



# Universidad del Sureste

## Escuela de Medicina Humana

**SEMESTRE:**

6° A

**MATERIA:**

NEUROLOGIA

**TRABAJO:**

EPILEPSIA AUSENCIA INFANTIL. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO

**DOCENTE:**

DR. JOSE LUIS GORDILLO GUILLEN

**ALUMNO (A):**

YANIRA LISSETTE CANO RIVERA

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS, 15 DE NOVIEMBRE DE 2021

## Epilepsia ausencia infantil. Pronóstico a largo Plazo

Las ausencias Son un tipo de crisis epilépticas definidas por Wiley 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, le lenguaje se ralentiza o se intermite, si está andando se para o camina 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 aborcer 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 funciones mentales, incluyendo comprensión reactividad y memoria, se caracterizan porque comienzan y terminan de forma y suelen durar entre 5 y 15 segundos.

La EAI se caracteriza por presentar ausencias típicas tanto simples como complejas como único tipo de crisis al inicio del cuadro, múltiples a largo del día e inicio antes de la pubertad.

Con desarrollo psicomotor normal y alteraciones en el EEG icfal 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 10-12% del total de las epilepsias de diagnóstico de los escolares, con una prevalencia del 1,5-12% en función de las series y salvo cuanto al pronóstico se han publicado tasas de remisión variable en función de los criterios diagnósticos utilizados.

Diseñamos un estudio retrospectivo sobre los pacientes que fueron diagnosticados de EA1 entre los años 1988 y 2015 que tienen edad actual mayor de 11 años, 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 ha recogido de la historia clínica el sexo, historia familiar de epilepsia, crisis febriles del paciente, tipo de ausencias, edad de inicio de las ausencias.

### \* Discusión:

Existen múltiples trabajos que analizan la evolución a largo plazo de la EAI pero emplean distintos criterios de clasificación y metodologías, por lo que los datos hallados en la literatura son variables. Ante esta evidencia decidimos utilizar nuestro criterio estricto, en concreto los de Loiseau y Panayiotopoulos para seleccionar una muestra homogénea a pesar de la procedencia de 2 centros diferentes.

La EAI comienza por lo general entre los 4 y los 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 edad de 73,8 meses (6 años) predominio del sexo femenino, lo que caracteriza a la EAI como una epilepsia propia de niños en edad escolar.

La edad media de 17,61 años en el momento del estudio es la consecuencia de la revisión a lo largo plazo de la evaluación realizada.

La frecuencia de antecedentes de crisis febriles concuerda con las ya publicadas, reflejando una base genética

Predisponible. No existen 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. Hemos comprobado  
que en nuestros pacientes la media  
de duración es superior.

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

Es posible que nuestra cifra del 4%  
este influida por el carácter retros-  
pectivo del estudio o por la mayor  
duración del tratamiento.

El porcentaje de pacientes que  
desarrollan crisis tónico-clónicas gene-  
ralizadas 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 en que el diag-  
nóstico de EAI con anteriores estudios  
como los de EAI loisea y paraxiloposita  
permite ofrecer un pronóstico favorable  
y el tratamiento se ha prolongado  
en algunos pacientes más de lo  
aconsejado en las recomendaciones  
clásicas, posiblemente para poder  
prevenir recaídas. Se considera que  
la ESM puede ofrecerse como primer  
farmaco en el tratamiento de EAI  
diagnosticada con anteriores estudios.

## FUENTES DE INFORMACION

Martínez; C. (2018). Epilepsia ausencia infantil. Pronóstico a largo plazo.  
Recuperado de [epilepsia de ausencia.pdf](#)