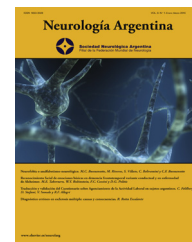




Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Casuística

Estado epiléptico de ausencia en ancianos con epilepsia generalizada idiopática

Abel Alejandro Sanabria Sanchinel^a, Alejandro Vilorio Alebesque^{b,*},
José Luis Boada Cuellar^c, Elena Bellosta Diago^b y José Ángel Mauri Llerda^d

^a Licenciado en Medicina, Especialista en Neurología, Clínica de Neurología Neuro, Ciudad de Guatemala, Guatemala

^b Licenciado en Medicina, Especialista en Neurología, Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^c Licenciado en Medicina, Residente de Neurofisiología Clínica, Servicio de Neurofisiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^d Doctor en Medicina, Especialista en Neurología, Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de octubre de 2016

Aceptado el 31 de octubre de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Anciano

Epilepsia

Epilepsia generalizada idiopática

Estado de ausencia

Estado epiléptico

R E S U M E N

Introducción: El estado epiléptico de ausencia en el anciano entraña una considerable dificultad diagnóstica porque comúnmente es confundido con otras entidades clínicas.

Caso clínico: Mujer de 81 años derivada por cuadro confusional, que fue valorada inicialmente como un estado epiléptico focal. Tras una anamnesis exhaustiva y con la confirmación del electroencefalograma, se diagnosticó de estado de ausencia.

Conclusiones: El estado de ausencia en el anciano puede vincularse con síndromes epilépticos atípicos que no cumplen los criterios de las epilepsias generalizadas idiopáticas reconocidas por la ILAE, pudiendo ser la primera o única manifestación de estas entidades poco comunes.

© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Absence status epilepticus in the elderly with idiopathic generalized epilepsy

A B S T R A C T

Introduction: Absence status epilepticus in the elderly entails considerable difficulty because it is commonly confused with other clinical diagnostic entities.

Case report: An 81-year old woman referred for consultation over confusional state, who was initially valued as presenting with focal status epilepticus. After a thorough anamnesis and EEG confirmation, she was diagnosed with absence status.

Keywords:

Elderly

Epilepsy

Generalized idiopathic epilepsy

Absence status

Status epilepticus

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandrovilo@hotmail.com (A. Vilorio Alebesque).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.10.002>

1853-0028/© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusions: Absence status in the elderly can be linked to atypical epileptic syndromes that do not meet the criteria of idiopathic generalized epilepsies recognized by the ILAE. It may be the first or sole manifestation of these rare entities.

© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El estado epiléptico no convulsivo (EENC) es una entidad en la cual, durante más de 30 min, o 10-15 min según la definición operacional más reciente de la ILAE, existe actividad epiléptica continua o recurrente en el electroencefalograma (EEG), que a su vez es responsable de diversos síntomas o signos clínicos, incluyendo alteración de la consciencia, del comportamiento o de la percepción. Trinka et al. dividen el EENC en 2 grupos principales: con coma o sutil, y sin coma. El EENC sin coma se subdivide en generalizado (incluyendo el estado de ausencia [EA] típico, atípico y mioclónico), focal con o sin fenómenos discognitivos y, por último, aquel en el que no se determina si es focal o generalizado (por ejemplo, estado epiléptico autónomo)^{1,2}.

El diagnóstico de EENC puede ser particularmente difícil en el anciano, requiriendo un alto índice de sospecha. En los EA la dificultad es aún mayor, al ser considerados erróneamente estados epilépticos focales discognitivos (la etiología estructural es más frecuente a esta edad), y entidades ajenas a la epilepsia como demencia, trastornos psicógenos o conductuales. La diferenciación entre los EA y otros trastornos epilépticos o no epilépticos, con un alto grado de certeza, será posible solo a través del registro electroencefalográfico, que mostrará el trazado característico¹⁻³.

Se presenta el caso de una mujer anciana con antecedente de epilepsia quien experimenta un EA, para posteriormente realizar una revisión sobre la entidad centrada en esta franja poblacional.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 81 años de edad, con antecedente de epilepsia, en tratamiento con lamotrigina, fenobarbital y ácido valproico (VPA). Fue derivada al Servicio de Urgencias al presentar un cuadro confusional con pobre conexión con el medio, bradipsiquia, desorientación temporoespacial y lenguaje hipofluente, sin otros datos de interés en la exploración. Se interpretó el episodio como un EENC focal, iniciándose tratamiento intravenoso con levetiracetam, VPA y lacosamida, sin obtenerse mejoría. En las horas siguientes la familia aportó el antecedente de un EA hace 15 años y crisis tónico-clónicas generalizadas (CTCG) en la juventud. Se retiró lacosamida y se inició diazepam intravenoso ante la posibilidad de un EA. El EEG crítico confirmó el diagnóstico (fig. 1). Tras iniciar diazepam mejoró el estado confusional, la orientación y la fluencia verbal hasta la resolución del cuadro. El EEG de control a las 24 h mostró la cesión del estado epiléptico. Al alta se reinstauró su tratamiento habitual. A las 2 semanas se realizó un

EEG que mostró buena evolución respecto a los previos, manteniendo a pesar de ello grafoelementos agudos (fig. 2).

Al revisar el historial de la paciente, destacaban los antecedentes personales de 4 CTCG en la juventud por las que no se había iniciado tratamiento antiepileptico, sin historia de mioclonías o ausencias. Tras una remisión de las crisis durante varias décadas, a los 50 años presentó 3 CTCG, y tras realizarse una TC cerebral que no mostró hallazgos significativos, y un EEG con trazado de punta-onda generalizada, fue diagnosticada de epilepsia esencial tipo gran mal, iniciándose tratamiento con fenitoína y primidona. Nueve meses después reingresó por 5 CTCG en un lapso temporal breve, asociadas a mal cumplimiento terapéutico. En ese ingreso presentó un cuadro confusional, por lo que se realizó un EEG que fue informado como estado parcial continuo con foco principal derecho, con normalización del trazado tras administrar clonazepam. En los años siguientes se retiró de forma ambulatoria fenitoína y primidona y se sustituyó por lamotrigina, VPA y fenobarbital, con buena tolerancia y respuesta. A los 66 años de edad, al iniciar el descenso de VPA, presentó un nuevo cuadro de desorientación, alteración del lenguaje y bradipsiquia, que requirió ingreso ante la sospecha de EENC, confirmándose mediante un EEG que mostró actividad punta-onda a 3 Hz continua. Dada de alta con diagnóstico de EA, se mantuvo el tratamiento previo sin incidencias hasta el momento actual.

Comentarios

Dentro de las epilepsias generalizadas idiopáticas (EGI), ahora epilepsias generalizadas genéticas, han sido descritos diferentes estados epilépticos generalizados (de ausencia, mioclónico, tónico-clónico generalizado, etc.), siendo probablemente el más frecuente el EA típico⁴. Clínicamente, el EA típico que se observa en las EGI se manifiesta como un estado confusional de minutos hasta días de duración, con un amplio rango de afectación del nivel de consciencia, desde una discreta bradipsiquia o inatención, hasta estupor, total desconexión del medio y mutismo. El paciente puede ser capaz de responder a órdenes, con un lenguaje empobrecido, frecuentemente con monosílabos, o realizar alguna actividad compleja. El 50% puede presentar síntomas motores como automatismos, mioclonías, clonías o atonía, con un predominio facial⁵.

Los EA son distintos en semiología y frecuencia en cada subtipo de EGI, y aunque son más frecuentes en los niños con epilepsia de ausencias infantil y en cualquier otra entidad que presente crisis de ausencia (epilepsia mioclónica juvenil, epilepsia de ausencias juvenil), pueden presentarse en otras EGI⁴. En población adulta, es habitual la asociación de EA con EGI no definidas: Baykan et al.⁶ observaron en su serie de 8 pacientes con EA recurrentes que 5 de ellos no

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8689261>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8689261>

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