

Crisis epilépticas accidentales. A propósito de un caso clínico

Revisión de la Bibliografía y actitud práctica del manejo de la primera crisis epiléptica

J. Burcet Dardé

Introducción

El objetivo de esta revisión es presentar un caso clínico de crisis epiléptica accidental (C.E.A.) por fármacos, de presentación a status epiléptico no recurrente tras dos años de observación clínica, y a propósito de este caso guía, revisar la Bibliografía y la actitud médica práctica ante estos pacientes.

Definición de términos

El diccionario de la epilepsia (O.M.S. Ginebra 1973),¹ define la EPILEPSIA como: afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de neuronas cerebrales asociada eventualmente a manifestaciones clínicas o paraclínicas. Es pues, la RECURRENCIA DE LA CRISIS lo que define la epilepsia enfermedad, siendo la crisis epiléptica accidental (no recurrente), conceptualmente una patología diferente y de un manejo terapéutico específico. Su frecuencia es 10 veces por lo menos la de la epilepsia crónica, hecho de indudable interés en la práctica clínica diaria.²

Hospital Insalud
Neurofisiología clínica
Palma de Mallorca

Clasificación de las C.E.A. (crisis epilépticas accidentales)

Deben distinguirse dos apartados:

a) C.E.A. en el curso de una AGRESION CEREBRAL AGUDA ya orgánica (AVC, TCE, meningitis), ya en el curso de una intoxicación del S.N.C.

La crisis epiléptica es un epifenómeno de la patología subyacente, y el tratamiento debe ir encaminado a la causa etiológica primaria. El tratamiento antiepiléptico se instaurará ante recurrencia de crisis, pasada la agresión cerebral aguda (a partir de la 2ª crisis).

b) C.E.A. en AUSENCIA de toda lesión cerebral aguda y de toda intoxicación del S.N.C., es decir, las crisis epilépticas accidentales (CEA) de naturaleza FUNCIONAL.

Incluye tres subgrupos a su vez:

1. Las crisis febriles (C.F.) de la infancia.
2. Las crisis aisladas de la adolescencia.
3. Las crisis epilépticas inducidas por fármacos, en ausencia de Intoxicación del S.N.C.; será el caso clínico que revisaremos aquí en breve.

1. Las crisis febriles de la infancia (C.F.), son C.E.A. accidentales en muchos casos no recurrentes, desencadenados en niños de 6 meses a 5 años, por proceso febril, y limitados al factor desencadenante de la fiebre y a este período de edad.

Esta bien protocolarizada la profilaxis con antiepilépticos a los niños con factores de riesgo de recurrencia, por lo que no se insistirá aquí en su manejo.³

2. Las crisis epilépticas accidentales de adolescencia son probablemente relacionables con factores hormonales y/o modificaciones de hábitos de vida (sueño, alcohol, estimulación luminosa y/o acústica). Son recurrentes menos de un 25% de estas crisis, en ausencia de todo tratamiento, y sólo con exclusión de factores desencadenantes.⁴

3. Las C.E.A. inducidas por fármacos se describen en todas las edades de la vida,

siendo el fármaco usado de forma ortodoxa, y en ausencia de toda patología cerebral previa y de toda crisis epiléptica anterior, o de una intoxicación del SNC. Son muchos los fármacos involucrados en la Bibliografía.⁵ Recientemente el Dr. Munar ha revisado la epilepsia Beta lactámica,⁶ y aquí se revisará un caso clínico con dos fármacos de uso práctico muy extendido: la teofilina y la amitriptilina. El siguiente caso clínico nos ilustra perfectamente este apartado.

Caso clínico

Se trata de un varón de 60 años de edad, con antecedentes de BOC, que estaba tratado crónicamente con Teofilina a dosis de 400 mgs/día, y que desarrolló un síndrome depresivo por lo que fue pautado con 75 mgs. de amitriptilina diarios.

A las tres semanas de la asociación de ambos fármacos, desarrolló de forma íctica un Status convulsivo. TC de seis horas de duración que cedió con pauta habitual (Benzodiacepina).

El estudio clínico neurológico, TAC y analítica, excluyó toda lesión cerebral orgánica, y un cuadro de intoxicación aguda del SNC.

Los registros E.E.G. seriados durante más de un año, han mostrado una normalidad del ritmo de fondo, y descarga de punta onda rápida generalizada a la hiperpnea y estimulación luminosa intermitente.

Al enfermo se le suprimieron ambos fármacos, así como la pauta antiepiléptica, pasado el período agudo del status.

Pasados dos años, no ha habido ninguna recurrencia de crisis, por lo que deben ser consideradas CEA inducidas por factor farmacológico.

Este caso clínico ilustra perfectamente la existencia de CEA inducidas por fármacos. Debe reseñarse:

- I. Enfermo de 60 años (adulto mayor), con predisposición genética a convulsionar, como nos manifiestan los ulteriores EEG.
- II. Coincidencia de dos fármacos con poder convulsivógeno, con una latencia de tres semanas en su uso asociado (por la necesaria impregnación cerebral).

III. Ausencia de lesión cerebral orgánica y de toda intoxicación.

IV. La expresión clínico-EEG es de un status generalizado, único, propio de una crisis epiléptica generalizada primaria (EGP a inicio de adulto mayor).

V. Ausencia de toda recurrencia al retirar fármacos, y no dar pauta antiepiléptica de forma continua, en dos años.

Conclusiones

Manejo práctico de una crisis epiléptica aislada

1° Todo enfermo con una única crisis epiléptica debe ser estudiado con toda meticulosidad para su esclarecimiento etiológico (crisis única accidental o epilepsia crónica).

2° Ante una crisis única, encuadrable en alguno de estos apartados descritos (CEA), que no recurre, debemos estar en la expectativa de la evolución, suprimiendo los factores desencadenantes y no dar pauta antiepiléptica crónica (que deberá seguirse cinco años en caso de recurrencia, o sea, 2ª crisis), con toda la problemática que supone un tratamiento innecesario durante tan largo tiempo.

3° Hay que ser en extremo cauteloso, en el caso de fármacos potencialmente convulsivantes en los casos en que por la historia clínica o por los datos paraclínicos (EEG), podamos pensar que existe una predisposición genética a convulsionar ante el riesgo potencial de una CEA en estos pacientes.

Bibliografía

1. Gastaut H. Diccionario de la epilepsia. Parte I. Definiciones O.M.S. Ginebra (1973).
2. Oller L, Oller F, Vidal L. L'Epilepsia pag. 25-26. Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. Barcelona (1979).
3. Editorial. Febril convulsions: Longterm Treatment. Brit. Med. J., 282: 673 (1981).
4. Loiseau P et Orgongozo H. An unrecognised syndrome of benign focal epileptic seizures in teen agers. Lancet, 11: 1070-1071 (1978).
5. A.M.A. Drug evolution. 3ª Ed. Pag. 1552. USA (1977).
6. Munar Ques M. Epilepsia Betalactamica. Medicina Balear, Vol. 1, nº 1: 25-30 (1986).