



NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SANZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

MATERIA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

TEMA: RESUMEN EPILEPSIA

UNIDAD: CUARTA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 7° "A"

FECHA DE ENTREGA: 5-JULIO-2021

INTRODUCCIÓN

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

DEFINICIÓN

Trastorno del sistema nervioso central (SNC) caracterizado por la repetición de dos o más crisis epilépticas en ausencia de una causa inmediata aguda identificable que la provoque. Así, una única crisis o crisis epilépticas recurrentes secundarias a factores corregibles o evitables no permiten, sin más, el diagnóstico de epilepsia.

Recientemente se han introducido dos nuevos conceptos: 1) Enfermedad epiléptica. Afección con etiología única y precisa. 2) Encefalopatía epiléptica. Enfermedad en que se sospecha que las progresivas descargas o anormalidades epileptógenas contribuyen a un progresivo deterioro de la función cerebral, acompañándose de defectos motores y mentales graves.

EPIDEMIOLOGIA

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.

CLASIFICACIÓN

Podemos clasificar las crisis epilépticas desde varios puntos de vista. La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) elaboró en 1989 una clasificación en función de las características clínicas y electroencefalográficas (4, 5), distinguiendo, en cada grupo, síndromes idiopáticos, criptogénicos o sintomáticos; reciente mente, se ha presentado un borrador para una nueva clasificación de crisis y síndromes epilépticos, con el objetivo de adaptar dicha clasificación a los conocimientos actuales, pero aún es una propuesta sujeta a posibles modificaciones; esta última clasificación recomienda, entre otras, usar el término focal en vez de parcial, y recuerda que no siempre es posible hacer un diagnóstico sindrómico preciso.

A) CLASIFICACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO Y ELECTROENCEFALOGRÁFICO (ILAE)

CRISIS PARCIALES O FOCALES (CP)

Son aquellas en las que existe evidencia de inicio focal y la actividad epiléptica queda circunscrita a pequeñas áreas de la corteza cerebral. Su semiología dependerá de la funcionalidad de dicha área. En el EEG crítico se evidencia actividad focal.

1. Crisis parciales simples (CPS). Cursan sin alteración del nivel de conciencia. Pueden ser motoras, sensitivas-sensoriales (parestias, alteraciones visuales, del olfato o audición o del equilibrio...), autonómicas (enrojecimiento facial, sudoración, piloerección) o psíquicas (epigastralgia, miedo, sensación de despersonalización). Los síntomas a menudo indican la localización del área cortical donde se origina la descarga. Las más frecuentes son las crisis parciales motoras; en ellas, los movimientos anormales pueden empezar en una región determinada, y progresar hasta afectar a gran parte de la extremidad.

2. Crisis parciales complejas (CPC). Cursan con alteración del nivel de conciencia. Pueden presentarse como alteración aislada o inicial del nivel de conciencia o comenzar como una crisis parcial simple que en su curso presenta una disminución del nivel de alerta; son frecuentes los automatismos o actos estereotipados involuntarios (chupeteo, movimientos de masticación o deglución, frotamiento de manos o actos más elaborados), y suele existir recuperación gradual, con cuadro confusional postcrítico.

3. Crisis parciales secundariamente generalizadas (CPSG). Son crisis generalizadas que se originan a partir de una crisis parcial simple o compleja, al propagarse hasta afectar a ambos hemisferios; son generalmente del tipo tónico clónicas y ocurren más frecuentemente en aquellas crisis con foco en lóbulo frontal.

CRISIS GENERALIZADAS (CG)

Son episodios clínicos y electroencefalográficos bilaterales sin un comienzo focal detectable y con alteración de la conciencia desde su inicio. Traducen una descarga generalizada de neuronas de toda la corteza cerebral.

Se dividen en:

1. Ausencias típicas. Breves y repentinos episodios de pérdida de conciencia, con recuperación sin periodo post-crítico, típicos de la infancia y adolescencia.
2. Ausencias atípicas. Se diferencian de las típicas por menor trastorno de nivel de conciencia, signos motores más evidentes y comienzo y final menos bruscos.
3. Crisis mioclónicas (CM). Sacudidas musculares bruscas, breves y recurrentes; únicas en las que puede no existir pérdida de conocimiento.
4. Crisis clónicas. Movimientos clónicos de las cuatro extremidades, frecuentemente asimétricos e irregulares.
5. Crisis tónicas. Contracción de breve duración, típica de miembros superiores.

6. Crisis tónico-clónicas (CGTC). Comienza con pérdida de conciencia brusca, a continuación ocurre la fase de contracción tónica de músculos de todo el cuerpo, de segundos de duración, y posteriormente la fase clónica o de movimientos convulsivos, de predominio proximal, finalizando con un período postcrítico con cuadro confusional, de duración variable, flaccidez muscular y en ocasiones relajación esfinteriana. Frecuentemente son secundarias a trastornos metabólicos.

7. Crisis atónicas. Pérdida brusca de tono muscular postural con caída, fundamentalmente en niños.

ETIOLOGÍA

Las crisis epilépticas son consecuencia de un desequilibrio entre los procesos de excitación e inhibición neuronal del SNC (exceso de excitación o un defecto de inhibición), que tiene como consecuencia una descarga neuronal anómala, siendo muchos los factores que pueden alterar dicho equilibrio.

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.

DIAGNOSTICO

A) Anamnesis: Primer eslabón y parte fundamental. Buscamos responder a varias preguntas: 1) ¿Ha tenido el paciente una crisis epiléptica? 2) ¿Tuvo un inicio focal? 3) ¿Qué tipo de crisis ha sido? 4) ¿Existe un estado postcrítico? 5) ¿Se trata de una crisis aguda sintomática o puede ser la primera crisis de un trastorno epiléptico? ¿Cuál puede ser la etiología del proceso? Es importante obtener un relato detallado del episodio.

B) Exploración física: Debe realizarse una exploración física general y neurológica completa. Las crisis focales y la existencia de focalidad

neurológica, postcrítica o no, obligan a descartar lesión estructural. Si fiebre, descartar infección del SNC.

C) Pruebas complementarias: Debe solicitarse hemograma y bioquímica sanguínea completa, incluyendo glucemia, iones, calcio, magnesio y función hepática, renal y tiroidea; también análisis de tóxicos en sangre y orina si se sospecha su consumo o niveles plasmáticos de antiepilépticos en aquellos con dicho tratamiento previo.

D) Estudios de imagen: Punción lumbar, RMN, EEG, ECG, TEST DE ESFUERZO.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento antiepiléptico es el control completo de las crisis, sin efectos secundarios por la medicación, asegurando una buena calidad de vida.

Una vez indicado el tratamiento farmacológico, en el momento de elegir un fármaco antiepiléptico (FAE), debemos tener en cuenta el tipo de crisis que queremos tratar, las enfermedades concomitantes o comorbilidad y el tratamiento habitual del paciente.

BIBLIOGRAFIA:

Beatriz Fuertes de Gilbert Rivera Rafael López Gutiérrez Pedro Gil Gregorio. (2019). EPILEPSIA. 2021, de SEGG Sitio web: <https://www.segg.es> › download › PDF.