



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina Humana

SEMESTRE:

6º A

MATERIA:
NEUROLOGÍA

TRABAJO:
AUSENCIAS INFANTILES

DOCENTE:
DR. JOSÉ LUIS GORDILLO GUILLÉN

ALUMNO (A):
YANETH ORTIZ ALFARO

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS, 15 DE NOVIEMBRE DEL 2021.

Ausencias infantiles (Epilepsia ausencia infantil, pronostico a largo plazo)

Introducción

Las ausencias son un tipo de crisis epilépticas definidas por Willey et al. como: Crisis de comienzo brusco que provoca la interrupción de la conciencia. Durante las 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 se interrumpe; si están andando se para o deambula torpemente; si come se detiene su mano en el camino hacia la boca y no responde cuando se le habla.

El estímulo sensorial puede aburrir a una crisis, el episodio termina en unos segundos de forma brusca, tal como hebra comenzado. Las ausencias pueden clasificarse en típicas y atípicas, en las ausencias típicas se produce una supresión de las funciones mentales, incluyendo comprensión, reactividad y memoria, se caracteriza porque comienzan y terminan de forma brusca y duran de 5-15 seg.

Las ausencias atípicas forman parte de numerosos síndromes epilépticos dentro de la clasificación de la epilepsia y síndromes epilépticos dentro de la clasificación de la epilepsia y síndromes epilépticos, como la epilepsia ausencia infantil (EAI).

La EAI se caracteriza por presentar ausencias típicas tanto simples como completas, como único tipo de crisis al inicio del cuadro, múltiples a lo largo del día e inicio antes de la pubertad con desarrollo psicomotor normal y alteraciones en el EEG ictal, que se corresponden a descargas de punta-onda regular, bilateral, simétrica y sincrona a 3Hz en actividad de fondo normal o levemente alterada. Es una epilepsia generalizada frecuente en la etapa escolar de 6 a 10 años, supone entre un 10-17% del total de las epilepsias de diagnóstico

en los escolares, con una prevalencia del 1,5 - 12%, es más frecuente en el sexo femenino

Parentes y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo sobre los pacientes que fueron diagnosticados de EAI entre los años 1988 y 2015 que tienen una edad actual mayor de 11 años.

Se han recogido de la historia clínica los siguientes datos: Sexo, historia familiar de epilepsia, crisis febriles del pariente, tipo de ausencias, edad de inicio de las ausencias, tiempo de evolución 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 de EAI entre los años 1988 y 2015, aplicando los criterios de Loiseau y Panayiotopoulos, el cual fueron excluidos 17, por lo que al final los pacientes estudiados fueron 52.

La edad media del grupo fue de 17,61 años con una edad mínima de (4 años y máximo de 9 años) 11 y máxima de 36 años, la media del inicio de las ausencias fue de 6 años con una edad mínima de 4 años y máxima de 9 años y 6 meses.

La distribución por sexos fue de 32 mujeres (62%) y 20 hombres (38%) con una relación de 1.65/1.

El tratamiento inicial fue ácido valproico (VPA) en mono-terapia en 47 pacientes de los que el 48% quedaron libres de crisis. El segundo fármaco usado fue ESM en 16 y lamotrigina (LTG). La duración del tratamiento

Fue de 3,5 años (máximo 7 años)

Discusión

La EAI comienza, por lo general, entre los 4 y 10 años, con un pico entre los 5 y 7 años y salvo excepciones es claramente más frecuente en el sexo femenino. Se encontraron las siguientes características, que los pacientes tenían una media edad de 73,8 meses (6 años) predominio del sexo femenino, lo que caracterizaba a la EAI como una epilepsia propia de niñas en edad escolar.

El 73% tenían ausencias simples y el 26,57% tenía ausencias complejas.

El tiempo de evolución desde el inicio del cuadro hasta la primera consulta de más de 6 meses, probablemente debido al carácter sutil de las crisis, porque los hace pasar por desapercibidas o se diagnostican erróneamente como tics, desórdenes o movimientos estereotipados.

Los fármacos más utilizados han sido VPA, ESM y LTG pero en 2010 se realizó un estudio, el cual evidenció que VPA no tiene una mayor eficacia que ESM o LTG y presenta mayor grado de afectación cognitiva que ESM.

Algunos estudios en ratas con 2 modelos genéticos diferentes de EAI, muestra que ESM no solo controla las crisis sino que podría tener un papel modulador de la enfermedad.

En el 2014 se realizó un estudio prospectivo para valorar la evolución a largo plazo de los pacientes según el tratamiento inicial utilizado (VPA o ESM) y se evidenció una clara tendencia de mantener una mayor tasa de remisión.

La eficacia de VPA ha sido modesta comparada con los datos encontrados en la literatura, posiblemente por que se recurrió al uso de terapia combinada de VPA con ESM. Si no hubiera respuesta inicial, sin aumentar VPA a las dosis comunicadas en otros trabajos.

No existe criterios unánimes sobre la duración del tratamiento y en general, se recomienda entre uno y dos años sin crisis y con EEG normalizado como criterio para iniciar la supresión.

Las recaídas con crisis de ausencias tras la supresión de tratamiento ocurren en el 8% cuando se analizan a pacientes con EAI pura.

El porcentaje de pacientes que desarrollan crisis tónico-clónicas generalizadas en la etapa Juvenil se ha establecido entre el 35 - 60%. Según los diferentes estudios y suelen ocurrir unos 5-10 años tras el inicio de las ausencias.

Se concluye que el diagnóstico de EAI con criterios estrictos como los de Loiseau y Panayiotopoulos, permite ofrecer un pronóstico favorable. Se considera que el ESM puede ofrecerse como primer fármaco en el tratamiento de EAI diagnosticado con criterios estrictos.