

## **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

ASIGNATURA: CLINICA MEDICA COMPLEMENTARIA.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

SEPTIMO SEMESTRE.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

CUARTO PARCIAL.

TEMA: EPILEPSIA.

MEDICINA HUMANA.

## **EPILEPSIA**

La epilepsia se define como un trastorno en que surgen convulsiones recurrentes sin estímulo externo. En 1870, Hughlings Jackson, el notable neurólogo inglés, planteo que las convulsiones provenían de “descarga excesiva y desordenada de los tejidos cerebrales sobre los músculos”, afirmación que ha sido confirmada por la electrofisiología actual. La descarga ocasiona una pérdida casi instantánea del conocimiento, alteraciones de la percepción, trastorno de la función psíquica, movimientos convulsivos, alteración en las sensaciones o alguna combinación de estos fenómenos.

La diversidad de manifestaciones clínicas de la enfermedad plantea una dificultad terminológica. El término “convulsión” (convulsión) denota el paroxismo intenso de contracciones musculares repetitivas e involuntarias, pero a veces el trastorno principal puede consistir solo en alteración de la función sensitiva o de la conciencia; el término “crisis epiléptica” (seizure), es genérico y tal vez preferible porque abarca todas las descargas eléctricas paroxísticas del cerebro y permite una definición más cercana a la realidad. Por lo tanto, son válidas las expresiones crisis motora, convulsiva, sensitiva o psíquica. El término epilepsia proviene del griego y significa “apoderarse de” o “aprehensión”. En alguna época nuestros colegas la denominaron “mal de caída”. Aunque son términos médicos útiles para referirse a las crisis recurrentes, las palabras epilepsia y epiléptico todavía llegan a tener connotaciones desagradables y deben ser utilizados con deliberación en el tratamiento de los pacientes.

En el curso de muchas enfermedades clínicas aparece una primera crisis epiléptica solitaria o una serie de ellas; denota que el trastorno afecta de manera primaria o secundaria la corteza cerebral. Por su naturaleza, las crisis convulsivas de prolongarse o repetirse después de lapsos breves, denotan que el problema es el estado epiléptico, que puede ser mortal. De igual importancia, una crisis epiléptica o una serie de ellas puede ser manifestación de alguna enfermedad en evolución del sistema nervioso que obligue a emprender medidas diagnósticas y terapéuticas especiales. Las crisis convulsivas se clasifican de diversas maneras: de acuerdo con su etiología supuesta, es decir, idiopática (primaria) o sintomática (secundaria);

su sitio de origen; o con base en su forma clínica (generalizadas o focales); su frecuencia (aisladas, cíclicas, prolongadas o repetitivas, o la muy exacta secuencia del estado epiléptico), o según sus correlaciones electrofisiológicas.

Es necesario distinguir entre la clasificación de crisis epilépticas (las manifestaciones clínicas de epilepsia; gran mal, pequeño mal, mioclonicas, parciales y otras), que se consideran más adelante, y la clasificación de las epilepsias, o síndromes epilépticos, que son constelaciones de enfermedades, la mayor parte de las cuales puede manifestar varios tipos de crisis epilépticas. El valor principal de clasificar una crisis convulsiva por sus aspectos clínicos y electroencefalógrafos consiste en la razonable predictibilidad de la respuesta a los medicamentos específicos y su pronóstico. En esencia esta clasificación divide las crisis epilépticas en dos tipos:

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CONVULSIONES EPILEPTICAS
I. Crisis generalizadas (simétricas en ambos lados y sin inicio local) A. Tónicas, clónicas o tonicoclónicas (gran mal) B. De ausencia (pequeño mal) 1. Sólo con pérdida de la conciencia 2. Complejas: con movimientos clónicos, tónicos o automáticos breves C. Síndrome de Lennox-Gastaut D. Epilepsia mioclónica juvenil E. Espasmos infantiles (síndrome de West) F. Atónicas (astáticas, acinéticas) (a veces con sacudidas mioclónicas)
II. Crisis parciales o focales (las crisis inician en forma local) A. Simples ( <i>sin</i> pérdida del estado de alerta o alteración en la función psíquica) 1. Motoras originadas en el lóbulo frontal (tónicas, clónicas, tonicoclónicas; jacksonianas; epilepsia benigna de la infancia; epilepsia parcial continua) 2. Somatosensoriales o sensoriales especiales (visuales, auditivas, olfatorias, gustativas, vertiginosas) 3. Vegetativas 4. Psíquicas puras B. Complejas ( <i>con</i> trastorno de la conciencia) 1. Inician como crisis parciales simples y progresan hasta afectar el estado de conciencia 2. Con trastorno de la conciencia desde el principio
III. Síndromes epilépticos especiales A. Mioclono y crisis mioclónicas B. Epilepsia refleja C. Afasia adquirida con trastorno convulsivo D. Crisis febriles y de otras clases de la lactancia y la infancia E. Crisis histéricas

parciales, en las que puede discernirse un inicio focal o localizado, y generalizadas, que son las que parecen iniciar en ambos lados. También es útil desde los puntos de vista clínico y causal separar las epilepsias que se originan como descargas eléctricas realmente generalizadas en el cerebro de las que se diseminan.

Diagnóstico: estudio clínico epiléptico.

El médico que atiende a una persona que solicita información respecto a un trastorno episódico de su función nerviosa, en primer lugar, debe dilucidar si el episodio en cuestión es una crisis convulsiva; en segundo lugar, sus características clínicas y electroencefalograficas y otras más, y en tercer sitio, investigar su causa primaria. En el diagnóstico de la epilepsia el interrogatorio es el aspecto clave; en casi todos los adultos son pocos los datos que aporta la exploración física. El

examen de lactantes y niños tiene mayor utilidad, porque detectar anomalías dismórficas y cutáneas permite identificar algunas enfermedades cerebrales muy características que pueden originar epilepsia. En la evaluación inicial por lo común se incluyen estudios de laboratorio como hematómetría completa (complete blood count, CBC), químicas sanguíneas, pruebas de función de hígado y tiroides, EEG, algún estudio imagenológico del cerebro, de preferencia resonancia magnética. En situaciones de urgencia en niños de muy corta edad quizá la tomografía computarizada sea el único estudio practicable. Algunos pacientes más adelante necesitarán video y EEG o monitorización duradera EEG en el hospital o con equipo portátil en el hogar. Otros estudios (p. ej., pruebas de esfuerzo cardíaco, vigilancia Holter, prueba de la mesa inclinada o basculante, vigilancia cardíaca activa a largo plazo y estudios del sueño) algunas veces se indican con objeto de excluir algunos de los trastornos que se listan más adelante.

El tratamiento de todas las clases de epilepsia puede dividirse en cuatro modalidades: empleo de antiepilépticos, resección quirúrgica de los focos epilépticos y otras medidas quirúrgicas, supresión de los factores causantes o precipitantes y regulación de la actividad física y mental. La faceta más importante del tratamiento es el empleo de antiepilépticos. Las crisis se controlan por completo o casi por completo con ellos en cerca de 70% de todos los pacientes con epilepsia; la frecuencia y la gravedad de los ataques se reducen de manera importante en 20 a 25%.

MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS COMUNES						
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE ALTERNATIVO	DOSIS HABITUAL		PRINCIPALES INDICACIONES TERAPÉUTICAS	VIDA MEDIA SÉRICA, HORAS	CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA EFECTIVA, $\mu\text{g/ml}$
		NIÑOS, mg/kg	ADULTOS, mg/DÍA			
<b>Principales anticonvulsivos usados como monoterapia</b>						
Valproato	Depakote	30-60	1 000-3 000	Tonicoclónica generalizada, parcial, ausencia, mioclónica	6-15	50-100
Fenilhidantoína	Dilantin	4-7	300-400	Tonicoclónica generalizada, parcial, ausencia, mioclónica	12-36	10-20
Carbamazepina	Tegretol	20-30	600-1 200*	Tonicoclónica generalizada, parcial	14-25	4-12
Oxcarbazepina	Trileptal	10-40	900-2 400	Parcial	1-5	—
Fenobarbital	Luminal	3-5 (8 para lactantes)	90-200	Tonicoclónica generalizada, parcial	40-120	15-40
Lamotrigina	Lamictal	0.5	300-500	Generalizada, parcial	15-60	2-7
Levetiracetam	Keppra	20-60	500-3 000*	Parcial, mioclónica	6-8	—

<b>Anticonvulsivos adjuntos y de uso especial</b>						
Topiramato	Topamax	—	400	Tonicoclónica generalizada, ausencia atípica, mioclónica, parcial	20-30	—
Tiagabina	Gabitril	—	30-60	Parcial y secundariamente generalizada	7-9	—
Gabapentina	Neurontin	30-60	900-1 800 <sup>a</sup>	Parcial y secundariamente generalizada	5-7	—
Primidona	Mysoline	10-25	750-1 500 <sup>a</sup>	Tonicoclónica generalizada, parcial	6-18	5-12
Etosuximida	Zarontin	20-40	750-1 500	Ausencia	20-60	50-100
Metosuximida	Celontin	10-20	500-1 000	Ausencia	28-50	40-100
ACTH	—	40-60 U diarias	—	Espasmos infantiles	—	—
Clonazepam	Klonopin	0.01-0.2	2-10	Ausencia, mioclono	18-50	0.01-0.07
<b>Anticonvulsivos para el estado epiléptico (se muestran las dosis de carga inicial o infusión continua):<sup>c</sup> la fenilhidantoína y el fenobarbital se usan en dosis mayores que las que se mencionan antes</b>						
Diazepam	Valium	0.15-2	2-20	Estado epiléptico	—	—
Lorazepam	Ativan	0.03-0.22	2-20	Estado epiléptico	—	—
Midazolam	Versed	—	0.1-0.4 mg/kg/h	Estado epiléptico	—	—
Propofol	Diprivan	2.5-3.5	2-8 mg/kg/h	Estado epiléptico	—	—
Fosfenilhidantoína	Cerebyx	30-50 mg	1 000-1 500	Estado epiléptico	—	10-20

<sup>a</sup> Promedio de los valores.

<sup>b</sup> Puede requerir una escala de dosis lenta.

<sup>c</sup> Se administra por vía intravenosa.

## Referencias:

Allan H. Ropper, MD, Martin A. Samuels, MD,. (2011). ADAMS y VICTOR. PRINCIPIOS DE NEUROLOGÍA. Mexico: Mc Graw Hill.