

PROBLEMAS CLÍNICOS EN NEUROLOGÍA

ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CRISIS EPILEPTICAS

Pedro Ortiz C., Profesor Principal de Neurología, Facultad de Medicina, U.N.M.S.M., Exjefe del Servicio de Neurología, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Máximo Ángeles L-A., Neurólogo Asistente, Servicio de Neurología, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati.

Consideremos la ansiedad de un niño o de un adulto ante el riesgo de quedar súbitamente inconsciente por un tiempo durante el cual se dará el cuadro dramático de una convulsión o el espectáculo, a veces ridículo, de un conjunto de gestos y acciones sin sentido, además de la posibilidad de sufrir en ese lapso lesiones de cualquier tipo e intensidad. La angustia y la sensación de impotencia al despertar en un lugar adonde ni siquiera se había pensado ir, o con un aspecto inexplicable, son de por sí problemas que nos llevan al mundo de una personalidad afectada por crisis epilépticas. Esta persona estará en manos médicas a lo mejor por toda su vida y, además de su alimentación tendrá que preocuparse que no le falte el medicamento que le proporcione la seguridad de poder estudiar o trabajar sin aquellos riesgos.

Junto a la locura, la epilepsia aún mantiene la connotación de estigma o deficiencia, que disminuye y limita a quien la sufre, pues el paciente no sólo moverá a compasión, sino a temor, y hasta desdén, cuando solicite un trabajo, por ejemplo. En efecto, toda la actividad de una persona, sea en formación, desde que nace, o ya madura en la plenitud de su capacidad, hasta en los últimos tramos de su vida, puede quedar trastocada por las crisis. Las repercusiones de ser epiléptico son impredecibles, aunque es bueno tener en cuenta que hay toda una tendencia hacia un cambio de actitud por parte de la comunidad, que habiendo empezado en los países industrializados, seguramente se extenderá al mundo subdesarrollado. Aunque entre nosotros, especialmente en las clases más pobres, hay un fenómeno diferente: al parecer una proporción importante de niños con crisis epilépticas no han recibido atención médica, y es posible que la crisis ni siquiera hayan sido reconocidas con la seriedad que merecen.

Justamente con el deseo de evitar actitudes negativas ante el paciente epiléptico, es que los médicos hemos inventado una frondosa terminología que sin haber siquiera logrado su cometido, ha hecho más confusa la conceptualización del problema y sus causas determinantes, cuando es aquí donde el paciente, su familia y todos los que lo rodean –en la escuela, en el trabajo y hasta en la calle–, deben tener las ideas lo suficientemente claras a fin de que el cumplimiento de la terapia y la valoración del paciente primen sobre todo prejuicio.

Es preciso pues eliminar todo rezago de magia y de ideas pseudocientíficas que por centurias han envuelto la enfermedad epiléptica, así como términos y conceptos –el de "disritmia", por ejemplo– que no hacen sino encubrir una atención médica inadecuada, por decir lo menos.

Es que gracias a los avances en las ciencias básicas, en los procedimientos de diagnóstico y en el tratamiento de la crisis, el paciente epiléptico no tiene que estar o sentirse más disminuido que un diabético o un hipertenso, ni tiene que usar términos que enmascaren su realidad. Es un desorden crónico, es verdad, pero donde el único contraste con otras enfermedades de igual o similar evolución es sólo el carácter súbito y sorpresivo de los trastornos que designamos como crisis epilépticas, que rara vez avisan y deja al azar sus posibles consecuencias.

La atención del paciente con crisis epilépticas compromete los tres niveles de los servicios médicos de salud, con responsabilidades claramente compartidas por los profesionales que allí laboran, donde nadie debe eludir funciones educativas, preventivas, terapéuticas y de rehabilitación. De hecho, así como hay niños que ni saben siquiera que sufren de tales crisis, también hay un número de pacientes que acuden al centro de salud más cercano sólo cuando tiene una crisis, y no sabemos si la mayoría o sólo unos pocos acuden regularmente para un seguimiento y control de sus

crisis. Al parecer sólo una pequeña proporción de pacientes tiene la posibilidad de acudir a un servicio especializado.

1. DELIMITACION DEL PROBLEMA CLINICO

Vamos a definir una crisis epiléptica como un desorden transitorio de la actividad personal, que comienza súbitamente y dura unos pocos segundos o minutos, que se debe a la brusca exacerbación de una disfunción latente de ciertas redes nerviosas de la corteza cerebral, causada a su vez por diversas condiciones patológicas locales. El desorden de la función cortical puede ser localizado en una red neural relativamente aislada y constituir lo que llamamos un foco epileptogénico, en cuyo caso las crisis serán parciales o focales; o puede tratarse de una disfunción difusa, bilateral del cerebro, en cuyo caso las crisis serán generalizadas. En otros casos, las crisis inicialmente parciales pueden generalizarse poco después de empezar.

El paciente, o más frecuentemente su familia o compañeros de trabajo, buscan atención médica cuando se han percatado de la ocurrencia de un desorden transitorio de su actividad personal. Todo depende del dramatismo o del grado de objetividad del trastorno; una convulsión, una pérdida de conocimiento o una caída inexplicable, casi siempre son motivo de atención médica inmediata. No es raro que la naturaleza, e incluso la presencia, de los primeros episodios hayan pasado desapercibidos o inexplicados en otras condiciones. Pero, en todo caso, lo que mueve a buscar atención médica es que algo transitorio ha interrumpido la actividad personal del paciente, desde el nivel sensorial o motor, hasta los niveles más complejos de la afectividad, el pensamiento, la imaginación o la atención, es decir cualquier aspecto de la actividad consciente de una persona.

1.1.- El Síndrome Clínico:

Se debe presumir que un paciente tiene crisis epilépticas –o crisis, a secas– cuando dice haber tenido ataques, desmayos, convulsiones, mareos. Estos términos tal como son usados por los pacientes y testigos –los profesionales de salud inclusive– unas veces sólo hacen referencia a crisis tónico-clónicas, otras veces no necesariamente significan crisis epilépticas. Por eso es bueno tener presente que la mayoría de crisis parciales, en el vocabulario de los pacientes, ni siquiera tienen un nombre genérico que los identifique, y es frecuente que nos hablen de haber tenido "lagunas", "temblores", "adormecimientos", "sobresaltos", "vahídos", o "no sé, algo me pasa de repente".

En términos genéricos, una crisis queda definida como epiléptica, si es que cumple con las siguientes características:

1. El desorden de la actividad personal, fuese parcial o generalizado, tiene un carácter episódico;
2. El síntoma o los síntomas, subjetivos u objetivos, son de tal naturaleza que implican o sugieren un estado transitorio de hiperactividad, local o generalizada de la corteza cerebral;
3. Cada episodio se inicia súbitamente, dura unos pocos segundos o minutos, y remite gradualmente en un tiempo similar o en horas, según la extensión e intensidad del trastorno.

Si la crisis se ha repetido con similares características, la posibilidad de su naturaleza epiléptica se reafirma. Sólo hay que recordar que algunos pacientes tienen crisis epilépticas semiológicamente diferentes, pero en quienes se puede establecer que existe un desorden fisiopatológico único.

Por lo general, el carácter epiléptico de estos trastornos episódicos sólo queda establecido después de una minuciosa descripción de los síntomas que experimentó el paciente, así como de los trastornos objetivos de su actividad tal como los vieron sus ocasionales acompañantes. Es frecuente, sin embargo, que éstos estén más atentos a cuidar del paciente y no tomen debida nota de los cambios que caracterizan la crisis.

Algunos pacientes acuden solos y únicamente refieren las circunstancias que precedieron a la crisis y las molestias y nuevas circunstancias que sucedieron a la misma. Ellos acuden guiados sólo

por indicios de haber tenido algo parecido a lo que puede ser un ataque, como haber caído de la cama, o haberla mojado, haber producido ronquidos desusados, tener dolor de cabeza o del cuerpo al despertar del sueño; encontrarse con la ropa sucia o raída, o con heridas o contusiones inexplicables, o simplemente "despertar" en un lugar al que no había pensado llegar.

A propósito de estos casos, pero no sólo en ellos, se debe tener presente siempre que es imprescindible la versión de testigos, y si el testigo no puede acudir a la consulta, tendrá que referir al paciente todo lo que ha visto para que él transmita la versión al médico en la próxima entrevista.

Hay pacientes, sobre todo niños, a quienes no se les ha dicho que tiene crisis por temor a incomodarlos o hacerles sentir disminuidos. Hay otros que ya tienen la referencia, aunque por lo general incompleta de sus testigos. En cambio hay otros que tienen que esperar la oportunidad de que alguien asista una futura crisis para obtener una descripción más atenta.

Pero también hay una proporción de pacientes que han tenido experiencias llamativas, a veces bien definidas, de las que pueden dar cuenta con algún detalle: se trata por ejemplo de sacudidas que designan como temblor de alguna parte del cuerpo, trastornos visuales, auditivos o táctiles, algunos parecidos a los ensueños, que alteran el curso de la imaginación o el pensamiento normal. Aunque también es llamativo el hecho que si el paciente tiene crisis convulsivas generalizadas y también crisis parciales, estas no sean tomadas en cuenta por él, pero tampoco por el médico que orienta su actuación a base de los "ataques mayores" y deja de lado las crisis parciales o "menores". En los niños, rara vez es posible obtener una versión de su experiencia subjetiva, aunque a veces sorprenden con sus descripciones simples, pero claras; en ellos la anamnesis se facilita, aunque no siempre, por la descripción que hace el ocasional testigo. Es común que la madre traiga la versión de otros niños o del maestro. En el recién nacido y en los infantes, el médico puede observar directamente las crisis, pues en ellos tienden a repetirse con mayor frecuencia.

1.2.- Clasificación de las crisis epilépticas:

La definición del problema clínico como de naturaleza epiléptica se complementa con la clasificación del tipo de crisis, lo que sirve para deducir la localización del foco epileptogénico y, a partir de él, la localización de la lesión causal. Para tal fin, existen varios sistemas de clasificación, desde los más simples que se usarán en los primeros niveles de atención al paciente, hasta los más comprensivos para uso especializado. Al respecto debemos tener en cuenta que prácticamente todas las clasificaciones se refieren a los tipos de "crisis epilépticas" entendidas como síntomas, aunque las más recientes tienden a clasificar las formas de "epilepsia", entendida ésta como una enfermedad en el sentido nosológico tradicional.

En la atención del paciente concreto, sería saludable que el médico considere al paciente como la personalidad que es, con toda su historia, dentro de la que sus procesos patológicos han perturbado el curso del desarrollo de algunas o de todas sus capacidades. Sólo así podríamos comprender su situación y su porvenir, y los objetivos de la terapia.

En tal sentido, la clasificación de sus crisis haciendo abstracción de toda la personalidad, sería todo un absurdo: es bueno tener en cuenta que en realidad una clasificación en estos términos es solamente una forma de definir la estrategia diagnóstica y terapéutica, pues el objetivo no es sólo suprimir una crisis, sino posibilitar el desarrollo integral de la persona.

Aclarada la base conceptual, la clasificación semiológica de la Comisión (1981) que se muestra en el Cuadro N° 1 nos servirá de marco general de referencia.

Al tratar sobre la estrategia de la atención del paciente volveremos a clasificaciones más sencillas, pero de mayor utilidad práctica, que se adaptan a la clase de atención que se brinda en cada nivel de los servicios médicos de salud.

CUADRO N° 1

CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

(Commission on Classification and Terminology, 1981)

1. Crisis parciales:

2.0. Crisis parciales simples

- 3.0.0. Crisis motoras: segmentarias, versivas, posturales; con marcha.
- 4.0.0. Crisis sensoriales: visuales, auditivas, sensitivas, olfativas, gustativas, vertiginosas
- 5.0.0. Crisis psíquicas: deja vú, jamais vú, afásicas, amnésicas, de pensamiento forzado, estados de ensueño, ilusiones complejas, alucinaciones, de miedo, de cólera, de alegría, de tristeza.

6.0. Crisis parciales complejas:

- 7.0.0. Con pérdida inicial de la conciencia: con automatismos o sin ellos
- 8.0.0. Con pérdida de la conciencia precedida de crisis simples: con automatismos o sin ellos

9.0. Crisis parciales que evolucionan a crisis generalizada

10. Crisis generalizadas:

- 11.0. Crisis de ausencia: típicas, atípicas, con componente motor o sin él
- 12.0. Crisis mioclónicas
- 13.0. Crisis tónico-clónicas
- 14.0. Crisis tónicas
- 15.0. Crisis clónicas
- 16.0. Crisis atónicas
- 17.0. Crisis mixtas (combinaciones de dos o más de las anteriores)

1.3. Diagnóstico diferencial:

La delimitación del problema clínico se precisa mejor con el diagnóstico diferencial de la crisis epiléptica de aquellas que no son epilépticas. A éstas se les llama indebidamente "pseudocrisis", cuando son simplemente crisis no-epilépticas. Hay que tener presente que algunos pacientes pueden tener crisis tanto epilépticas como no-epilépticas.

La peculiaridad más saltante de los síntomas de una crisis epiléptica, y que la definen como tal, es que son de tipo "excitatorio" de tipo "positivo", en contraposición a los síntomas "negativos" o de déficit funcional. Hay, por ejemplo, otros trastornos de origen cerebral también episódicos, pero que no tienen carácter epiléptico, como son los déficits transitorios por isquemia local, los desórdenes transitorios del movimiento de origen extrapiramidal (coreoatetosis transitoria), los desórdenes cerebrales secundarios a alteración metabólica sistémica (hiperventilación, por ejemplo), los desórdenes transitorios del ciclo sueño-vigilia (la hipersomnia transitoria del paciente con narcolepsia), la crisis histéricas o simuladas de los pacientes con angustia, depresión o desorden de conducta. En el Cuadro N° 2 se mencionan las crisis no-epilépticas más importantes.

CUADRO N° 2

CRISIS NO EPILÉPTICAS

- Síncopes
 - Episodios de hipersomnia, cataplexia, etc. en la narcolepsia.
 - Amnesias transitorias (amnesia global transitoria, fugas).
 - Ataques vasculares transitorios generalmente isquémicos, por ej. en la migraña, en la aterosclerosis cerebral.
 - Desórdenes transitorios del movimiento (coreatetosis paroxística).
 - Crisis de hiperventilación
 - Crisis histéricas
 - Crisis simuladas
 - Episodios de conducta violenta
-

2. CAUSAS FRECUENTES DE CRISIS EPILEPTICAS

Si bien las crisis epilépticas son sólo la expresión de un desorden fisiopatológico crónico al interior de una red neural cortical más o menos definida, que se automantiene indefinidamente hasta constituirse en un estado patológico por sí mismo –que constituye la enfermedad que designamos como epilepsia–, también tiene sentido que las crisis como tales pueden ser tratadas como síntomas de diversas enfermedades. Es por eso que en la práctica médica una vez que se ha delimitado el problema clínico como crisis epiléptica, debe proseguirse con la investigación de su fisiopatología y etiopatogénesis. Con esa finalidad se ha propuesto clasificar la epilepsia en: 1) epilepsia de causa no conocida; y 2) epilepsia de causa conocida. No creemos, sin embargo, que una clasificación de este tipo facilite la atención del paciente en la práctica clínica, principalmente por el médico no especialista.

Por ello, siguiendo el esquema que hemos empleado al tratar otros problemas clínicos y que a nuestro entender facilitan la estrategia de la atención médica de cada caso individual, vamos a clasificar los pacientes según los datos de la historia, del examen clínico y de los exámenes auxiliares. Como es lógico, los datos obtenidos con cada procedimiento deberán ser confrontados entre sí para llegar a conclusiones reales y útiles para el enfermo.

I. Causas de crisis epilépticas según los datos de la historia clínica:

Cuatro son las clases de datos de anamnesis que sirven para el diagnóstico de la patología subyacente en un paciente con crisis, los síntomas asociados a las crisis, la edad de comienzo de las mismas y los datos sobre una afección previa que tiene alguna relación con la crisis.

Se puede separar así los siguientes grupos, en los que el orden en que se mencionan sus causas nos indica su relativa mayor frecuencia o importancia:

A. Crisis clónicas, tónicas, mioclónicas y otras, en el período neonatal, generalmente asociadas a signos de disfunción cerebral difusa:

a) Durante la primera semana:

- Asfixia perinatal
- Trauma perinatal (con hemorragia intracraneal)
- Infección del SNC
- Malformaciones congénitas del cerebro
- Desórdenes metabólicos: hipocalcemia, hipoglicemia, etc. o sin ella:

- Infecciones del SNC
 - Secuela de lesiones residuales (parálisis cerebral, oclusión vascular, arterial o venosa).
 - Errores congénitos del metabolismo
 - Síndromes neurocutáneos.
- b) Durante la segunda semana:
- Infección del sistema nervioso
 - Desórdenes electrolíticos: por infecciones; hipocalcemia alimentaria
 - Kernicterus
 - Malformaciones congénitas del cerebro
- c) Entre la tercera semana y el tercer mes
- Infecciones del SNC
 - Sufusión subdural por infección intracraneal
 - Malformaciones congénitas del cerebro
- B. Crisis de espasmo masivo, parciales y tónico-clónicas de la infancia:
- a) Espasmos infantiles, generalmente con déficit neurológico y retardo mental (síndrome de West, hirsutismo); de causa desconocida, pocas veces debido a malformaciones congénitas del cerebro, secuela de trauma o enfermedad vascular, errores de metabolismo.
- b) Convulsiones febriles, generalmente sin otro desorden neurológico: el proceso febril agudo es desencadenante, la causa es genética.
- c) Crisis tónico-clónicas y parciales con generalización secundaria o sin ella:
- Infecciones del sistema nervioso
 - Lesiones residuales tipo secuela: parálisis cerebral, oclusión vascular, arterial o venosa
 - Errores congénitos del metabolismo
 - Síndromes neurocutáneos
- A. Crisis tónico-clónicas, de ausencia, mioclónicas, clónicas, tónicas, atónicas, en diversas combinaciones y focales en la niñez y adolescencia:
- a) Epilepsia primaria generalizada, se expresa con ausencias típicas y/o crisis tónico-clónicas, sin otros desórdenes neurológicos asociados: de causa hereditaria.
- b) Síndrome de Lennox-Gastaut: Crisis generalizadas en diversas combinaciones, con otros signos de déficit neurológico o retardo mental generalmente de causa no conocida; en menor número secuela de traumatismo, infección o enfermedad vascular cerebral temprana, o errores de metabolismo y otros desórdenes metabólicos hereditarios progresivos.
- c) Epilepsias focales (rolándica, temporal, occipital, parietal, se expresan con crisis tónico-clónicas o parciales según el foco): son generalmente formas benignas de causa no conocida; en menor número debidas a trauma, granulomas y otras infecciones del SNC, lesiones residuales de enfermedad temprana, malformación arteriovenosa, tumor.
- B. Crisis parciales y tónico-clónicas del adulto, generalmente con otros síntomas neurológicos de disfunción focal o generalizada:
- a) De 20 a 60 años:
- Cisticercosis cerebral
 - Tumores cerebrales, primarios o metastásicos
 - Traumatismos craneoencefálicos
 - Granulomas (sobre todo tuberculoso), abscesos
 - Alcoholismo

- Arteritis
 - Lesiones residuales de enfermedad temprana
 - Malformación arteriovenosa.
- b) Después de los 60 años:
- Secuela de infarto o hemorragia cerebral
 - Tumores cerebrales, primarios o metastásicos
 - Cisticercosis cerebral.

II. Causas de crisis epilépticas según los datos del examen actual del paciente

Es frecuente que un paciente con crisis tenga además síntomas más persistentes del déficit funcional determinados por la enfermedad que causa la crisis, los que pueden comprobarse durante la observación directa del enfermo. Sobre todo en los casos en que los datos anamnésticos no son suficientes estos signos pueden servir para orientar el diagnóstico de la patología subyacente. En otras ocasiones, los signos asociados sólo se descubren durante la observación directa o, si la enfermedad causal es progresiva, los signos del déficit funcional aparecerán durante el seguimiento o curso subsecuente de la enfermedad.

En general, los signos pueden ser de tipo sensorial, motor o psíquico, debido a disfunción focal o difusa del encéfalo; en tales casos, el déficit focal es lo inverso de las crisis, y éstas pueden superponerse sobre aquél. Por ejemplo un paciente puede tener una hemiparesia y convulsiones focales en los mismos miembros, hemianopsia y crisis alucinatorias en el mismo campo visual. Es importante recordar que los disturbios de las funciones corticales son principalmente psíquicos, y que ellos también pueden ser focales o generalizados. De otro lado, los signos pueden ser de evolución crónica y progresiva, o secuela de una enfermedad aguda.

Por lo tanto, tienen también un valor pronóstico, ya que las crisis por sí mismas no expresan la forma de enfermedad causal, excepto en algún caso en que el incremento de su frecuencia puede indicar el crecimiento de un tumor, por ejemplo. Podemos definir los grupos siguientes:

A. Pacientes con sólo crisis epilépticas sin otros signos de disfunción cerebral:

- Convulsiones febriles ("benignas")
- Epilepsia primaria generalizada
- Epilepsia rolándica benigna y similares.
- Lesiones focales no evolutivas o residuales, asintomáticas.

B. Pacientes con crisis epilépticas y dolor de cabeza, edema de papila en algún caso, y/o signos de déficit funcional cerebral focal o difuso:

- Cisticercosis cerebral
- Tumores cerebrales, primarios o metastásicos
- Arteritis

C. Pacientes con crisis epilépticas y signos de déficit funcional cerebral focal o difuso de carácter residual (como secuela):

- Parálisis cerebral; retardo mental.
- Síndrome de hemiplejia - hemiconvulsión.
- Infecciones del SNC: meningitis, cisticercosis, encefalitis, absceso granuloma.
- Traumatismo craneoencefálico: epilepsia postraumática precoz, epilepsia postraumática tardía.
- Enfermedad cerebrovascular infarto o hemorragia cerebral debido a enfermedades vasculares diversas.

D. Pacientes con crisis epilépticas asociadas a desorden metabólico sistémico (crisis agudas por lo general).

- Hipoglicemia, hiperglicemia
- Hipocalcemia, hipercalcemia
- Hiponatremia

- Porfiria intermitente
- Insuficiencia renal, hepática; encefalopatía hipertensiva;
- Eclampsia
- Hipotiroidismo, hipertiroidismo;
- Intoxicaciones: plomo, manganeso, metilalcohol, compuestos órgano-fosforados;
- Alcoholismo: por abstinencia, encefalopatía subaguda alcohólica;
- Adicción a hipnótico y tranquilizantes: abstinencia a barbitúricos, benzodiazepinas;
- Medicamentos: fenotiazinas, tricíclicos, aminofilina, penicilina, isoniazida;
- Quemadura extensa;
- Terapia electroconvulsiva prolongada;
- Encefalopatía anóxica.
- Errores congénitos del metabolismo.

III. Causas de crisis epilépticas según datos de los exámenes auxiliares:

Tradicionalmente el examen electroencefalográfico se considera si no el más importante, el más fácil de realizar en la atención rutinaria del paciente con crisis. Sin embargo, debe quedar claro que su utilidad se restringe prácticamente a la explicación fisiopatológica de las crisis: sirve para establecer el carácter epiléptico de algunas formas de crisis epiléptica. Los exámenes neuropsicológicos tienen la misma finalidad, pero orientadas a la búsqueda de signos de déficit persistente. En cambio, el examen tomográfico computarizado de cerebro y el examen del LCR están orientados a la investigación de la patología subyacente.

Una vez obtenidos los datos de los exámenes auxiliares pertinentes, los pacientes pueden quedar incluidos en una de las siguientes categorías:

A. Pacientes con Epilepsia de causa no conocida: Son los pacientes con crisis generalizadas convulsivas o no convulsivas (crisis de ausencia, crisis mioclónicas), examen clínico negativo, EEG con actividad epiléptica "específica" (complejos punta-onda lenta de 3 Hz, por ejemplo) y otros exámenes auxiliares negativos.

Se trata por lo general de desórdenes de una posible etiología hereditaria, como la epilepsia primaria generalizada, la epilepsia primaria parcial (rolándica, occipital benignas).

B. Pacientes con epilepsia de causa no determinada: con crisis tónico-clónicas, o parciales simples o complejas, examen clínico negativo, EEG con actividad epiléptica "específica" de tipo focal o normal, y otros exámenes auxiliares negativos. Se trata de lesiones epileptogénicas cicatriciales o residuales sin expresión metabólica en sangre o LCR ni expresión neuroradiológica (aunque podrían haber lesiones inespecíficas que no varían en el tiempo en la tomografía computarizada de cerebro). Las enfermedades heredodegenerativas que causan epilepsia, pueden quedar en este grupo.

C. Pacientes con epilepsia de causa definida: Con crisis de cualquier forma semiológica, excepto ausencias típicas, con examen clínico generalmente positivo, EEG con actividad lenta focal o generalizada y otros exámenes auxiliares con datos suficientes para el diagnóstico de la patología causal subyacente.

Las enfermedades más importantes que pueden confirmarse por los métodos disponibles de diagnóstico son: cisticercosis cerebral, tumores, granulomas, malformaciones arteriovenosas, y las secuelas de enfermedades previamente tratadas, especialmente traumatismos, infecciones, infarto o hemorragia cerebral, extensión cerebral de algunas enfermedades sistémicas (lupus eritematoso sistémico, por ejemplo).

3. ESTRATEGIAS DE ATENCION DE LOS PACIENTES CON CRISIS EPILEPTICAS

La epilepsia es 5 a 10 veces más frecuente en los países del tercer mundo que en los desarrollados. Estos han reducido la incidencia de la enfermedad sólo a base del control de aquellas afecciones que producen epilepsia como secuela, sobre todo la patología perinatal, infecciones (sobre todo cisticercosis y tuberculosis), traumatismos craneoencefálicos. Se trata pues de una de las tantas enfermedades que dependen de las condiciones sociales, económicas y culturales en que viven las personas, y que por tanto pueden y deben prevenirse.

De otro lado, el diagnóstico y el tratamiento de las crisis epilépticas y de las enfermedades que las causan, son excesivamente costosos para nuestros niveles de ingreso, además del desempleo casi seguro que afligirá a quienes las padecen. Por estas razones, la epilepsia es un problema de salud pública de manejo difícil. Sin duda es un reto para el especialista, aunque es un reto mucho mayor para el médico general, el médico comunitario o el médico de familia; en general para todo médico, inclusive para el especialista en otras áreas de la medicina. La epilepsia en realidad pone a prueba la eficiencia de los servicios médicos de salud, pues exige muchas veces atención de emergencia, servicios especializados, control de seguimiento por muchos años, atención de múltiples problemas debido al uso prolongado de los medicamentos antiepilépticos, atención psicológica o psiquiátrica de las diversas complicaciones de la misma enfermedad, de la terapia, o condicionados por el maltrato al que el paciente es sometido en sus círculos familiares, de la escuela o el trabajo. También hay problemas que son propios del paciente infante, niño o adolescente, como los hay propios al anciano, de la gestante, o del que padece alguna otra enfermedad asociada a la epilepsia.

Por todas estas y otras consideraciones que no tenemos lugar para mencionar, es que carece de toda justicia la actitud o la simple idea de que epilepsia es un problema que atañe sólo al neurólogo. Como sucede con frecuencia con los especialistas, él interviene o debe intervenir sólo en una etapa del proceso de atención del paciente, y aunque debe vigilar periódicamente el curso de la afección, está en manos del médico del puesto de salud, del médico de familia, del médico de la provincia, la atención y cuidado inicial, así como el cuidado inmediato y cotidiano en el curso del seguimiento, que es justamente de lo que depende el éxito de la acción médica en la vida misma del enfermo. Siendo pues importantes todos los niveles de atención del paciente con epilepsia, nuestro énfasis en la atención de primer y segundo nivel sólo servirá para dar coherencia a una atención de nivel múltiple, que debe ser coordinada e integral de cada paciente.

Plan General de Atención del Paciente con Crisis

Cualquiera que fuese el nivel de los servicios médicos en que se atiende un paciente con crisis, el plan genérico de evaluación comprende los pasos siguientes:

1. Definir si es que el paciente tiene síntomas de aparición episódica de posible origen cerebral;
2. Si el síntoma a los síntomas del paciente son realmente episódicos y de origen cerebral, precisar si se trata de crisis epilépticas o de crisis no-epilépticas;
3. Si el paciente tiene crisis epilépticas, se debe precisar la clase de crisis que presenta, principalmente si es parcial, generalizada o de ambas clases;
4. Si el paciente tiene crisis epilépticas de cualquiera de estas formas, diferenciar si presenta las crisis en forma recurrente o crónica, o si es que ha presentado o presenta crisis de carácter agudo;
5. Investigar la patología causal cerebral o sistémica subyacente a las crisis del paciente;
6. Tratar al paciente para evitar la recurrencia de las crisis epilépticas, y
7. Tratar al paciente para curar la enfermedad causal subyacente, si es posible.

Aunque estos pasos no necesariamente siguen el mismo orden en cada paciente, lo importante es que el médico cumpla con todos ellos, en todos los casos.

I. ATENCIÓN DE PRIMER NIVEL

En el primer nivel de atención debe haber una acción conjunta de testigos, familiares, amigos, compañeros de escuela o de trabajo, maestros y en lo posible la comunidad, que debe propender al cuidado del paciente bajo la orientación del médico y del equipo de salud. Este compromiso debe ser consecuencia de la educación que le médico imparta en su comunidad. Los miembros de una comunidad, por ejemplo, deben saber reconocer el carácter epiléptico o posiblemente epiléptico de los síntomas de un niño o adulto, deben saber que se trata de manifestaciones externas, es decir, de síntomas de un trastorno cerebral cuya naturaleza el médico debe investigar.

Que en estas crisis, así como la enfermedad que las produce, deben recibir tratamiento, y que si éste tiene éxito, la persona que la sufre debe llevar una vida normal o casi normal; que, por lo tanto, la sociedad debe responsabilizarse del desarrollo integral del paciente como personalidad.

De este modo, la educación que el médico imparta propenderá a que se modifiquen favorablemente las actitudes de los demás frente al enfermo y sus crisis, se racionalicen los cuidados que se le deben prestar, se sepa informar acerca de sus crisis y demás dificultades personales, se reconozca la importancia de la terapia farmacológica y de la orientación médica para el trabajo del paciente.

El médico general, el pediatra, el obstetra, el cirujano general, el traumatólogo, el psiquiatra y el administrador de los servicios de salud, principalmente, y todo médico, en general, conscientes del problema social que significa la epilepsia, deben orientar sus acciones asistenciales, educativas y administrativas, teniendo en cuenta los principios y los objetivos del plan de trabajo clínico arriba delineado. En cada paso del proceso de atención del paciente con crisis, siempre habrá algo que hacer de incumbencia del primer médico que atienda al paciente. La referencia al segundo o tercer nivel de atención, se hará en función de las exigencias del problema clínico planteado a este nivel.

1. ¿Es un desorden episódico de la función cerebral?

En el primer nivel de atención, todo médico debe saber reconocer si los síntomas del paciente son de presentación episódica y de origen cerebral. Sabemos que los síntomas de cualquier desorden metabólico o funcional, en cualquier órgano o tejido orgánico, pueden aparecer solo transitoriamente por un instante, segundos o minutos, o pueden mantener por tiempo prolongado de horas, días, o años. Es un error no poco frecuente que el médico no llegue a precisar la índole episódica de los trastornos. Si el paciente ha presentado trastornos motores o de pérdida del conocimiento de los que se ha recuperado rápidamente, será fácil para todos delimitar el trastorno como episódico; es más difícil cuando el paciente refiere trastornos subjetivos sensoriales, de la imaginación, del pensamiento, o de pérdida de la memoria. Para complicar las cosas, los pacientes usan términos como "lo tengo todo el tiempo", "me viene continuamente", queriendo significar un trastorno que dura sólo dos minutos, que se repiten cada una o dos semanas, pero que los sufre desde hace muchos años. En estos casos siempre debe preguntarse cuánto dura la experiencia del trastorno que motiva la consulta, cuánto dura el más breve, el más prolongado, cuánto duran en promedio, y cada que tiempo se repiten, o cuántas veces por semana, por mes o por año se presentan. También es cierto que muchos pacientes tienen síntomas episódicos y síntomas permanentes causados por una misma enfermedad, u otra asociada a ella. Diferenciar los primeros de los segundos, será pues la tarea inicial del médico. Ello permitirá, a su vez, desterrar para siempre la mala práctica de interpretar como epilépticos con el subterfugio adicional del término "disritmia" problemas de curso persistente, no episódico.

El origen cerebral de los síntomas es relativamente fácil de establecer cuando se trata de desordenes de la actividad psíquica consciente, sea de un trastorno afectivo, un desorden cognoscitivo o de la actividad motriz.

Estos desórdenes aparecerán como perturbaciones de la actuación de la personalidad; en un caso habrá un disturbio de comportamiento emocional, en otro habrá un trastorno del desempeño intelectual, verbal o motor; en otro habrá una desorganización de la conducta del paciente. El

desorden puede estar limitado sólo a una parte o aspecto del procesamiento de la información por el tejido nervioso, o puede comprometer toda la actividad nerviosa, en forma rápida progresiva en segundos, o súbitamente de un momento a otro.

En cada caso, el paciente puede darse cuenta de su trastorno o no, puede recordar lo sucedido o no.

2. ¿Son realmente crisis epilépticas?

Si los síntomas son definidos como de origen cerebral y de presentación episódica, debe intentarse establecer la naturaleza epiléptica de tales episodios, basándose en los principios ya definidos más arriba. Esto permitirá orientar mejor las consultas que podrían necesitarse después, evitando las innecesarias.

Por ejemplo, si se acepta lo que el paciente dice tener como "mareos" y no precisa su verdadero carácter, podría ser enviado para aun estudio otológico; si dice tener "nublamiento de la visión" podría ser remitido al oftalmólogo; si los trastornos psíquicos subjetivos se interpretan como síntomas subjetivos se interpretan como síntomas conversivos o de carácter "nervioso", el paciente sería referido al psiquiatra, o podría suceder que no se le indique interconsulta alguna.

Pero, además, una delimitación precisa de la crisis como epiléptica, también servirá, como decíamos más arriba, para desterrar la malhadada costumbre de tratar como epilepsia –usando el obsoleto término de "disritmia"–, trastornos que no lo son, especialmente en niños y jóvenes escolares. Naturalmente que los pacientes con posible crisis epiléptica u otro desorden transitorio de la función cerebral requieren atención neurológica, por lo menos en la forma de interconsulta, en buen número de casos.

Muchas veces el médico que atiende por primera vez al paciente está en mejores condiciones para definir el carácter epiléptico de una crisis. Puede, por ejemplo, ver y asistir un paciente justamente en el momento en que presenta alteración de su actividad personal. Nada mejor entonces para el paciente, que le médico observe atentamente el curso de los acontecimientos: si le dicen que el trastorno acaba de empezar, o que esa persona estaba bien y ahora le encuentran algo diferente o con una clara perturbación de su comportamiento, desempeño o conducta, habrá que observarle sin apartar los ojos de él por varios minutos, mientras se le toman los signos vitales y se tratar de conversar con él.

A veces, la naturaleza epiléptica de la crisis es evidente (Revisar las características de cada tipo de crisis en los textos de semiología); en otras, podrían no ser reconocidas como tales: en este caso será mejor mirar y describir los detalles de la actuación del paciente: su expresión facial, los movimientos de ojos, párpados, labios, garganta, cuello y miembros. Si el paciente se recupera gradualmente, el carácter episódico y su posible origen cerebral quedarán establecidos.

En la mayor parte de los casos, sin embargo, el paciente acude a una consulta médica por haber presentado ciertos trastornos pasajeros o transitorios. En estos casos, una vez que el paciente o el testigo espontáneamente han referido los síntomas observados, debe pedírseles que describan nuevamente el primer episodio, el último y el que mejor se acuerdan.

Como se ha dicho, a veces los únicos datos se refieren a síntomas postictales. El paciente puede despertar por la mañana con dolor de cabeza, el cuerpo adolorido, nauseoso, o aturdido. Aunque es usual que estos síntomas sigan a una crisis epiléptica, en estos casos no es fácil deducir la naturaleza epiléptica del desorden subyacente.

En otras ocasiones el paciente es encontrado y llevado a la emergencia en coma, confuso o delirante; si ha sufrido una crisis, "despertará" gradualmente en forma espontánea; podría referir entonces que sufre "ataques".

Con toda seguridad que es más frecuente de lo que podría imaginarse, encontrar niños o personas que tienen crisis epilépticas, sin que ellos ni las personas que los rodean las hayan reconocido como tales. Una encuesta epidemiológica en colegios, centros de trabajo o la misma comunidad, podría pues revelar la existencia de esta clase de personas.

Algunas peculiaridades y dificultades en la exploración semiológica de la crisis ya han sido discutidas más arriba (Delimitación del problema clínico).

3. ¿Qué clase de crisis epilépticas tiene el paciente?

A fin de orientar la atención del paciente con crisis epilépticas, de las diversas clasificaciones propuestas para uso clínico no especializado, la del Cuadro 3 es lo suficientemente útil como para ser usada en el primer nivel de los servicios médicos de salud.

La idea de facilitar al médico no especializado en neurología una estrategia de atención que no le desoriente y, sobre todo, le permita tomar decisiones adecuadas, inclusive la prescripción de la medicación más específica.

En todo caso, el médico debe estar familiarizado con las características semiológicas y nosológicas de estas crisis y su correspondiente patología.

CUADRO N° 3

Clasificación simplificada para el Primer Nivel

(Salomón y Plum, 1976)

- a) Crisis de grand mal (convulsiones generalizadas).
- b) Crisis petit mal (ausencias).
- c) Crisis focales (motoras, sensoriales, psicomotoras).
- d) Crisis mioclónicas ("caídas", "sacudidas").

4. ¿Se trata de crisis agudas o crónicas?

En pacientes que presentan crisis tónico-clónicas generalizadas o parciales motoras por primera vez, es indispensable su atención hospitalaria por la posibilidad de que se trata de crisis agudas. Se llama crisis aguda a aquella que ocurre como manifestación inmediata de una enfermedad intracraneal o sistémica aguda, casi siempre muy al comienzo del proceso patológico.

En estos casos, la crisis puede ser única, puede repetirse a intervalos de horas o en forma subintrante. Se entiende que una vez curado el proceso patológico causal, las crisis remitirán en consecuencia, pero puede ser necesario usar medicación antiepiléptica.

Si la crisis se repiten en forma recurrente con intervalos intercríticos de normalidad real o aparente, las crisis epilépticas se catalogan como crónicas y el síndrome clínico se define como Epilepsia o Enfermedad Epiléptica.

5. ¿Cuál es la enfermedad causal?

Respecto de la investigación en busca de la patología causal de las crisis epilépticas del adulto, a este nivel de atención, se tendrá en cuenta principalmente.

a) Si el paciente tiene crisis agudas, los síntomas o signos de la enfermedad básica están presentes, incluso desde antes de la primera crisis y pueden estar en plena evolución. Tal es el caso de los pacientes con traumatismo craneoencefálico, meningitis, intoxicación, enfermedad metabólica aguda o crónica agudizada, abstinencia alcohólica.

b) Si se establece que el paciente tiene epilepsia, el estudio de su estado clínico, a base de la clasificación anterior, sigue los siguientes lineamentos:

- Con el término crisis de *grand mal*, en un adulto, casi siempre se hace referencia a crisis generalizadas tónico-clónicas. La significación de estas crisis es muy amplia: indican que hay cambios patológicos importantes de cualquier naturaleza, que pueden

ser primarios del cerebro –focales o generalizados– o secundarios a enfermedad sistémica. Si el paciente tiene estas crisis desde antes de los 20 años de edad, con intervalos de meses o años, y si el examen clínico integral del paciente, incluyendo la anamnesis, es negativo, es decir, el paciente sólo sufre de crisis convulsivas, se necesita de una consulta al internista o al neurólogo. Sin embargo, una primera crisis después de los 20 años de edad, obliga a un estudio neurológico especializado.

- Un paciente con crisis de petit mal, casi siempre significa que sufre Epilepsia Primaria Generalizada. En este caso, generalmente hay historia familiar positiva, pero un desarrollo personal normal. Las crisis de ausencia aparecen entre los 6 y 12 años de edad, y el EEG muestra complejos "punta-onda" de 3/seg. generalizados. Usualmente las ausencias son seguidas y reemplazadas en la adolescencia por crisis grand mal. Requieren consulta especializada para diferenciarla de otras formas de ausencia y definir su tratamiento específico.
- Las crisis parciales –fuesen sensoriales, motoras o psicomotoras de cualquier tipo– deben ser reconocidos como evidencia de lesión estructural del cerebro hasta que se demuestre lo contrario (ver las clasificaciones etiológicas). Siempre necesitan de una investigación neurológica especializada.
- Las crisis de mioclonías, caídas, espasmos, etc. son características de varias formas de epilepsia infantil. Siempre necesitan atención neurológica o pediátrica especializada.

6. ¿Qué tratamiento debe prescribirse para evitar las crisis?

Todo paciente con crisis epilépticas de cualquier etiología requiere tratamiento para prevención de las crisis.

Desde el primer nivel de atención, el médico debe saber que el objetivo primordial de este tipo de tratamiento es que el paciente pueda desarrollarse como la personalidad que es, sin las limitaciones que imponen las mismas crisis o los efectos adversos de la medicación antiepiléptica.

No es pues sólo el problema de suprimir las crisis, pues no faltarán pacientes en quienes es preferible una crisis ocasional a los cambios emocionales o cognoscitivos que pudieran ocurrir a consecuencia del medicamento.

Es frecuente que a este nivel de atención los pacientes tengan que ser sometidos al seguimiento que les ayude y oriente en el manejo de sus problemas más inmediatos.

Desdoblado tal objetivo global del tratamiento antiepiléptico, diríamos que éste tiene como objetivos más específicos:

- a) Que el paciente consiga y cumpla eficientemente su trabajo social;
- b) Que se supriman las crisis epilépticas.
- c) Lograr una educación adecuada del niño o adolescente.
- d) Lograr un adecuado ajuste social del paciente.
- e) Evitar los riesgos a los que está expuesto.

Si las posibilidades de referir al paciente a un centro especializado son remotas o se tienen que diferir, y el paciente tiene crisis recurrentes, el médico debe empezar el tratamiento antiepiléptico.

7. ¿Qué tratamiento debe prescribirse para controlar la enfermedad causal?

Todo paciente con crisis epilépticas en quien se ha encontrado una condición patológica curable, lógicamente será tratado en consecuencia. Como se ha dicho, esta atención corresponde al segundo o tercer nivel de los servicios médicos de salud.

Después que el paciente fue atendido en el segundo o tercer nivel de los servicios médicos, deberá volver al médico general para su seguimiento y control de la crisis: es común que aún habiendo sido curada la enfermedad causal, las crisis continúen presentándose en el futuro, por lo

que este seguimiento es indispensable en todos los casos. La regulación de la dosis de la medicación, así como la discontinuación del tratamiento requerirán de la opinión especializada del neurólogo.

Prevención de la Epilepsia

A este nivel de atención corresponde la contribución del médico a la prevención de las enfermedades que causan epilepsia. Aunque sabemos que la prevención de muchas enfermedades depende de las condiciones económicas de una sociedad, es posible la implementación de algunas acciones individuales o institucionales, sobre todo a través de la educación y la intervención del profesional de la salud en la comunidad, como las siguientes:

1. Evitar las lesiones cerebrales que sufren los niños en el período fetal, o al momento o poco después de su nacimiento.
2. Evitar las infecciones -sobre todo cisticercosis y otras parasitosis- que dependen de las condiciones de vida de una comunidad, con medidas de higiene ambiental y corporal.
3. Evitar accidentes, sobre todo de tránsito y del trabajo.
4. Insistir en el diagnóstico temprano de aquellas enfermedades intracraneales que tienen tratamiento, a fin de que con una intervención oportuna se reduzcan las secuelas al mínimo.
5. Detectar temprana y oportunamente crisis epilépticas, -sobre todo en niños, a fin de facilitar su respuesta al tratamiento, su educación y desarrollo personal.
6. Modificar las actitudes negativas de la sociedad ante el paciente epiléptico a fin de mejorar las condiciones de su empleo y su calidad de vida.
7. Insistir en el mejoramiento de los servicios médicos de salud, a fin de dotarlos de los recursos indispensables de diagnóstico para brindar un tratamiento más oportuno, apropiado y racional.

II. ATENCIÓN DE SEGUNDO NIVEL

Vamos a diseñar la estrategia de atención de esta clase de pacientes en los niveles segundo y tercero de dichos servicios, fuese por el internista, el pediatra o el neurólogo. Al respecto, el especialista tendrá en cuenta que nuestro interés está centrado en el proceso actual de atención de un paciente, y que nuestra propuesta sólo se refiere al aspecto práctico de dicha atención. Por lo tanto, lo que aquí digamos de ningún modo sustituye, sino que complementa el conocimiento teórico y la propia experiencia del médico.

Siendo los desórdenes epilépticos de una complejidad que hace muchas veces indispensable la atención especializada para un diagnóstico definitivo, hay que tener en cuenta que el problema se vuelve aún más complejo cuando no hay la respuesta terapéutica esperada. De otro lado, como el tratamiento del paciente debe durar varios años, se hace imprescindible una óptima coordinación entre los tres niveles de atención médica, evitando que los pacientes vayan de médico en médico, de hospital en hospital, buscando la clase de atención sistemática como la mencionada puede garantizar, además, un trabajo médico eficaz y menos onerosos para el paciente y su familia.

Por principio, un paciente debe ser referido a un servicio de segundo o tercer nivel para su atención integral y/o especializada, después que se ha respondido con un margen razonable de seguridad por lo menos los cuatro primeros de estos puntos esenciales para la atención del paciente. El paciente podría ser referido entonces a un hospital general o aun servicio de Neurología para su atención de emergencia, o para una consulta ambulatoria, según convenga.

En otras palabras, es de esperar que el médico en el primer nivel de atención, ya haya precisado y definido adecuadamente los puntos de estrategia aconsejada para una atención esencial del paciente con crisis, y será el médico que realiza un servicio de segundo nivel el que tenga que hacer

el estudio integral del paciente. En tal caso, los datos que obtenga servirán para ampliar o precisar aún más el conocimiento del enfermo u orientar mejor su intervención terapéutica.

A base del plan general que hemos diseñado más arriba, será necesario responder con mayor seguridad y amplitud los puntos siguientes:

1. ¿Es un desorden episódico de la función cerebral?

Es el segundo nivel de atención necesario establecer del modo más preciso posible si el paciente ha tenido desórdenes realmente transitorios, o ha tenido desórdenes que parecen transitorios y que en realidad son demasiado prolongados o inclusive permanentes. Igualmente si tiene trastornos episódicos pero asociados a síntomas permanentes que puedan ser progresivos, regresivos o no evolutivos.

2. ¿Son realmente crisis epilépticas?

Se debe establecer si efectivamente los síntomas episódicos corresponden a una disfunción cortical de tipo epiléptico. Hay muchos desórdenes de las funciones nerviosas que no son de origen cortical. Unos son de tipo *psicocinético*, otros son déficit funcionales también episódicos, pero de origen subcortical, de tronco encefálico, de médula espinal, del sistema neuromuscular o de origen visceral, los que deben diferenciarse a este nivel.

Se entiende que si el paciente ha tenido una adecuada atención de primer nivel y se han dado los pasos correctos, el especialista sólo tendrá que obtener los datos que le permitan ampliar y precisar mejor la naturaleza epiléptica de las crisis. Sin embargo, es todavía frecuente que recién en el segundo o tercer nivel de atención de obtengan e interpreten mejor los datos de la historia que orientan al diagnóstico de las crisis por primera vez. Seguramente que recién a este nivel se va a hacer la diferenciación definitiva o casi definitiva entre crisis epilépticas y crisis no epilépticas. La lista de estos desórdenes no epilépticos es larga, pero los principales ya han sido mencionados. No está demás insistir que este diagnóstico diferencial se basa casi exclusivamente en la anamnesis.

3. ¿Qué clase de crisis epilépticas tiene el paciente?

Como se sabe, en el primer nivel de atención el médico habrá podido clasificar las crisis como grand mal, petit mal, crisis parciales, o de tipo mioclónico. Es posible que un mismo paciente tenga diferentes clases de crisis.

La atención integral del paciente deberá basarse en una mayor precisión de los tipos de crisis, pues facilitará aún más la tarea diagnóstica y terapéutica. Es por eso recomendable que el médico ubique al paciente por el tipo de sus crisis en una clasificación con un mayor número de categorías. La siguiente, del Cuadro N° 4, es una clasificación útil para este nivel de atención tomado con algunas modificaciones de Niedermeyer (1983):

En este nivel de atención, es probable que el electroencefalograma tenga una mejor utilidad para el diagnóstico del tipo de crisis que presenta un paciente. Una buena norma es que para el diagnóstico se tomen en cuenta sólo los hallazgos más específicos de una determinada clase de crisis. Los más típicos son los complejos punta-onda de 1-2.5/seg. del síndrome de Lennox-Gastaut; la hipsarritmia del síndrome West; los complejos punta-onda de 3/seg. de la epilepsia primaria generalizada; la actividad espicular o series de puntas del sueño no-REM en el área central inferior de la epilepsia rolándica benigna; las puntas y puntas abiertas generalizadas de la epilepsia generalizada o localizadas de las epilepsias lobares.

4. ¿Se trata de crisis agudas o crónicas?

Si se estableció desde el comienzo que el paciente tiene síntomas o signos de una enfermedad aguda, de la cual las crisis son solamente una manifestación, el paciente debe ser atendido en la emergencia de un hospital. Si el médico que atendió al paciente inicialmente no ha determinado si las crisis son agudas o crónicas, es indispensable que se haga la diferenciación correspondiente a este nivel de atención.

CUADRO N° 4

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

1. *Grand mal*
 2. *Petit mal*
 3. Crisis psicomotoras
 4. Crisis parciales motoras, sensoriales o psíquicas.
 5. Crisis mioclónicas
 6. Síndrome de West (Espasmos infantiles)
 7. Síndrome de Lennox-Gastaut (Crisis tónicas, clónicas, atónicas).
-

4.1. Crisis Agudas: Cuando el paciente es traído a la emergencia por presentar crisis epilépticas, por ejemplo de tipo *grand mal*, real o supuestamente por primera vez, se tendrá en cuenta las posibilidades siguientes:

a) El paciente, en el mejor de los casos, es traído por familiares bien enterados, con una nota del médico que le atendió por primera vez y tiene una historia clara de haber sufrido una o varias crisis convulsivas por primera vez, en el curso de una afección cuyos síntomas se presentaron poco tiempo –horas o días– atrás. Puede haber entonces historia de traumatismo craneoencefálico reciente, de proceso infeccioso agudo o de intoxicación reciente, de anoxia o paro cardiorespiratorio (aunque estas últimas condiciones ocurren con más frecuencia dentro del hospital). En otros casos es clara la historia de un ataque cerebrovascular reciente, que empezó con convulsiones, éstas se produjeron en los minutos u horas posteriores al ictus.

En otros casos, hay historia definida de enfermedad metabólica sistémica, como insuficiencia hepática, respiratoria, renal, etc; o de alcoholismo, dependencia a sedantes o estimulantes. En este caso se debe precisar si las crisis han ocurrido en el período de abstinencia. En estos pacientes, los datos de la historia deben corroborarse con los exámenes auxiliares correspondientes.

b) El paciente es traído sólo por haber tenido una o varias crisis convulsivas, y no hay historia de síntomas previos a la crisis. En ellos, el examen actual puede descubrir signos de la enfermedad subyacente; signos de disfunción cerebral focal o signos meníngeos, u otros de enfermedad sistémica, estigmas hepáticos, por ejemplo. Si el examen actual es negativo, la evidencia de la enfermedad subyacente puede descubrirse a través de los exámenes auxiliares habituales. Puede ser necesario un examen tomográfico computarizado de cerebro. Si este es negativo o hay suficiente evidencia de infección meníngea, el examen del LCR no debe postergarse. En la misma categoría están los pacientes que se sabe tienen una secuela definida de una enfermedad cerebral, y que tienen una crisis seguida de un compromiso severo o prolongado de la función cerebral. Esto sucede con frecuencia en personas que han tenido infarto o hemorragia cerebral, trauma encefálico grave o han sido operados de un tumor cerebral. A veces la crisis es la primera manifestación de una afección cerebral o sistémica que se descubre a propósito de la crisis.

c) Aunque el paciente puede ser traído de urgencia al hospital por crisis convulsivas, podría suceder que las tenga en forma recurrente desde tiempo atrás, y no es un caso de enfermedad aguda.

4.2. Crisis crónicas: Los pacientes que han tenido crisis, en una o en varias ocasiones, con recuperación completa de su actividad personal después de cada una de ellas, acuden por sí solos o acompañados a la consulta ambulatoria de un servicio especializado, por lo general sin una clara idea de lo que puede estar sucediéndoles. Si se trata entonces de crisis epilépticas crónicas, el especialista debe precisar los tipos de crisis que tiene el paciente, su frecuencia, fecha de la primera

y la última crisis, hora de presentación (durante la vigilia, el sueño o al despertar), circunstancias de su ocurrencia o factores más específicos que las desencadenan (crisis situacionales o reflejas), respuesta a los medicamentos empleados previamente (al respecto, es preferible obtener la lista de medicamentos que le han indicado y la forma y dosis en que los ha tomado).

En estos pacientes se hace el diagnóstico de epilepsia, y se procede a investigar en busca de la enfermedad causal respectiva.

5. ¿Cuál es la enfermedad causal?

La lista de las enfermedades que causan epilepsia es larga y se debe consultar con frecuencia. Al respecto, deben tenerse presente las posibilidades siguientes:

5.1. Las crisis pueden ser la primera manifestación sintomática de una enfermedad progresiva primariamente intracraneal, o sistémica secundariamente cerebral. En este caso se trata entonces de investigar en busca de la enfermedad "oculta", principalmente enfermedades vasculares (aterosclerosis, hipertensión arterial, vasculitis), tumor o infección crónica. Habrá que estar atento siempre a esta eventualidad, pues un adecuado seguimiento del paciente permitirá descubrir en el futuro la enfermedad subyacente.

5.2. Las crisis son la secuela, generalmente tardía de una afección ya superada. En este caso la revisión de la historia anterior del paciente es decisiva. Estas crisis pueden producirse después de parto distócico, infección intracraneal, traumatismo encefálico. Puede haber entonces suficiente evidencia actual de la secuela, como retardo mental u otro desorden psicológico, déficit motor o sensorial, no evolutivos o regresivos.

5.3. Las crisis son un síntoma más entre los que presenta el enfermo como manifestación de una enfermedad de curso crónico o subagudo. Los síntomas a los que debe estar atento el médico son principalmente: dolor de cabeza, cambio o deterioro afectivo, intelectual o del carácter, signos de déficit motor o sensorial de tipo focal o difuso.

5.4. Las crisis son la única manifestación sintomática de la enfermedad. Se infiere entonces que tal enfermedad existe, pero es de naturaleza no conocida o que no puede determinarse. En tal caso decimos que el trastorno fisiopatológico que provoca las crisis, cualquiera que fuese su naturaleza, constituye por sí mismo la enfermedad epiléptica. Es frecuente que estos pacientes tengan una historia familiar positiva, con alguno de sus miembros afectados por la misma clase de crisis.

No estará de más insistir en la importancia de un cuidadoso examen clínico –anamnésico, actual y auxiliar– del paciente en busca de cualquier indicio que permita el diagnóstico de la enfermedad causal.

Si no ha sido posible realizar en un servicio de primer nivel los exámenes auxiliares más indispensables para el diagnóstico de la enfermedad causal, se procede a realizarlos en el servicio médico de segundo nivel (a cargo del internista, el pediatra o el neurólogo).

Los exámenes más importantes son:

1. Los exámenes rutinarios de sangre y orina, que pueden proporcionar datos acerca de una enfermedad sistémica causante de la epilepsia, o que está asociada a ella.
2. La radiografía simple de cráneo, que no ha perdido su lugar e importancia en el diagnóstico neurológico. Puede mostrar signos de hipertensión endocraneana, calcificaciones o erosión ósea, líneas de fractura, entre otros.
3. El electroencefalograma, que como se ha dicho líneas arriba sirve primordialmente para precisar el tipo de crisis si es que muestra los signos específicos ya conocidos, también puede mostrar cambios sugestivos de una disfunción localizada o generalizada del cerebro, usualmente ondas lentas.
4. La tomografía computarizada de cerebro tiene un lugar preeminente en el examen clínico del paciente con crisis, pues es el mejor procedimiento para descubrir las lesiones anatómicas que provocan las crisis y, en el mejor de los casos, alguna

evidencia sobre su naturaleza patológica. No es tan difícil decidir cual es el paciente que no necesita examen tomográfico, sobre todo cuando se tiene a la mano todos los datos fundamentales para el diagnóstico; sin embargo, creemos que no se debe abusar del examen sosteniendo que todo paciente con crisis epilépticas debe tener un examen tomográfico computarizado. Entonces, si el examen va a significar un costo excesivo para el paciente o su institución será mejor dejar que la indicación del examen se decida al tercer nivel de atención.

5. El examen del líquido cefalorraquídeo es de primera importancia en regiones donde las infecciones intracraneales, sobre todo parasitarias, son la primera causa de epilepsia. Sin embargo el examen debe realizarse después que se ha descartado la presencia de tumor. Por eso es también recomendable que el examen se efectúe en el servicio especializado de tercer nivel, más aún si se requiere de varios procedimientos de laboratorio para el diagnóstico.
6. El examen neuropsicológico se emplea cada vez más en el estudio de pacientes con afecciones cerebrales, sobre todo crónicas o de secuela. El paciente epiléptico puede beneficiarse de un estudio de esta clase. Se requiere, sin embargo, de un psicólogo con experiencia en este campo y de un conocimiento adecuado para la interpretación de las pruebas. No se trata de saber si el paciente tiene "signos de organicidad" o "rasgos epilépticos". Su verdadera utilidad radica en que puede servir: a) para establecer el estado funcional del cerebro que servirá de línea de base para el seguimiento ulterior; b) si hay algún desorden latente de déficit funcional del cerebro; c) si hay tales signos, para determinar si son de carácter focal o generalizado, y d) como base para la terapia de rehabilitación de las habilidades personales afectadas. En algún caso la evaluación neuropsicológica debe quedar reservada para hacerse en el tercer nivel de atención.

6. ¿Cómo deben prevenirse las crisis epilépticas?

En la atención de primer nivel ya se ha señalado los objetivos de la terapia antiepiléptica. Como se sabe, el paciente con crisis crónicas requiere de un tratamiento profiláctico, esencialmente farmacológico, de las crisis, el cual es independiente del tratamiento de la enfermedad causal, que puede ser exitoso o no existir del todo.

a) Principios básicos para el uso de medicamentos antiepilépticos.

Todo esquema terapéutico para la atención del paciente epiléptico, en cualquier nivel de los servicios, debe basarse en ciertos principios o criterios, de los cuales los siguientes son los más importantes:

1. El problema clínico que nos plantea el paciente con epilepsia es complejo por sí mismo, y puede tornarse aún más complicado por la administración de la medicación antiepiléptica.
2. Todo paciente con cualquiera de las formas de epilepsia requiere de tratamiento farmacológico que debe durar años o décadas, y la discontinuación del medicamentos va a requerir de opinión especializada.
3. El paciente debe conocer todo lo posible acerca de sus crisis, desde lo que significa el término epilepsia, sus posibles causas y mecanismos, hasta la necesidad de usar los medicamentos y las consecuencias de no tratarse adecuadamente.
4. El médico debe conocer todo lo concerniente al medicamento que indica. Debe conocer sobre todo acerca de sus indicaciones, las dosis y su farmacocinética. Debe tener en cuenta que al paciente deberá estar atento a sus efectos adversos e interacciones. Deberá saber usar por lo menos los antiepilépticos esenciales: fenitoína, carbamazepina, ácido valproico y fenobarbital.
5. La monoterapia es preferible y superior en todo sentido a la politerapia, y en algún caso podría ser necesario usar dosis máximas de un medicamento. Si se comprueba que un

medicamento no es eficaz, a base de la frecuencia de las crisis, se le debe cambiar muy gradualmente por otro, dejando para el final los medicamentos menos conocidos, más nuevos, más costosos y a veces de más difícil manejo, como primidona, clonazepan, etosuximida, gabapentin, lamotrigina, oxcarbazepina. Por principio, debe evitarse el uso de medicamentos innecesarios como los "tónicos cerebrales", y las vitaminas, los estimulantes o los tranquilizantes, deben usarse sólo cuando son indispensables.

6. En los pacientes en quienes no es posible el control total de las crisis y la dosis del medicamento no puede incrementarse por sus efectos adversos, teniendo en cuenta los objetivos del tratamiento, debe darse prioridad al rendimiento y calidad de vida del paciente, aún a costa de algunas crisis ocasionales.
7. El médico debe saber indicar otras medidas no farmacológicas que el paciente podría necesitar, sobre todo respecto de su modo de vida, alimentación, estudios, vida marital, trabajo y riesgos ocupacionales, aceptando inclusive algún procedimiento tradicional que le pueda beneficiar. Al mismo tiempo, se le debe educar para superar los prejuicios y temores que pudieran impedir su adecuado tratamiento y superación personal.

b) Indicaciones de la medicación antiepiléptica

Los medicamentos antiepilépticos se usan según el tipo de crisis, casi siempre inmediatamente después de hacerse el diagnóstico. Sólo en caso de tratarse de una crisis única, con exámenes negativos, es recomendable posponer el tratamiento e iniciarlo sólo en caso de que se repita. Aquí mencionaremos sólo la indicación de los antiepilépticos según el tipo de crisis.

Según el tipo de crisis, los medicamentos indicados se muestran en el Cuadro N° 5.

CUADRO N° 5

MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN SEGÚN EL TIPO DE CRISIS

1. Gran mal:	Fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, ácido valproico;
2. Petit mal:	Acido valproico, etosuximida;
3. Crisis psicomotoras:	Carbamazepina, primidona, fenitoína;
4. Crisis parciales:	Fenitoína, carbamazepina, primidona;
5. Crisis mioclónicas:	Acido valproico, clonazepán;
6. S. de West:	Acido valproico, ACTH, prednisona;
7. S. de Lennox-Gastaut:	Acido valproico.

c) Errores comunes en la terapia antiepiléptica

No es infrecuente observar en la práctica médica una serie de errores que en muchos casos explican la falla terapéutica. Todos ellos son fáciles de evitar si es que los tiene en cuenta constantemente.

Los más comunes son:

1. Tratar como epiléptico a un paciente que no lo es;
2. Usar un medicamento para la clase de crisis que no corresponde;
3. Usar dosis insuficientes de un medicamento;
4. Usar varios medicamentos en combinaciones inadecuadas, sin tener en cuenta sus interacciones;
5. Hacer cambios frecuentes y sin motivo de la medicación;
6. No reconocer los efectos adversos de los medicamentos;

7. Suprimir precozmente la medicación;
8. Usar criterios inapropiados o no pertinentes de control;
9. Desconocer los objetivos de la terapia antiepiléptica.
10. No explicar al paciente sobre el uso de sus medicamentos.

d) Precauciones rutinarias en la vida del paciente

Con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente epiléptico, y en alguna medida contribuir a evitar las crisis, el paciente debe tomar ciertas precauciones, como las siguientes:

1. Dormir el tiempo más adecuado a su ritmo personal.
2. Evitar las bebidas alcohólicas, y si es preciso los cigarrillos.
3. No excederse en la ingestión de líquidos.
4. Aunque no hay regulaciones legales sobre el manejo de vehículos en algunos países, el paciente debe ser muy consciente de los riesgos de manejar automóvil, motocicleta, bicicleta, evitándolos por lo menos hasta que las crisis hayan dejado de presentarse por uno o dos años.
5. Tener presente que para pacientes jóvenes conviene evitar algunas ocupaciones como: chofer, policía, vigilante, bombero, albañil, cirujano, enfermera.
6. Practicar deportes, evitando el ejercicio excesivo y algunos como el fútbol o el ciclismo (donde el riesgo de trauma craneal es alto), o la natación (salvo que lleve salvavidas).
7. Debe llevar una actividad sexual y marital normal, salvo la necesidad de seguir consejo genético cuando está indicado. El embarazo no necesariamente complica el problema de las crisis, pero la gestante debe tener una vigilancia más estricta.
8. El niño epiléptico no debe ser sobreprotegido ni ignorado: debe recibir un trato similar a sus hermanos. Hay que asegurarse que asuma la responsabilidad de tomar la medicación prescrita y de guardar las precauciones ya señaladas.
9. En el colegio, tanto los profesores como los instructores, y los mismos compañeros de clase, deben saber que el paciente tiene crisis, las que deben ser atendidas sin dramatismo.
10. Siempre se aconseja evitar por lo menos las formas más severas de estrés. Siendo esto difícil o imposible, el paciente debe recibir ayuda médica extra o en caso necesario, sin que ello signifique el uso obligatorio de tranquilizantes.
11. El paciente debe tratarse adecuadamente cuando tiene alguna enfermedad inclusive banal, como infección respiratoria alta o diarrea aguda, pues pueden incrementar el número de crisis.
12. El paciente debe estar convencido de la necesidad de tomar sus medicamentos, pues de ello depende su seguridad y el desarrollo de sus capacidades personales.

e) Tratamiento del *Status epilepticus*

Esta es una complicación grave del paciente con epilepsia que requiere atención de emergencia en el segundo nivel de los servicios médicos de salud. El siguiente es un esquema simplificado que se adapta a la mayoría de los hospitales locales.

1. El paciente puede estar en coma, confuso, o con manifestaciones de la crisis: puede ser crisis convulsivas generalizadas o crisis parciales. Se diagnostica un *status epilepticus* (o estado de mal epiléptico) cuando las crisis se repiten sin dar tiempo a una recuperación de la conciencia o más de dos crisis en el lapso de media hora. Debe buscarse con cuidado signos de déficit de la lesión cerebral causal. Si el paciente está en coma o las crisis son de *grand mal*, debe administrarse oxígeno y aspirarle secreciones con frecuencia; podría ser necesario intubarle. Se

registran periódicamente sus signos vitales. Se le coloca una vía e.v., se obtiene muestra de sangre para glucosa, urea, electrolitos, recuento celular y hemograma. Cuando sea posible, se miden niveles de gases y de medicamentos antiepilépticos en sangre.

2. Luego se administra glucosa hipertónica, en el mejor de los casos al 50% (en niños al 25%) en un bolo de 50 cc. (10 amps. de 20 cc de glucosa al 33%).
3. De inmediato se administra una amp. de diazepam en una cantidad de 0.2 mg/Kg de peso corporal, directamente por vía e.v. a una velocidad de 5 mg por minuto. Se repite la dosis si es que la crisis persiste por más de 5 minutos.
4. Si las crisis no cesan con diazepam, se usa fenitoína, fenobarbital y anestesia general, en este orden. El fenobarbital se administra por vía e.v. hasta 20 mg/Kg de peso, a una velocidad de 100 mg/minuto. Hay que tener en cuenta el riesgo de paro respiratorio cuando se administra fenobarbital después de diazepam. Al continuar el paciente en coma, será necesario usar respiración asistida por tiempo prolongado.

7. ¿Cómo debe tratarse la enfermedad causal?

Además del tratamiento de las enfermedades que producen crisis agudas, en el segundo nivel de atención, es posible el tratamiento de algunas enfermedades que causan crisis crónicas. Indudablemente que esta decisión implica el diagnóstico de dicha enfermedad. En algún caso será conveniente la consulta al neurólogo o neurocirujano. En general, muchos de estos casos requieren de una consulta al especialista.

Efectivamente, en la atención de segundo nivel debe tenerse en cuenta que los pacientes con crisis epilépticas pueden presentarse como problemas especiales que requieren de un manejo también especial. Se trata, por ejemplo, de las crisis neonatales, de convulsiones febriles de la niñez, crisis durante el embarazo y eclampsia, desórdenes metabólicos (incluyendo hipoglicemia, porfiria) y electrolíticos (Ca, Na, Mg), desórdenes endocrinos (hipoparatiroidismo, hipertiroidismo), insuficiencia hepática, insuficiencia renal, hipertensión arterial, anoxia, abuso de drogas, intoxicaciones, desórdenes paraneoplásicos, infecciones sistémicas, en todas las cuales las crisis epilépticas requieren de una medicación o de medidas específicas.

De otro lado, también es una necesidad social que el médico que atiende a este nivel de los servicios se comprometa en los planes de prevención de la epilepsia, que básicamente es la prevención y el control de las enfermedades que más frecuentemente producen epilepsia.

III. ESTRATEGIA GENERAL PARA LA ATENCION DE TERCER NIVEL

Dentro de nuestro esquema de atención de segundo nivel, e inclusive la de primer nivel, puede ser hecha por el neurólogo. Sin embargo, es lógico que la atención de tercer nivel es la que corresponde más estrictamente al especialista.

Por eso es que la atención de los pacientes que requieren algún procedimiento de diagnóstico y/o tratamiento especializado, sólo puede brindarla el neurólogo. Lógicamente que en los lugares donde trabaja sólo el neurocirujano, el internista o el psiquiatra, y se cuenta con los medios y la experiencia adecuados, serán ellos quienes ocupen el lugar del especialista en neurología clínica.

1-4. El diagnóstico de las crisis

Es un hecho que con alguna frecuencia los pacientes acuden directamente al neurólogo. En tal caso, él mismo iniciará la atención desde el primer nivel y luego, si es necesario, proseguirá con los exámenes y tratamientos de tercer nivel. En estas condiciones, el especialista debe proceder desde el comienzo, adaptando su actuación a las estrategias diseñadas para los primeros niveles de atención.

En otras ocasiones, a pesar de que el paciente ya ha sido atendido en los servicios de primer o

segundo nivel, la información que se dispone; es insuficiente, de modo que el especialista tendrá que aplicar todo el esquema de atención en su conjunto. En tal sentido, poco es lo que hay que añadir aquí respecto del método y los procedimientos de diagnóstico diseñados para dichos niveles de atención inicial.

Es igualmente cierto que algunos servicios no cuentan con todos los equipos que ya han demostrado su utilidad en la atención de los pacientes con problemas neurológicos, particularmente crisis epilépticas. Así, a este nivel de atención un paciente podría requerir de las técnicas más recientes, aunque mucho más costosas, de registro electroencefalográfico continuo, por ejemplo.

El especialista tendrá en cuenta algunos trastornos de la actividad cerebral que parecen no ser de naturaleza epiléptica, o que no se les puede definir sólo a base de los datos de la anamnesis, se podrían precisar mejor por medio de estas técnicas. Inclusive algunos pacientes epilépticos ya diagnosticados pueden tener, además de sus crisis o en vez de ellas, otras de tipo pseudoepiléptico que tampoco se las puede definir sin la visualización de las crisis y su registro electroencefalográfico. Las técnicas van desde el uso de electrodos o procedimientos de activación especiales, hasta las de video y registro EEG continuo, que ya deben formar parte de los servicios especializados de Neurología. Afortunadamente, en parte, sólo una minoría de los pacientes requieren de estos exámenes.

A falta de estos procedimientos, es posible que el neurólogo esté en las mejores condiciones para obtener los datos semiológicos que permitan detectar crisis poco aparentes, sobretodo ausencias y crisis psicomotoras, que pueden haber sido catalogadas como falta de concentración, mareos, confusión mental, movimientos o comportamientos “raros”, olvidos, interrupciones de la actividad en curso, entre otros.

Otra labor del neurólogo es cambiar la tendencia que aún prevalece de diagnosticar y tratar como epilepsia desórdenes del comportamiento de niños y adolescentes, por ejemplo, con bajo rendimiento escolar, desmayos, migraña, trastornos transitorios asociados al sueño, no como error diagnóstico, sino como concepción irracional a falta de un conocimiento más adecuado acerca de esta clase de problemas.

Aunque en sus relaciones con otros médicos el neurólogo debe usar las clasificaciones propuestas para el respectivo nivel de atención, es necesario que dentro de su propio trabajo se ciña a la Clasificación y Terminología de las crisis epilépticas diseñada para uso especializado (Cuadro N° 1).

5. Diagnóstico de la enfermedad causal

Cuando un paciente requiere atención neurológica especializada, es preferible que sea hospitalizado. El examen del neurólogo es imprescindible para el diagnóstico de la enfermedad epiléptica del paciente. A este nivel de atención, a base de los datos del examen neurológico integral, el especialista decidirá qué otros exámenes auxiliares de diagnóstico especializado requiere el paciente. Estos pueden ser: tomografía computarizada, angiografía, resonancia magnética, EEG con procedimientos especiales de registro y activación, evaluación neuropsicológica, exámenes del LCR.

Finalmente el paciente será clasificado de acuerdo al síndrome epiléptico que presenta. Una clasificación de este tipo ha sido propuesta por la Comisión para la Clasificación y Terminología de la Liga Internacional contra la Epilepsia, la que sin duda debe modificarse para corregir sus deficiencias. El problema es que, tal como discutiéramos a propósito del dolor de cabeza, el médico que atiende un paciente tiene que tomar decisiones diagnósticas a base de la historia de una persona, pues se trata de procesos que suceden en el curso de la vida de una personalidad. No se trata de describir un objeto invariable, fijado en el tiempo, que se puede clasificar de una vez y para siempre. La historia de un paciente requiere de una explicación, no de una descripción. Por eso, para poder rotular un paciente dentro de una clasificación se tiene que usar diversos criterios de clasificación. Justamente tomando en cuenta este principio es que en la primera parte de este

artículo ya se han esbozado varias clasificaciones, las que serán usadas al momento de atender al paciente, según la finalidad que se persigue.

Respecto del diagnóstico de la enfermedad epiléptica a este nivel de atención especializada, el neurólogo tendrá que diferenciar entre los pacientes con crisis epilépticas crónicas que tienen:

I. Epilepsia de Causa Conocida (Epilepsia Secundaria o Sintomática). En este caso, las crisis son la expresión de un desorden funcional generado por un proceso patológico de naturaleza ya conocida, cuya presencia se ha comprobado o podría comprobarse en algún momento de su evolución. En el Cuadro N° 6 se mencionan las formas más importantes de epilepsia de esta categoría.

CUADRO N° 6

EPILEPSIAS DE CAUSA CONOCIDA

1. Epilepsias Parciales secundarias

- 1.1. Epilepsia del lóbulo temporal: límbica mediobasal, límbica lateral, temporal lateral
- 1.2. Epilepsia perirrolándica: sensitivomotora, jacksoniana, de Kojewnikow (forma focal)
- 1.3. Epilepsia del lóbulo frontal: motora suplementaria, cingulada, frontopolar, orbitofrontal, dorsolateral, opercular
- 1.4. Epilepsia del lóbulo parietal
- 1.5. Epilepsia del lóbulo occipital
- 1.6. Epilepsia lobar múltiple
- 1.0. Epilepsia de localización no determinada.

2. Epilepsias Generalizadas secundarias

- 1.0 Epilepsia neonatal por enfermedad estructural
- 2.0 Epilepsia mioclónica temprana
- 3.0 Epilepsia mioclónica severa de la infancia
- 4.0 Síndrome de West
- 5.0 Síndrome de Lennox-Gastaut
- 6.0 Epilepsia con crisis mioclónicas astáticas
- 7.0 Epilepsia con ausencias mioclónicas
- 8.0 Epilepsias mioclónicas progresivas de la adolescencia y la adultez (Lafora, Unverricht-Lundborg, Ramsay Hunt, Kufs)
- 9.0 Epilepsia secundaria generalizada

III. Epilepsia de causa no determinada. Esta categoría sirve para incluir aquellos pacientes con criterios suficientes para suponer una patología subyacente, pero que no ha sido posible demostrar con los exámenes auxiliares empleados. Es el caso de los pacientes con crisis parciales debidas a pequeñas lesiones que no pueden visualizarse, los llamados “tumores crípticos”, por ejemplo. Incluso, en un paciente dado puede encontrarse algún factor patogenético por lo general metabólico (como estrés, fiebre, privación del sueño) o fisiológico (epilepsia refleja), pero en quien la patología cerebral no puede determinarse. En este caso, es preferible que estos *factores* sean considerados solo como procesos precipitantes. Desde un punto de vista teórico es posible que los pacientes dentro de esta categoría, después de un seguimiento razonable, o con procedimientos de diagnóstico más adecuados, puedan pasar al grupo I o al grupo II.

II. Epilepsia de Causa No Conocida (Epilepsia Primaria, o Síndrome Epiléptico). Las crisis son expresión de un desorden funcional cuya patogénesis es para todos desconocida: pueden existir muchas hipótesis acerca de su fisiopatología, pero todas ellas imposibles de demostrar en el paciente. En ciertos contextos, sobre todo en infantes, mucho se utiliza el concepto de “crisis benignas” en el sentido de crisis de causa no conocida y buen pronóstico, como opuesto al de “crisis

malignas” debidas a lesiones estructurales, de naturaleza conocida o no, y de mal pronóstico.

Para una adecuada categorización diagnóstica de los pacientes con epilepsia de causa no conocida, se requiere de una conceptualización de la enfermedad epiléptica por medio de la cual se identifica el desorden fisiopatológico neural con la enfermedad en sí. Es tradicional en este caso hablar de “síndromes epilépticos”, aunque con ello se podría generar alguna dificultad conceptual. El diagnóstico de síndrome epiléptico se basa entonces en el tipo de crisis, la edad de comienzo, la presencia de crisis similares en la familia, un patrón EEG característico, la ausencia de signos de déficit funcional cerebral y el curso benigno de las crisis. En el Cuadro N° 7 se menciona una clasificación de las epilepsias o síndromes epilépticos de causa no conocida:

CUADRO N° 7

EPILEPSIAS DE CAUSA NO CONOCIDA

1. Síndromes epilépticos parciales

- 1.1 Epilepsia rolándica benigna
- 1.2 Epilepsia occipital benigna

2. Síndromes epilépticos generalizados

- 2.1 Epilepsia neonatal benigna: familiar, no-familiar
- 2.2 Epilepsia mioclónica benigna de la infancia
- 2.3 Epilepsia con ausencias de la niñez
- 2.4 Epilepsia con ausencias de la adolescencia
- 2.5 Epilepsia mioclónica juvenil
- 2.6 Epilepsia primaria generalizada del despertar
- 2.7 Otras formas de epilepsia primaria generalizada

3. Síndromes epilépticos especiales

- 1.0 Crisis situacionales: Convulsiones febriles benignas, por estrés, cambios hormonales, medicamentos, alcohol, privación del sueño.
- 2.0 Epilepsia refleja
- 3.0 Epilepsia parcial continua crónica de la niñez
- 4.0 Epilepsia afásica (Landau-Kleffner)
- 5.0 Epilepsia con punta-onda continua durante el sueño.

Cuando queda definida la naturaleza patológica de las lesiones estructurales o del disturbio metabólico causante de crisis epilépticas crónicas, debe usarse el concepto de “Epilepsia secundaria a....” (cisticercosis, tumor cerebral, etc.). Para tales pacientes, sólo se requiere de la clasificación fisiopatológica (topografía) de las crisis, pues ellas son los síntomas de una enfermedad que se diagnostica como tal. Una frecuente causa de confusión para el médico es que muchas veces no se diferencia claramente entre “epilepsia de causa no conocida” y “epilepsia debida a una encefalopatía conocida, pero de causa no conocida”, como es el caso de la mayoría de pacientes con síndrome de West. Un criterio lógico será entonces incluir las epilepsias asociadas a una enfermedad con cuadro patológico definido, aunque de causa no conocida, en la categoría de las epilepsias de causa conocida.

6. Tratamiento de las crisis epilépticas

a) Medicación antiépiléptica: Los principios, objetivos y formas de tratamiento para evitar las crisis epilépticas ya han sido diseñados a propósito de la atención de los pacientes en el segundo nivel de los servicios médicos. Aquí haremos mención de los criterios que sirven para realizar un

monitoreo de niveles plasmáticos de los antiepilépticos que, por lo general, se deciden a este nivel de atención.

Ellos son:

1. Sospecha de administración irregular
2. Resistencia a tomar el medicamento
3. Ajuste del medicamento a su rango terapéutico
4. Reducción de la dosis en pacientes sin crisis
5. Control de la dosis en caso de embarazo o enfermedad intercurrente
6. Hay sospecha de interacción medicamentos, especialmente en caso de terapia combinada.
7. Presencia de reales o posibles efectos adversos.

b) Medidas no farmacológicas: En pacientes que continúan con crisis a pesar de la medicación, pueden tomarse en consideración otras medidas de tipo no farmacológico, por ejemplo, el tratamiento quirúrgico que tiene un lugar especial en el tratamiento de crisis incapacitantes. En algún paciente deberá considerarse la posibilidad de tratamiento dietético, control de los factores desencadenantes, procedimientos de biofeedback, de relajación, psicoterapia.

Como es de suponer, estos procedimientos no afectan directamente la enfermedad, pero si conducen a optimizar las condiciones sobre todo emocionales y de la actividad intelectual y laboral del paciente que contribuyen a reducir de la frecuencia de las crisis.

c) Desórdenes interictales: Algunos pacientes epilépticos, sobre todo aquellos con crisis de larga data, que no tienen un control farmacológico adecuado o tiene una lesión estructural subyacente, pueden tener desórdenes interictales asociados a la epilepsia que complican aún más las actividades personales o la formación personal del enfermo. Los más importantes son:

1. Desórdenes inespecíficos: por ejemplo, amnesia, déficit de atención, retardo mental, demencia, problemas del aprendizaje escolar, psicosis paranoide, depresión, neurosis (histeria, hipocondría).
2. Desórdenes específicos a la forma de epilepsia: los más importantes son los observados en la epilepsia del lóbulo temporal: hiposexualidad; hiperemotividad; comportamiento impulsivo, irascible, agresivo; religiosidad excesiva, episodios disfóricos; síndrome esquizofreniforme.
3. Crisis pseudoepilépticas: crisis simuladas, histéricas, por hiperventilación.

En algunos casos, la medicación, las condiciones emocionales y del trabajo, pueden contribuir en la génesis de estos desórdenes, además del efecto de la lesión epileptogénica y de las crisis en sí.

7. El tratamiento de la enfermedad causal

Esta es una decisión que depende del diagnóstico patogenético de las crisis. El tratamiento puede ser médico general o especializado, neurológico o neuroquirúrgico. Es recomendable en estos casos que las decisiones terapéuticas las tomen en conjunto los especialistas que intervienen en la atención del paciente.

Requieren atención neurológica de tercer nivel los pacientes con cisticercosis, granulomas (tuberculoma, goma luética), infección crónica (micótica, luética, toxoplasmosis). Requieren tratamiento neuroquirúrgico los pacientes con hematoma subdural, tumor cerebral, absceso, malformación arteriovenosa. Puede ser necesaria la participación del neurólogo en el tratamiento del paciente con crisis asociadas a alcoholismo, dependencia a ansiolíticos e hipnóticos.

También requieren atención interdisciplinaria de tercer nivel los pacientes con porfiria,

insuficiencia renal, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Addison, lupus eritematoso sistémico, vasculitis sistémicas, discrasias sanguíneas.

Para concluir debemos enfatizar que la epilepsia es un problema de salud pública no reconocido debidamente, sobre todo en los países subdesarrollados. Diversas formas de epilepsia son condiciones que pueden prevenirse y evitarse. La atención del paciente epiléptico por su alto costo y por las limitaciones que impone a su desarrollo personal, es un claro ejemplo de la necesidad de una acción integrada de los servicios de salud de un país.

BIBLIOGRAFIA

1. Commission on Classification and Terminology of the International League against Epilepsy (1981) Proposal for Revised Clinical and Electrographic Classification of Epileptic Seizures. *Epilepsia* 22:489-501.
2. Commission on Classification and Terminology of the International League against Epilepsy (1989) Proposal for Revised Classification of Epileptic Syndromes. *Epilepsia* 30:389-399.
3. Dodson, W.E., DeLorenzo, R.J., Pedley, T.A. y Otros (1993) The treatment of convulsive status epilepticus: recommendations of the Epilepsy Foundation of America's Working Group on Status Epilepticus. *J.A.M.A.* 270:854-859.
4. Levy, R.H., Matson, R.H. y Meldrum, B.S. Eds. (1995) *Antiepileptic Drugs*. Raven Press, Nueva York.
5. Samuels, M.A. (1995) *Manual of Neurologic Therapeutics*. Little, Brown and Co. Boston.
6. So, E.L. (1993) Update on Epilepsy. *Medical Clinics of North America*. 77:203-214.
7. Wyllie, E. Ed. (1997) *The Treatment of epilepsy: Principles and Practice*. Williams & Wilkins, Baltimore.