

REVISTA MUNDO INVESTIGACIÓN

(2016), Núm.1, Vol 1.

ISSN: 2530-0466

www.mundoinvestigacion.es

Epilepsia: Nociones Fundamentales

EPILEPSY: Fundamental Principles

Arteaga, R. (1)

Pediatra del Hospital de Valdecilla de Santander (Cantabria, España)

pedamr@humv.es

RESUMEN

En este trabajo se expone las características principales de la epilepsia. Se abordan de una forma sintética y accesible, desde su máxima expresión a partir de las crisis y su tipología, hasta el diagnóstico, epidemiología, pronóstico, calidad de vida, etiología, etc. En cierta forma, el artículo pretende aclarar conceptos relativos a esta enfermedad

Palabras clave: Crisis epiléptica; Frecuencia; Orígenes; Diagnóstico; Tratamiento; Pronóstico.

ABSTRACT

This paper tries to explain epilepsy and its main features. Thus, it described in a synthetic form and language accessible: the crisis and its typology, to diagnosis, epidemiology, prognosis, quality of life, etiology, etc. In a way, the article aims to clarify concepts related to this disease.

Key Words: Epileptic seizure; Frequency; origins; Diagnosis; Treatment; Forecast.

Introducción

La epilepsia es una enfermedad conocida desde la antigüedad, Hipócrates ubica su origen en el cerebro pero en la actualidad todavía, su diagnóstico es difícil de aceptar por el propio paciente, familia y entorno, levantando recelo y temor en los ámbitos sociales.

Según el diccionario de epilepsia de la Organización Mundial de la Salud se define **epilepsia** como “afección crónica, de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes, asociada eventualmente a diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas”.

Una vez definido, cabe decir, que este trabajo se basa en una síntesis de una bibliografía más que extensa, de la que al final del mismo (apartado de bibliografía), se citan algunos de los trabajos más relevantes.

A continuación, se pasa a exponer las principales características de la epilepsia.

La Crisis Epileptica y Su Tipología

Es una crisis cerebral, consecuencia de una descarga ocasional y paroxística excesiva, de una población hiperexcitable de neuronas, siendo el mecanismo básico del fenómeno epiléptico. Se manifiesta de forma brusca y transitoria y da lugar a síntomas:

- **Motores**, con movimientos involuntarios tónico-clónicos, tónicos o clónicos.
- **Sensitivos-sensoriales**, con alteraciones visuales,

alucinaciones auditivas, olfatorias, gustativas etc.

- Y finalmente, **psíquicos** con alteraciones de memoria o cognitivas, sensaciones de placer o angustia etc.

En cuanto a los tipos de crisis, podemos diferenciar:

- a) **Crisis parciales:** en ellos, la consecuencia de la disfunción pasajera, tiene signos clínicos que sugieren una activación inicial de un sistema neuronal, anatómico o funcional, limitado a parte de uno de los hemisferios cerebrales; cuando se acompaña de pérdida de conciencia, expresada como incapacidad de responder a estímulos exógenos, se denomina crisis parcial compleja y crisis parcial simple cuando no se afecta la conciencia.
- b) **Crisis generalizadas:** de la totalidad del cerebro, los signos clínicos sugieren una afectación inicial de ambos hemisferios, suele existir una afectación de la conciencia y las manifestaciones motoras son bilaterales.

Epidemiología

La prevalencia, que es el número de epilépticos existentes en una población definida y en un momento específico, es de aproximadamente 8 pacientes por mil habitantes y, **la incidencia**, que es el número de casos nuevos que aparecen en una población determinada durante un periodo de tiempo, se admite por regla general, para una población de 100.000 individuos, aparece cada año de 30 a 50 casos nuevos de epilepsia.

No obstante, están surgiendo importantes avances que podría llevarnos a pensar que no está lejano el día en el que podríamos, en la práctica clínica diaria, utilizar determinadas pruebas para informar sobre la posibilidad de padecer esta enfermedad.

Etiología y Metodología Diagnóstica

En cuanto a la etiología se pueden destacar los siguientes orígenes:

Hereditaria en algunos pacientes con síndromes epilépticos se han podido identificar alteraciones en sus genes.

Sintomática por anomalías congénitas, lesiones ante y perinatales, traumatismos, infecciones, enfermedad vascular cerebral, tumores, enfermedades degenerativas etc.

Sin causa demostrable por historia clínica y pruebas complementarias.

Respecto al diagnóstico, implica un estudio global del enfermo epiléptico. Atendiendo a las siguientes cuestiones:

- **Interrogatorio de las características del episodio** con la descripción directa del observador, si hubo o no pérdida de conciencia así como su cronología, con forma de inicio y finalización, duración, momento que ocurrió en vigilia o sueño, factores precipitantes del enfermo, privación de sueño o disminución de horas necesarias de sueño, menstruación, trastornos emocionales, fiebre, ingesta de alcohol etc. Factores desencadenantes de las crisis

TV, video-juegos, ordenadores etc.

- **A los antecedentes personales** factores que pueden afectar a la gestación incidencias del parto y del periodo de recién nacido y las enfermedades previas al inicio del cuadro clínico, así como anomalías en el desarrollo psíquico y motor y antecedentes familiares.
- **Examen físico y neurológico** del paciente.
- **Estudio del electroencefalograma** que recoge la actividad eléctrica que emite las células de la corteza cerebral, la amplifica y la transcribe, se realiza en vigilia con estimulación luminosa intermitente, acústica e hiperventilación y si este es normal en sueño.
- **Estudio radiológico de resonancia magnética craneal** que obtiene imágenes por la señal que emiten los núcleos atómicos al ser colocados en un campo magnético, diferenciándose los distintos componentes anatómicos del cerebro en función básicamente de su contenido en agua identificando lesiones o anomalías como posible causa de la epilepsia.

Diagnóstico diferencial

El dato clínico fundamental que sugiere que la causa de una pérdida de conciencia es una crisis epiléptica y no un síncope, es la existencia de un periodo “confusional postcrítico”.

Se debe aclarar que, la epilepsia, es una afección crónica de diferentes orígenes, caracterizada por la repetición de crisis. Las crisis epilépticas únicas no son pues una epilepsia.

Tratamientos

Los tratamientos más usuales son:

Tratamiento farmacológico con un antiepiléptico en fase aguda, para control de la crisis de forma intra-nasal, rectal o intravenosa, colocando al paciente echado y con la cabeza a un lado, sobre una superficie segura, no introducir nada en la boca y no impedir por fuerza los movimientos convulsivos, cuando concluya la crisis dejar a la persona que descanse tranquila.

Tratamiento farmacológico fase crónica de forma oral con inicio lento y progresivo, aumentando la dosis cada semana para evitar posibles efectos secundarios valorando el beneficio de no presentar recidiva de crisis pero con el riesgo de tolerabilidad de los fármacos antiepilépticos entendiendo como tal los efectos, tanto favorables como desfavorables para una buena cumplimentación.

Tratamiento quirúrgico en las epilepsias que no se controlan con los fármacos, con mala calidad de vida por la recurrencia de las crisis, con epilepsias parciales sintomáticas con la finalidad fundamental de que la cirugía extirpe el foco epiléptico.

Calidad De Vida

Estudios realizados a los propios pacientes, la prioridad máxima era no tener crisis, seguido de acceder al

mundo laboral. Cabe decir en éste caso, que algunas profesiones están desaconsejadas: piloto de aviación, conductor profesional, militar, guardia de seguridad, submarinista, bombero. Por su lado, la etapa escolar y académica debe tener la máxima normalización incluyendo el deporte, pero prohibiendo aquellos de alto riesgo como puedan ser el paracaidismo, la escalada, el submarinismo, el automovilismo y el motorismo entre otros. Pero es fundamental sin lugar a dudas la familia, amigos y las relaciones sociales. Por su importancia socio-sanitaria, trataremos de normalizar el régimen de vida del paciente, su familia y entorno social, pero a veces la enfermedad comprende aspectos diferentes y algunas personas tienen discapacidades neurológicas de distintas características como alteraciones de conducta, retraso mental, trastornos motores o defectos perceptivos-sensoriales que también deben ser tratados de forma integrada.

Pronóstico

Finalmente señalar, que en aquellos pacientes con normalidad neurológica y cognitiva, con ausencia de lesiones en la resonancia magnética cerebral, normalización del electroencefalograma en el curso del tratamiento, después de tres años sin crisis, puede intentarse la supresión del tratamiento antiepiléptico reduciéndose la dosis lentamente a lo largo de un año.

Mediante un tratamiento antiepiléptico adecuado, un 75 % de las crisis epilépticas pueden ser controladas en su totalidad, un 10% disminuyen en su frecuencia y un 15% son refractarias a toda estrategia terapéutica.

Bibliografía:

- D' ALESSIO L, SCÉVOLA L, FERNANDEZ-LIMA M, ODDO S, SOLIS P, SEOANE E, KOCHEN S. CORRIGENDUM "Psychiatric outcome of epilepsy surgery in patients with psychosis and temporal lobe drug-resistant epilepsy: A prospective case series". *Epilepsy & Behav.* 2014; 37:165-170.
- CRAMER JA, WANG ZJ, CHANG E, CIPHER R, CHEREPANOU D, BRODER MS. *Health care cost and utilization related to long-or short-acting antiepileptic monotherapy use.* *Epilepsy & Behav.* 2015; 44: 40-46.
- GÓMEZ-ALONSO J, GIL;-NAJER A. A graded system to categorized drug-resistad epilepsy. *Epilepsia.* 2010; 51: 2360-2361.
- KO D, YANG H, WILLIAMS B, XING D, LAURENZA A. *Parampanel in the treatment of partial seizures time to onset and duration of most common adverse events from pooled Phase III and extension studies.* *Epilepsy & Behav.* 2015; 48: 45-52.
- MEADOR KJ, KAPUR R, LORING DW, KANNER AM, MORRELL MJ, the RNS® System Pivotal Trial Investigators. *Quality of life and mood in patients with medically intractable epilepsy treated with targeted responsive neurostimulation.* *Epilepsy & Behav.* 2015; 45:242-247.
- MATEOS-BEATO F. *Nuevas perspectivas en el tratamiento farmacológico de la epilepsia.* *Inf Ter Sist Nac Salud.* :1999; 23: 104-110.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Centro de Prensa Epilepsia. Nota descriptiva número 999.* Febrero 2016.
- SAADA F, WANG Z S, BAUTISTA RED. *In focus: the everyday lives of families of adult individuals with epilepsy.* *Epilepsy & Behav.* 2015; 50:10-13.
- SÁNCHEZ-ÁLVAREZ JC, GIL-NAJER A, CASAS-FERNÁNDEZ C, MAURI-LLERDA JA, SALAS-PUIG J, SANCHO-RIEGER J. *Epilepsia resistente a fármacos antiepilépticos: recomendaciones de actuación diagnóstica y terapéutica en España.* *Neurologia.*2012; 27 (9): 579-584.
- SETOAIN X, CARREÑO M, PAVIA J, MARTI-FUSTER B, CAMPOS F, LOMEÑA F. *PET y SPECT en la epilepsia.* *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol.* 2014; 33(3) :165-174.
- YILDIZ FG,TEZER FI, SAYGI S. Temporal lobe epilepsy is a predisposing factor for sleep apnea: A questionnaire study in video-EEG monitoring unit. *Epilepsy & Behov.* 2015; 48: 1-3.