

Las epilepsias

Juan Mendoza-Vega

Tan antigua como la humanidad misma y ni siquiera exclusiva de ella (se ha comprobado su presencia en varias especies animales), la descarga neuronal anormal y episódica con manifestaciones clínicas, que desde hace más de 20 siglos conocemos con el nombre de epilepsia, es problema con el que frecuentemente debe enfrentarse todo médico, sea cual fuere su especialidad. Ello hace pertinentes todos los estudios que en este campo se realizan, máxime si enfocan aspectos relativos al estudio y tratamiento de las personas afectadas o al mejor conocimiento de los detalles epidemiológicos que pueden llevar a medidas preventivas, muy esperadas por cierto.

En otras páginas de este primer número de Acta Médica Colombiana para 1991, el Grupo de Estudios Neuroepidemiológicos de la Universidad de Antioquia presenta los resultados obtenidos al analizarlos factores de riesgo en epilepsia (1); las cifras, reunidas mediante la juiciosa y estricta aplicación de un instrumento elaborado por ellos mismos y las conclusiones y recomendaciones que de aquellas se derivan, provocarán sin duda polémicas y cambios muy saludables respecto al enfoque mismo de las epilepsias como problema de salud pública y como enfermedad del individuo que se refleja fuertemente sobre su familia y su actividad escolar o laboral.

Clasificaciones y tratamiento

Mientras llega el consenso científico que permita la adopción masiva de medidas preventivas antiepilepsia, es prudente recordar algunos puntos

Dr. Juan Mendoza-Vega: Director General de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia; Miembro de Número Academia Nacional de Medicina; Profesor Titular, Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; Miembro activo fundador, Sociedad Neurológica de Colombia.

Solicitud de separatas al Dr. Mendoza-Vega.

básicos del diagnóstico y tratamiento, de los cuales depende el éxito de la intervención médica tanto en lo biológico como en lo social.

En primer término, la manifestación de la epilepsia que es la crisis paroxística (mal llamada crisis convulsiva, pues en numerosos casos no hay convulsiones durante ella), es un evento que puede medirse en ciertos parámetros, documentarse para su descripción precisa y por ello clasificarse también con precisión. Esa clasificación, para la cual se adoptaron desde 1981 (2) y 1985 (3, 4) documentos con esquemas y lineamientos muy precisos, discutidos de modo amplio y aceptados internacionalmente es, en concepto de los más respetados especialistas de todo el mundo, el criterio adecuado para la indicación de la terapéutica correcta en cada paciente (5). Esto quiere decir que, ante la sospecha de epilepsia, el esfuerzo médico debe dirigirse de manera prioritaria a la recolección y análisis de todos los datos que permitan clasificar al paciente en el síndrome epiléptico que le corresponda, según el tipo de crisis, la etiología, edad de presentación, descargas electroencefalográficas ictales e interictales, etc. La descripción de las crisis, sin olvidar que una persona puede tenerlas de varias clases, simultáneas o sucesivas, con muy diversos intervalos, se obtendrá del paciente, de sus parientes y amigos, con el mayor detalle posible; a veces será necesario acudir a la grabación en cinta de video, que ya ofrecen algunos laboratorios en nuestro medio (Liga Central contra la Epilepsia, por ejemplo). En el caso de los niños, se tropezará probablemente con los defectos de observación atribuibles a la angustia que el ataque provoca en los padres, hermanos y demás personas que rodean a la criatura; pero es indispensable evitar el camino fácil de aceptar como tónico-clónica

generalizada toda crisis, pues también en la infancia la adecuada clasificación de cada paciente, por tipo de crisis y por síndrome, es la única que permite valoración y tratamiento óptimos (6).

El electroencefalograma

El único examen paraclínico de amplio uso que permite registrar y seguir en forma fisiológica un episodio de actividad cerebral, mientras está ocurriendo (7), es el electroencefalograma, parte insustituible en el estudio del paciente de cualquier edad con sospecha de epilepsia. Desde hace más de diez años se señaló (8) que no puede darse por completo el análisis de tales pacientes mientras no se tengan los trazados electroencefalográficos que en cada caso sean aconsejables y que pueden llegar, en ocasiones, hasta el trazado durante varias horas similar al estudio electro-cardiográfico preconizado por Holter. Otros métodos modernos poco o nada invasores que permiten estudiar el funcionamiento del sistema nervioso en condiciones muy cercanas de lo fisiológico, como la tomografía por emisión de positrones (PET, en la sigla inglesa) y la magnetoencefalografía, están aún en etapa de investigación y fuera del alcance del clínico y del paciente corriente.

Monoterapia, en lo posible

En el campo de los medicamentos para tratamiento de las epilepsias, la segunda mitad del siglo XX ha visto progresos muy notorios. Nuevas y más efectivas sustancias desplazaron a los bromuros y otros compuestos similares que ocupaban la primera línea terapéutica hasta hace menos de cien años; sólo el fenobarbital (que se empezó a usar en 1912) sigue ocupando puesto importante en este campo, especialmente en ciertas epilepsias generalizadas, aun cuando su efecto depresor neuronal puede interferir notoriamente las actividades ordinarias del paciente.

El aumento en el número y en la actividad farmacológica de los anticonvulsivos ha obligado a establecer ciertos principios generales que permitan la mayor efectividad del tratamiento. El primero de tales principios es el uso de un solo medicamento para cada paciente, siempre que ello sea

posible y en todo caso al iniciar un tratamiento. Esta monoterapia, que parte de dosis bajas y se reajusta poco a poco según el resultado clínico obtenido y los niveles séricos alcanzados, permite llegar hasta el límite de toxicidad antes de resolver que el medicamento no sirve y proceder con seguridad a sustituirlo gradualmente por otro, en la misma forma. Es también principio básico el de no comenzar tratamiento mientras no se haya establecido un diagnóstico firme. No debe intentarse tratamiento de prueba y tampoco iniciarlo cuando el paciente ha tenido un solo ataque y no existe evidencia de lesión cerebral (exámenes paraclínicos y valoración clínica normales) (9).

Las posibilidades de éxito en el tratamiento anticonvulsivo bien ordenado son superiores al 70%, en cuanto a mantener al paciente libre de crisis. Pero como dependen también del estricto cumplimiento en cuanto a dosis, horario y demás partes del esquema de tratamiento, es indispensable obtener la plena cooperación del paciente y de su familia, a quienes se deben explicar con detalle las características de la enfermedad, las razones para cada paso, medicamento o medida del tratamiento y por supuesto ayudarles a librarse de creencias falsas o mágicas que son tan abundantes en este contexto.

Status epiléptico y crisis febril

Por lo que hace a su tratamiento, plantean problemas especiales el status epiléptico y las crisis llamadas febriles.

Definido por Gastaut (10) como crisis epiléptica suficientemente prolongada o repetida a intervalos suficientemente cortos como para producir una condición epiléptica invariable y duradera, el status epiléptico puede ser convulsivo o no convulsivo, generalizado o parcial, pero es siempre una situación de urgencia médica que requiere tratamiento enérgico, ya que su prolongación por más de 30 minutos produce daños neuronales irreversibles, de gravedad y extensión impredecibles. El tratamiento debe proceder en tres pasos, a saber: soporte cardio-respiratorio, interrupción de la actividad paroxística y prevención de su recurrencia, mediante la medicación específica (Tabla 1) e

identificación de la etiología y de los mecanismos desencadenantes para ordenar las medidas terapéuticas y preventivas del caso.

En cuanto a la crisis convulsiva que aparece durante un episodio febril, en un niño entre los seis meses y los cinco años de edad cuyo estado de salud era hasta ese momento normal, debe estimarse usualmente como benigna y no necesita tratamiento, salvo las medidas encaminadas a controlar la temperatura corporal de ahí en adelante. En efecto, se ha demostrado que si el desarrollo psicomotor y la maduración corporal del niño venían siguiendo límites de normalidad y si no hay historia familiar de epilepsia, las posibilidades de que aparezcan luego crisis sin fiebre apenas llegan a 2%. Esta cifra crece si hay historia familiar de epilepsia, anormalidad neurológica antes del ataque, o si éste es parcial o muy prolongado; además debe realizarse cuidadoso diagnóstico diferencial para no pasar por alto intoxicaciones, infecciones (meningitis, encefalitis) o entidades como el síndrome de Reye.

Tabla 1. Medidas ante el status epileptico.

1 a 5 minutos	Asegurar función cardíaca y respiratoria. Examen clínico, glucemia, BUN, electrolitos, drogas (niveles en suero).
6 a 9 minutos:	Iniciar infusión IV de solución salina, bolo IV de glucosa (25 gr) y vitamina B. Diazepam 10 mg IV muy lentamente.
10 a 30 minutos:	Iniciar difenilhidantoína IV 20 mg/kg de peso, a menos de 50 mg/minuto.
31 a 60 minutos:	Si persisten convulsiones, fenobarbital 10 mg/kg IV a 100 mg/min. Si al final de la hora persisten convulsiones, iniciar barbitúricos IV de corta acción con ayuda del anestesiólogo.
Adaptado de Leppik IE. "Status Epilepticus". Neurol Clin 1986; 4:638.	

Tabla 2. Medicamentos anticonvulsivos usuales.

Droga	Dosis Inic.	Aumentos	Régimen Diario
Carbamazepina	200 mg	200 mg cada vez	bid*(tid)**
Difenilhidantoína	200 mg	50 a 100 mg/semana	bid (una)***
Valproato	400 mg	200 mg/semana	bid
Fenobarbital	30 a 60 mg	50 mg cada vez	una (bid)
Etosuccimida	250 mg	250 mg/semana	bid (tid)
Primidona	125 mg	125 a 250 mg/semana	bid (tid)
* bid: dos dosis al día (cada 12 horas) ** tid: tres dosis al día (cada 8 horas) *** una: una dosis diaria (usualmente por la noche).			

¿Sitio para el computador?

Como se ha dicho, todo médico suele enfrentarse a casos de epilepsia con alguna frecuencia. Es indispensable entonces mantenerse razonablemente informado al menos sobre las líneas generales de su diagnóstico y tratamiento (Tabla 2). Pero el oportuno consejo de un especialista sobre la estrategia del tratamiento en cada caso individual mejoraría mucho, sin duda, la efectividad de éste y facilitaría la acción del médico no especialista en estas circunstancias.

Con base en la experiencia de la Clínica de Epilepsia que viene funcionando en la Fundación Instituto Neurológico de Colombia puede proponerse un sistema de interconsulta a través de computadores personales o micros conectados por línea telefónica con el computador de un centro docente de epileptología; el médico que desea la interconsulta recoge los datos del paciente sobre un esquema especialmente concebido para ese programa y los transmite al centro docente, donde el especialista los analiza y le retorna las sugerencias específicas de la estrategia para ese caso (medicamento, dosis, acciones con la familia, la escuela, el sitio de trabajo, controles, etc.) con la precisión y velocidad características del medio electrónico usado.

Esta ya no es, sin duda, simple ensoñación futurista sino solución que vale la pena estudiar concretamente porque se halla a nuestro alcance.

AGRADECIMIENTOS

A los doctores Jorge Eslava Cobos, Carlos Gaviria y Paulo Vega, de la FINC, por sus oportunos comentarios y sugerencias.

A los doctores Fernando Chalem, Jaime J. Ahumada y demás miembros del Consejo Editorial de la prestigiosa Acta Médica Colombiana por el honor implícito en esta oportunidad de colaborar en sus páginas.

REFERENCIAS

1. **Jiménez I, Mora O, Uribe CS et al.** Factores de riesgo en epilepsia. Estudio epidemiológico de casos y controles. Acta Med Colomb 1991; 16: 5-14.
2. Commission on Classification and Terminology, International League Against Epilepsy *ILAE. Epilepsia* 1981; 22:489-501.
3. Commission on Classification and Terminology, International League Against Epilepsy *ILAE. Epilepsia* 1985; 26:268-278.
4. **Wolf P.** The classification of seizures and the epilepsies. In: Porter RJ y Morselli PL eds. The Epilepsies. London: Butterworths 1985; 106-124.
5. **Porter RJ.** Recognizing and classifying epileptic seizures and epileptic syndroms. *Neurol Clin* 1986; 4:495-508.
6. **Pellock JM.** The classification of childhood seizures and epileptic syndroms. *Neurol Clin* 1990; 8:619-632.
7. **Sato S, Rose DF.** The electroencephalogram in the evaluation of the patient with epilepsy. *Neurol Clin* 1986; 4(3):509-529.
8. **Daly DD.** "Use of EEG for diagnosis and evaluation of epileptic seizures and non epileptic episodic disorders". In: Klass DW, Daly DD eds. Current practice of clinical electroencephalography. New York: Raven Press; 1979:221-268.
9. **Shorvon SD.** Epilepsy, a general practice perspective. Basilea: Ciba-Geigy (Publisher); 1988.