

# Conducta práctica ante una epilepsia

D. Doukhi, A. Améri

*El diagnóstico de una crisis epiléptica debe establecerse sobre bases explícitas anamnésicas y electroencefalográficas. Precede a la búsqueda etiológica y constituye el punto clave de la prevención de las recidivas. El tratamiento requiere, en determinadas situaciones, un ingreso hospitalario y la realización de pruebas de imagen cerebral, indispensable en caso de primera crisis.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Epilepsia; Crisis comicial; Convulsión

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Identificar la crisis</b>	1
Crisis generalizadas	2
Crisis focales	3
Crisis focales que devienen bilaterales convulsivas	4
■ <b>Realizar el estudio de la crisis</b>	4
Anamnesis	4
Exploración física	4
Pruebas de laboratorio	4
Electroencefalograma	4
Pruebas de imagen cerebral	5
■ <b>Prevenir la recidiva</b>	5
En la práctica	6
El paciente debe ser remitido urgentemente al hospital	6
Estudio realizable de forma ambulatoria	7

## ■ Introducción

La palabra epilepsia deriva del griego *epilambaneim*, que significa tomar, sorprender. A pesar de que el documento más antiguo relacionado con la epilepsia sea una tabla babilónica, que en la actualidad se encuentra en el Museo Británico, la historia de la epilepsia comienza con Hipócrates (médico griego, 460-370 a.C.), que intentó desmitificar la enfermedad afirmando que su origen era el cerebro. Es a Galeno (médico griego, 460-370 d.C.) a quien se le debe la noción de aura, y Jackson (médico estadounidense, 1825-1911) formuló en 1861 la hipótesis de que la epilepsia se debe a descargas ocasionales, repentinas, excesivas y locales de la sustancia gris.

La crisis epiléptica corresponde a una disfunción transitoria y reversible del sistema nervioso central secundaria a una descarga paroxística, hipersíncrona y excesiva de una población de neuronas corticales. El episodio agudo es de duración breve y se manifiesta, en el plano clínico, por una alteración de la motricidad, de la sensibilidad, de las funciones cognitivas y/o de la consciencia.

La epilepsia es una enfermedad cerebral definida por una de las siguientes manifestaciones:

- al menos dos crisis no provocadas (o reflejas) espaciadas más de 24 horas;
- una crisis no provocada (o refleja) y una probabilidad de aparición de crisis posteriores en los siguientes 10 años, similar al riesgo general de recidiva (al menos un 60%) observado tras dos crisis provocadas;
- diagnóstico de un síndrome epiléptico.

Se trata de un problema frecuente, ya que se estima que entre el 3-5% de las personas presentan al menos una crisis durante su vida y que la crisis convulsiva generalizada representa el 3% de los motivos de consulta de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias. Teniendo en cuenta las implicaciones médicas y sociolaborales de la epilepsia, conviene mantener mucha prudencia al establecer este diagnóstico, que debe confirmarse de forma responsable con base en un abanico de argumentos clínicos y, si es posible, electroencefalográficos, que permiten diferenciar la crisis de otras manifestaciones paroxísticas. Una vez identificada la crisis, se presenta la duda sobre su significado: ¿se trata de un episodio único que no se repetirá, aparecido tras una circunstancia determinada (crisis situacional), o se trata por el contrario del síntoma revelador de una enfermedad neurológica de la que sólo demuestra la localización cerebral (crisis sintomática)?

Por último, independientemente de la certeza diagnóstica y la etiología sospechada, es obligatorio tener en cuenta el riesgo de recidiva a corto plazo.

El problema es por lo tanto triple: identificar la crisis, buscar la causa y prevenir la recidiva.

## ■ Identificar la crisis

A menudo, el paciente consulta después de la crisis. Al ser el diagnóstico de epilepsia ante todo clínico, es necesario preguntar de forma rigurosa al paciente y a los testigos de la crisis, con el objetivo de precisar las características semiológicas de la crisis, su contexto de aparición, los factores desencadenantes y la existencia de un posible pródromo<sup>[1]</sup>. De forma accesoria, el electroencefalograma (EEG), repetido en caso necesario y empleando métodos de activación como la hiperapnea, la estimulación luminosa

**Cuadro 1.**

Clasificación clínica de las crisis de epilepsia (2010).

<b>Crisis generalizadas</b>	Ausencias: - típicas - atípicas - ausencias con determinadas características: ausencias mioclónicas; ausencias con mioclonías palpebrales Crisis mioclónicas - mioclónicas - mioclonotónicas - mioclonotónicas Crisis clónicas Crisis tónicas Crisis tonicoclónicas Crisis atónicas
<b>Crisis focales</b>	Caracterizadas por uno o varios síntomas: - con aura - con signos motores - con signos vegetativos - con consciencia/respuesta a la estimulación alterada o preservada Crisis focales que evolucionan hacia crisis bilaterales convulsivas
<b>Desconocidas</b>	Espasmos epilépticos Otras

**Cuadro 2.**

Clasificación clínica de las crisis de epilepsia (1981).

<b>Crisis generalizadas</b>	Ausencias: - típicas - atípicas Crisis mioclónicas Crisis clónicas Crisis tónicas Crisis tonicoclónicas Crisis atónicas, astáticas
<b>Crisis parciales</b>	Crisis parciales simples: sin alteración del estado de consciencia - con signos motores - con signos somatosensitivos o sensoriales - con signos vegetativos - con signos psíquicos Crisis parciales complejas: - con alteración del estado de consciencia - con inicio parcial seguido de trastornos de consciencia - con trastornos de consciencia iniciales Crisis parciales secundariamente generalizadas: - crisis parciales simples secundariamente generalizadas - crisis parciales complejas secundariamente generalizadas - crisis parciales simples, que pasan a complejas, y más tarde generalizadas Crisis inclasificables

intermitente o el sueño, puede ofrecer una ayuda diagnóstica si demuestra anomalías paroxísticas (puntas o puntas-ondas focales o generalizadas). Su normalidad, incluso poco tiempo después de la crisis, no descarta el diagnóstico. En ocasiones es indispensable realizar video-EEG en casos dudosos para establecer el diagnóstico de crisis o en caso de diagnóstico diferencial, pero con muy poca frecuencia es factible en el estudio inicial.

La clasificación internacional de las crisis epilépticas de 2010 <sup>[2]</sup> diferencia tres grupos principales: las crisis generalizadas, las crisis focales y las crisis inclasificables. El Cuadro 1 recuerda la clasificación internacional de las crisis epilépticas de 2010, que se basa en sus características semiológicas (en comparación con la antigua clasificación empleada de 1981) (Cuadro 2).

En las crisis generalizadas, la descarga neuronal paroxística afecta simultáneamente a toda la corteza cerebral. Las manifestaciones motoras, cuando están presentes, son de entrada bilaterales y simétricas. Por el contrario, en las crisis focales, la descarga paroxística se limita a una zona cortical llamada foco epiléptico. Las manifestaciones clínicas de la crisis permiten con frecuencia localizar el foco epiléptico. En las crisis focales, se distinguen diferentes tipos en función de los signos acompañantes y el carácter alterado o conservado de la consciencia y las crisis focales secundariamente generalizadas.

**Crisis generalizadas**

Existen diferentes tipos de crisis generalizadas: tónico-clónicas, ausencias (típicas, atípicas o asociadas a síntomas determinados), clónicas, tónicas, atónicas y mioclónicas.

Las crisis generalizadas tónico-clónicas son las crisis generalizadas más frecuentes en el adulto. El desarrollo de estas crisis está estereotipado e incluye tres fases. Se inician con una fase tónica de unos 15 segundos de duración, que comienza con un grito con pérdida de conocimiento brusca. En esta fase, existe una contracción brusca y mantenida de toda la musculatura esquelética en flexión y más tarde en extensión, asociada a importantes trastornos vegetativos (taquicardia, hipertensión arterial, paro respiratorio, rubefacción facial, midriasis, hipersecreción generalizada, etc.). La contracción de las mandíbulas provoca en ocasiones la mordedura de la lengua; la contracción simultánea de los músculos abdominales y de la glotis puede provocar un grito; la contracción del diafragma y de los músculos intercostales bloquea la respiración. Tras esta primera fase existe una fase clónica de aproximadamente 30 segundos de duración, caracterizada por sacudidas bilaterales, bruscas, intensas, generalizadas, progresivamente enlentecidas, en relación con la alternancia de contracciones musculares en flexión y de relajación. La respiración permanece abolida, lo que se traduce por cianosis facial. En esta fase puede observarse también una mordedura de la lengua. La última fase o fase resolutive es de duración variable (minutos u horas). El paciente permanece inmóvil, hipotónico, presenta una relajación muscular completa y obnubilación de la consciencia. Se reinicia la respiración, amplia, ruidosa, alterada por la hipersecreción mucosa, llamada respiración estertórea; se puede observar incontinencia urinaria. La recuperación de la consciencia es muy progresiva mientras que la cianosis da paso a palidez. Tras la crisis, existe amnesia completa del episodio, y el paciente refiere cefalea y mialgias.

Las crisis generalizadas mioclónicas se caracterizan por la presencia de las mioclonías aisladas o en salvas que afectan al eje del cuerpo y/o a los cuatro miembros, con alteración moderada de la consciencia. No existe fase poscrítica. Las mioclonías son contracciones de los músculos agonistas y antagonistas que provocan una sacudida muscular breve de topografía e intensidad variables. Cuando se observa un cese de la contracción muscular que provoca una relajación postural, se habla de mioclonías negativas.

Las crisis generalizadas clónicas aparecen en los niños, en particular en un contexto febril, y se acompañan de una obnubilación poscrítica.

Las crisis generalizadas tónicas suelen aparecer en salvas durante la noche; se caracterizan por una contractura muscular brusca, intensa y difusa acompañada de apnea, trastornos vegetativos y alteración de la consciencia, y pueden provocar caídas bruscas y traumáticas. La fase poscrítica es breve.

Las crisis generalizadas atónicas se manifiestan por una abolición brusca del tono responsable de una caída traumática; en ocasiones, pueden limitarse a la inclinación de la cabeza hacia delante.

Las ausencias se observan preferentemente en el niño. Se traducen por una alteración brusca de todas las funciones mentales con abolición de la capacidad de percepción, de las funciones mnésicas y de la reactividad. Duran unos segundos (unos 10 s en promedio) y se acompañan de un cese de las actividades en curso. Cuando clínicamente la sintomatología se resume a la interrupción del contacto con el medio y el cese de las actividades, se habla de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757865>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757865>

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