

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Asignatura:

Neurología.

Trabajo:

Resumen EPILEPSIA AUSENCIA INFANTIL.

Docente:

Dr. José Luis Gordillo Guillen.

Alumno:

Citlali Berenice Fernández Solís.

Semestre y grupo:

6º "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas al 15 de noviembre de 2021.

EPILEPSIA AUSENCIA INFANTIL

• **Introducción:** Las ausencias son un tipo de crisis epilépticas definidas por Willeg et al. como: crisis de comienzo brusco que provoca la interrupción de la conciencia. Durante la crisis el paciente queda con la mirada perdida, a veces con elevación de los ojos y parpadeo; si el paciente está hablando, el lenguaje se lentifica o interrumpe; si está andando se para o deambula torpemente; si come, detiene su mano en el camino hacia la boca y no responde cuando se le habla.

A veces, un estímulo sensorial puede abortar la crisis. El episodio termina en unos segundos de forma brusca, tal como había comenzado. En función de sus características electroclínicas las ausencias se pueden clasificar en típicas y atípicas. En las ausencias típicas se produce una supresión de las funciones mentales, incluyendo comprensión, reactividad y memoria, se caracterizan porque comienzan y terminan de forma brusca y suelen durar entre 5-15 segundos.

En el EEG ictal se recogen descargas generalizadas de punta-onda a 3 Hz, sincónicas y simétricas.

• Criterios de la Internacional League Against Epilepsy

criterios inclusión:

Inicio de las crisis entre los 4 y 10 años.

→ Normalidad neuromotora previa al inicio del cuadro.

→ Ausencias típicas

→ Múltiples causas (crisis diarias), breves entre 4-10 seg con inicio abrupto y con supresión de conciencia.

Criterios exclusión:

→ Presencia de crisis GTC, mioclónicas antes o durante la fase activa de la epilepsia.

→ Ausencia desencadenadas por estímulos (fotosensibilidad, pattern)

→ Ausencias con marcadas mioclonías periorales, mioclonías masivas de miembros tronco o cabeza.

• Pacientes y métodos:

Los pacientes provienen de 2 consultas de neuropediatría, una hospitalaria y otra extrahospitalaria, que atienden pacientes con características demográficas y clínicas similares, donde los criterios de diagnóstico y de tratamiento son homogéneos.

En el estudio se han recogido de la historia clínica los siguientes datos: sexo, historia familiar de epilepsia, crisis febriles, tipo de ausencias, edad de inicio de las ausencias, tiempo de coagulación del mismo hasta el diagnóstico, fármacos utilizados y respuesta a los mismos, EEG al diagnóstico, evolución del mismo y duración del tratamiento.

• Resultados:

Se identificaron 69 pacientes diagnosticados con EAI entre los años 1988 y 2015 cuya edad, en el momento de realizar el estudio, era mayor de 11 años. Aplicando los criterios de Loiseau y Panayiotopoulos, fueron excluidos 17, por lo que finalmente, el número de pacientes objeto del estudio fueron de 52.

Tienen antecedentes de epilepsia 16 pacientes (30.8%) y antecedentes personales de crisis febriles (7.7%). En cuanto al tipo de ausencias, tienen ausencias simples 36 (73.5%) y ausencias complejas 13 pacientes (76.5%).

El tiempo de evolución desde el inicio del cuadro hasta la primera consulta fue de 6 meses (25,63 semanas; DE 24,12) y la duración media de tratamiento de 3 años y 9 meses (45,31 meses, DE 31,01).

El tratamiento inicial fue ácido valproico (VPA) en monoterapia en 41 pacientes de los que el 48% quedaron libres de crisis. En un grupo de 11 niños se pactó, desde el inicio, la asociación con VPA con etosuximida (ESM) con una tasa de respuesta del 90.9%.

Tras la primera línea de tratamiento, 19 pacientes continuaron con crisis, en estos el segundo fármaco usado fue ESM en 6 y lamotrigina (LTG) en 3, consiguiendo el control de crisis en 16.

• Discusión:

Existen múltiples trabajos que analizan la evolución a largo plazo de la EAI, pero emplean distintos criterios de clasificación y metodología, por lo que los datos hallados en la literatura son variables. Ante esta evidencia, decidimos filtrar en nuestro trabajo unos criterios estrictos, en concreto el de Coiseau y Panayiotopoulos, para seleccionar una muestra homogénea a pesar de la procedencia de 7 centros diferentes.

Presentamos una serie de EAI < pura > de mayor tamaño que las publicadas en nuestro medio. El carácter retrospectivo del estudio conlleva las limitaciones propias de este tipo de estudios: sesgos de recogida de datos y sesgos de memoria que pueden afectar a los resultados.

La EAI comienza, por lo general, entre los 4 y 10 años, con un pico entre 5-7 años y, salvo excepciones, es claramente más frecuente en el sexo femenino.

En nuestra serie encontramos también estas características, los pacientes tenían una media de 73,8 meses (6 años) (62% de niñas), la EAI como una epilepsia propia de niñas en edad escolar.

La edad media de 17,61 años en el momento del estudio es la consecuencia de la revisión a largo plazo de la evaluación realizada. La frecuencia de antecedentes familiares de epilepsia (39,8%) y de antecedentes de crisis febriles (8%) concuerda con las ya publicadas, reflejando una base genética predisponente.