



# Tratamiento de la epilepsia

L. Gómez Betancur, L. Vilaplana Domínguez y J. Sancho Rieger

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

## Palabras Clave:

- Epilepsia
- Tratamiento
- Fármacos antiepilépticos
- Cirugía de la epilepsia

## Keywords:

- Epilepsy
- Treatment
- Antiepileptic drugs
- Epilepsy surgery

## Resumen

La epilepsia es un trastorno plurietiológico que puede obedecer a distintos mecanismos fisiopatológicos, por lo que es muy importante, antes de comenzar un tratamiento, llegar a un diagnóstico lo más completo posible, semiológico, sindrómico y etiológico siempre que sea posible. La monitorización video-EEG con visualización y filiación de los eventos críticos es una técnica esencial para el diagnóstico en estos pacientes. El tratamiento habitual de la epilepsia se basa en la administración crónica y continuada de FAE que tienen como finalidad el control de las crisis, con los menores efectos adversos, para alcanzar la mejor calidad de vida. Pero a pesar del tratamiento más idóneo con FAE, un 25% de los pacientes continúan teniendo crisis y padeciendo lo que se conoce como epilepsia de difícil control, refractaria o farmacorresistente. Este tipo de pacientes requieren unos medios de diagnóstico y tratamiento, incluido el quirúrgico, más complejos. Por esto, se recomienda que la asistencia al paciente con epilepsia sea estratificada con una buena relación e interconexión de los distintos niveles intervinientes.

## Abstract

### Treatment of epilepsy

Epilepsy is a multi disorder that may reflect different pathophysiological mechanisms, so it is very important before starting treatment, reaching a full diagnosis as possible, semiotic, syndromic and etiologic whenever possible. The video-EEG monitoring with visualization and affiliation of the critical events is an essential technique for diagnosis in these patients. The usual treatment of epilepsy is based on the chronic and continuous administration of AEDs that aim to control the crisis, with fewer adverse effects, to achieve the best quality of life. But despite the most appropriate treatment with AEDs, 25% of patients continue to have seizures, and suffer what is known as difficult to control epilepsy refractory or drug. These patients require a means of diagnosis and treatment, including more complex surgical. Therefore, it is recommended that patient care with epilepsy is laminated with a good relationship and interconnection of the different levels involved.

## Tratamiento de la epilepsia

La epilepsia es un trastorno plurietiológico que puede obedecer a distintos mecanismos fisiopatológicos, por lo que es muy importante, antes de comenzar un tratamiento, llegar a un diagnóstico lo más completo posible, semiológico, sindrómico y etiológico siempre que sea posible.

Al ser la epilepsia un diagnóstico basado casi siempre en datos de anamnesis, el fallo diagnóstico de inicio es frecuente, tanto por error en el tipo de epilepsia, como por confusión con otros eventos paroxísticos que simulan crisis epilépticas. La monitorización por vídeo-EEG (vídeo electroencefalograma) con visualización y filiación de los eventos críticos es una técnica esencial para el diagnóstico en estos pa-

cientes<sup>1,2</sup>. Cerca de un 25% de los pacientes que acuden para valoración quirúrgica a unidades de epilepsia presentan otros tipos de crisis y han estado llevando un tratamiento antiepiléptico crónico durante muchos años, con importantes repercusiones económicas y sobre el estado de salud del paciente<sup>3</sup>.

El tratamiento habitual de la epilepsia se basa en la administración crónica y continuada de fármacos antiepilépticos (FAE) que tienen como finalidad el control de las crisis, con los menores efectos adversos, para alcanzar la mejor calidad de vida para el paciente. Pero a pesar del tratamiento más idóneo con FAE, un 25% de los pacientes continúan teniendo crisis y padeciendo lo que se conoce como epilepsia de difícil control, refractaria o farmacorresistente. Este tipo de pacientes requieren unos medios de diagnóstico y tratamiento, incluido el quirúrgico, más complejos. Por esto, se recomienda<sup>1,2</sup> que la asistencia al paciente con epilepsia sea estratificada con una buena relación e interconexión de los distintos niveles intervinientes.

El primer nivel de atención lo suelen constituir los Servicios de Urgencias o los médicos de Atención Primaria, y estos como norma remiten al paciente al neurólogo o neuropediatra general, que alcanza el diagnóstico preciso, instaura el tratamiento más adecuado y sigue a largo plazo al paciente en colaboración con el médico de Atención Primaria.

En una proporción variable de pacientes pueden existir dudas diagnósticas, continuar padeciendo crisis o precisar de alguna actuación concreta, por lo que deben ser evaluados de forma más especializada y detallada en unidades clínicas de epilepsia (UCE). Estas UCE están constituidas por el conjunto de médicos y otros profesionales con especial entrenamiento y experiencia en epilepsia, que actuando en colaboración tienen como objetivo primario el diagnóstico y tratamiento del paciente con epilepsia refractaria. Según el nivel de complejidad se han definido consultas de epilepsia, UCE médicas y UCE médico-quirúrgicas básicas y avanzadas<sup>1</sup>.

## Tratamiento médico de la epilepsia

Es el tratamiento habitual en epilepsia, suele ser de carácter crónico y tiene como objetivo el control total de las crisis con los menores efectos secundarios, con el objeto de obtener la mejor calidad de vida del paciente con epilepsia.

A pesar de que en los últimos años han aparecido multitud de FAE nuevos que han aumentado el espectro de mecanismos de acción y disminuido considerablemente los efectos secundarios, la gran asignatura del tratamiento médico es lograr FAE antiepilépticos. Los FAE actuales solo han demostrado un efecto sintomático de disminución o supresión de las crisis (efecto antiictogénico) pero no han demostrado un efecto sobre el proceso patogénico que produce la epilepsia (epileptogénesis).

Es útil, al revisar el tratamiento médico de la epilepsia, hacer dos distinciones para interpretar la evidencia científica que nos proporcionan los ensayos clínicos, primero la epilepsia de inicio y en segundo lugar la epilepsia refractaria. Dentro de cada apartado, revisaremos aquellos FAE que tienen

evidencia sobre los distintos tipos de crisis, generalizadas, ausencias, mioclonías y parciales.

## Tratamiento médico de inicio

### ¿Cuándo iniciar un tratamiento antiepiléptico?

Clásicamente se decía que después de dos crisis epilépticas podíamos hacer el diagnóstico de epilepsia e iniciar el tratamiento antiepiléptico, pero la nueva definición de la epilepsia contempla la posibilidad de diagnosticar la epilepsia después de una única crisis si se constata una predisposición para sufrir nuevas crisis epilépticas. El estudio MESS (*Multicentre study of early epilepsy and single seizures trial*)<sup>4</sup> muestra que iniciar inmediatamente el tratamiento antiepiléptico después de una primera crisis reduce el riesgo de una segunda crisis si se compara con no iniciar o retrasar el tratamiento. Este estudio ha demostrado que el inicio precoz del tratamiento incrementaba el tiempo de aparición de una segunda crisis y también de una primera crisis tónico-clónica, reduciendo el tiempo para alcanzar un periodo de remisión de las crisis de 2 años. Es por tanto justificable iniciar el tratamiento después de una primera crisis en pacientes con alta probabilidad de recurrencia (inicio con múltiples crisis, asociación de déficit neurológico o anomalías en EEG) o en aquellos que no quieren asumir el riesgo de sufrir una nueva crisis epiléptica. Si el diagnóstico de la epilepsia es incierto, es mejor no iniciar el tratamiento hasta realizar nuevas evaluaciones, como la monitorización vídeo-EEG<sup>5,6</sup>.

### Selección del primer fármaco en epilepsia

Idealmente, el FAE a usar debe controlar completamente las crisis, ser bien tolerado sin ocasionar problemas a largo plazo (como teratogenicidad, reacciones de hipersensibilidad o toxicidad orgánica), ser fácil de usar por el clínico y fácil de tomar por el paciente (una o dos veces al día y sin interacciones)<sup>3</sup>. Por razones éticas, la aprobación de nuevos FAE primero se realiza en pacientes con epilepsia refractaria en terapia asociada y después en epilepsia de reciente diagnóstico en monoterapia. Actualmente, en nuestro país disponemos de 11 FAE antiepilépticos aprobados en monoterapia como terapia de inicio. De estos, etoxusimida (ESM) solo está indicada para las ausencias, valproato (VPA), topiramato (TPM) y lamotrigina (LTG) están indicados tanto en epilepsias generalizadas como parciales. Los restantes: carbamazepina (CBZ), oxcarbazepina (OXC), levetiracetam (LEV) y zonisamida (ZNS) solo están aprobados en epilepsias parciales. En la tabla 1 se observan los niveles de evidencia de los distintos FAE en epilepsia de inicio según una revisión de la ILAE recientemente publicada<sup>7</sup>.

**Fenobarbital y primidona.** Son fármacos indicados tanto en crisis parciales como en crisis generalizadas. Están en desuso por sus importantes efectos secundarios, desaconsejados sobre todo en la infancia y la adolescencia por sus alteraciones cognitivas. Tienen una acción inductora enzimática, disminuyendo los niveles plasmáticos de otros fármacos, entre ellos CBZ. Con fenobarbital (PB) el tratamiento se inicia con

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806500>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806500>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)