

Ausencia Infantil

Las ausencias se describen como un tipo de crisis epilépticas definidas por Willey 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 la elevación de los ojos y parpadeos; si el paciente está hablando el lenguaje se intermite o se interrumpe si está andando se para o deambula torpemente, si come detiene su mano en el camino hacia la boca y además cuando le hablan no responde. 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 clínicas las ausencias pueden definirse o más bien clasificarse como típicas y atípicas.

En la ausencia típica se produce una suspensión de las funciones mentales incluyendo comprensión, reactividad y memoria y de duración de 5-15 segundos.

Infancia normal

En el electroencefalograma ictal se recogen descargas generalizadas de punta onda a 3 Hz, sincrónicas y simétricas.

Las ausencias típicas forman parte de numerosos síndromos epilépticos dentro de la clasificación de la epilepsia.

La enfermedad de ausencia infantil se caracteriza por presentar ausencias típicas, tanto simples como complejas, 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 Electroencefalograma ictal que se corresponden a descargas de punta onda regular, bilateral, simétrica y sincrónica a 3 Hz con 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 o 17% del total de las epilepsias de diagnóstico en escolares con una prevalencia de 1,5 o 12% en función de las series.

En cuanto al pronóstico se han publicado tasas de remisión variable en función de los criterios diagnosticados utilizados.

Según los últimos criterios de Panagiotakopoulos, que fueron realizados y reusados por Lourenço, que son más restrictivos que los planteados en la clasificación de ILFA 1989; la tasa de remisión puede llegar al 90%. Utilizar estos criterios permite una definición de un grupo más homogéneo de pacientes y hace que podamos conocer mejor la evolución. Clásicamente se ha considerado este síndrome epiléptico dentro de las epilepsias benignas por su elevada tasa de control de crisis, pero sabemos que en la actualidad un 38% de los pacientes presentan problemas psicopedagógicos, académicos o laborales, y que hasta un 35% pueden tener dificultades significativas de atención a pesar de un cociente intelectual normal, conociendo así la evolución a largo plazo de los pacientes atendidos.

Mediante el estudio que se llevó a cabo se llegó a comprobar que el porcentaje de pacientes con dificultades psicopedagógicas es muy elevado especialmente en este estudio fue del 25%.

Según otros estudios realizados se ha llegado a un 38% de los pacientes presentan problemas psicosociales académicos y laborales.

Hasta un 35% de estos pacientes pueden tener dificultades significativas, de atención a pesar de un coeficiente intelectual normal. Concluyendo así que el diagnóstico de EAI con entono estmto como los de (Cabeau y Panayiotopoulos), permite ofrecer un pronóstico favorable. En nuestra serie el tratamiento se prolongó más de lo aconsejado que en las recomendaciones clínicas).

Se consideró además que la FSM se ofrece como el primer fármaco con diagnóstico de entono estmto con la presencia de un notable porcentaje de pacientes con dificultades psicopedagógicas.