anterior constituyen las ausencias, las crisis parciales, sensitivas o las crisis parciales con componente psíquico.

Es una de las entidades neurológicas más frecuentes. A su vez su incidencia varía de acuerdo a diferentes latitudes, siendo más frecuente en países en vía de desarrollo que en países industrializados. En nuestro medio, su prevalencia es cercana a 15 por mil, mientras que por ejemplo en los Estado Unidos de Norteamérica se acerca al 3 por mil. Es una entidad que en la mayoría de los casos se inicia en la infancia. Loiseau y Jallon señalan como 50 % de las crisis aparecen antes de los 10 años de edad, 44 % antes de los 5 años, 30 % entre los 10 y los 29 años y 75 % antes de los 20 años.

Hay dos grandes Clasificaciones que utilizamos en la actualidad en epilepsia y su clasificación de las Crisis Epilépticas y la de las Epilepsias y Síndromes Epilépticos. Al clasificar de manera correcta a un paciente, se puede elegir el fármaco más adecuado para su manejo, informarlo a él o a sus padres, si se trata de un menor, sobre el tiempo aproximado que debe recibir tratamiento y sobre el pronóstico de la entidad. Previamente a la utilización de esta clasificación, empleábamos con frecuencia el término paciente con síndrome convulsivo, lo cual era cuando menos difuso, ya que para empezar, no todas las crisis epilépticas son convulsivas y, en segundo término, el sólo tipo de crisis que presenta un paciente no es criterio suficiente para clasificarlo.

Las neuronas que generan descargas epilépticas tienen la particularidad de producir potenciales de acción de mayor voltaje que las demás neuronas. Ante un estímulo determinado pueden generar "potenciales de acción gigantes", cuya expresión

clínica puede ser una crisis epiléptica. Por otra parte, es bien conocido que las neuronas están genéticamente codificadas para generar potenciales de acción ante diferentes estímulos. Sin embargo si estos no son lo suficientemente intensos, no se logrará generar el potencial. El punto al cual debe llegar el estímulo para generar el potencial de acción se denomina " umbral de la neurona." Entre más alto sea este, más intenso tendrá que ser el estímulo para generar la descarga. Se ha planteado entonces que las neuronas que generan crisis epilépticas tienen un umbral muy bajo y esto facilita la aparición de crisis.

En el cerebro hay neurotransmisores inhibidores y excitadores. El principal neurotransmisor inhibidor en el sistema nervioso es el ácido gama-amin-obutírico, denominado GABA. A su vez, los principales aminoácidos ex-citatorios son el ácido glutámico y el aspartato. Se ha planteado que en la epilepsia podría haber un desequilibrio entre estos neurotransmisores, existiendo un déficit de GABA o un exceso de aminoácidos excitatorios. De hecho, algunos fármacos antiepilépticos actúan incrementando los niveles de GABA y se conocen como medicamentos "gabaérgicos". Otros medicamentos bloquean la acción de los neurotransmisores excitatorios,

Si se deja de estimular en ese momento, el sujeto podrá llevar una vida normal, pero si se vuelve a estimular incluso mucho tiempo después, en estudios hasta tres años después se volverán a generar descargas acompañadas de manifestaciones clínicas. Si al llegar al punto en el que el estímulo genera manifestaciones clínicas se sigue estimulando el tejido nervioso, este descargará luego espontáneamente, sin necesidad de ningún tipo de epilepsia. El tratamiento quirúrgico que en la actualidad ofrece resultados muy satisfactorios a pacientes debidamente seleccionados, advirtiendo que requiere de recursos de alta tecnología y muy costosos. El porcentaje de éxito varía de acuerdo a diferentes autores, entre el 90 al 95 %. El manejo integral del paciente, de la familia, del ambiente escolar, laboral y social en el que debe enfrentar diferentes problemas y decisiones que pueden interferir con su vida. Las presentes líneas están dedicadas al primero de estos aspectos el manejo farmacológico.

La epilepsia benigna de la infancia con puntas centrotemporales, la epilepsia benigna de la infancia con puntas occipitales, la epilepsia primaria de la lectura, la epilepsia mioclónica benigna del lactante, la epilepsia infantil con ausencias, la epilepsia mioclónica juvenil benigna, la epilepsia con crisis tónico-clónicas del despertar. Hay dos tipos: idiosincráticos y por sobredosificación. Los efectos idiosincráticos se presentan en raras ocasiones, en que un individuo presenta una reacción adversa con un antiepiléptico que generalmente es muy bien tolerado. Pueden tener gravedad variable, de leve a severa, y en la práctica se presentan muy ocasionalmente. La sobredosificación se observa en particular al formular dosis muy altas de un producto, o al indicar politerapia. Cuando estos efectos se presentan en forma aguda o subaguda, son generalmente detectados rápidamente y pueden corregirse ajustando la dosis.

La mayoría de los fármacos son transformados en sustancias hidrosolubles, más fáciles de excretar por el organismo. Estos metabolitos se forman en particular en el hígado, gracias a enzimas microsomales. La biotransformación representa la principal vía de eliminación de los anti-convulsivantes. Es importante conocer que la actividad de las enzimas hepáticas puede ser modificada por diferentes medicamentos. Si la actividad de las enzimas aumenta, se habla de inductores enzimáticos, si esta disminuye, se emplea el término inhibidores enzimáticos, y si no la modifican, se consideran neutros.

La participación médica sin ser ideal, es sin embargo muy importante para mejorar la calidad de vida de la persona con migraña, ya sea atenuando o suprimiendo el dolor y las otras molestias asociadas a los episodios de migraña es la estrategia "abortiva", como también mediante la profilaxia, a fin de evitar la aparición de nuevos episodios o cuando menos disminuir su excesiva frecuencia de repetición estrategia preventiva. En ambas acciones se utilizan algunos fármacos que citaremos luego, pero es igualmente útil recomendar al paciente la necesidad de modificar ciertos hábitos de vida, que en cierto modo aumentan sus probabilidades de empezar otra crisis. La susceptibilidad genética es evidente cuando se constata que la migraña afecta alrededor de 12 % de la población en general, pero las personas que padecen

de tal cefalea tienen familiares directos con el mismo problema hasta en el 70% de ellas. De modo que debe existir algún gen, todavía sin descubrir, de carácter no dominante, o quizás más de uno, incluido en el genoma de los pacientes con migraña. De hecho, en una forma rara de migraña denominada migraña hemipléjica familiar, se ha logrado identificar al gen causante, codificado en canales de calcio del cromosoma 19, por tal motivo se piensa que todos los tipos de migraña, podrían ser también similares canalopatías.

El estrés, de cualquier causa, es en mi experiencia y posiblemente en la de la mayoría de neurólogos, el disparador más frecuente del episodio doloroso en los pacientes con migraña. La experiencia clínica muestra asimismo, que tanto el estrés como los otros desencadenantes, tienen diferente umbral de activación en una misma persona, bajo la influencia del estado somato psíquico. Cambios hormonales en las mujeres. Las fluctuaciones de estrógenos en mujeres con migraña, pueden desencadenar la aparición de episodios de dolor de cabeza o agravarlos mayor frecuencia o mayor intensidad, ya en la proximidad o durante la menstruación, en los primeros meses de la gestación y también en la menopausia, aunque en las dos últimas situaciones no faltan quienes refieren gran alivio y aun desaparición de sus crisis dolorosas. Asimismo, es conocido el agravamiento de la migraña, en aquellas mujeres que toman anticonceptivos orales o terapia hormonal de reemplazo.

Bibliografía

Sánchez, L. P. (2010). EPILEPSIA. *Rev Colomb Psiquiatr* Vol. XXVIII, 134-160.