

Suplemento Especial Sociedad Puertorriqueña de Epilepsia



29 Conferencia Epilepsia del Caribe

Hotel Intercontinental Isla Verde, PR
8 de septiembre, 2012

8 horas crédito
División Central de Educación Continuada Universidad de Puerto Rico

Tel: (787) 782-6200
Fax: (787) 782-3991
info@sociedadepilepsiapr.org

Epilepsia:

Cuando los medicamentos no funcionan

Ignacio Pita, MD

Neurólogo-Epileptólogo
Board Certified en Neurología y Neurofisiología Clínica
Catedrático Auxiliar, Escuela de Medicina
Recinto de Ciencia Médicas, Director
Programa Comprensivo de Epilepsia - HIMA - San Pablo Caguas
Práctica Privada, Clínica Las Américas Hato Rey



En los pacientes afectados con epilepsia, las convulsiones se controlan con medicamentos en dos tercios de los casos. Los ataques o crisis convulsivas que no se controlan con medicamentos se conocen como refractarios. Las convulsiones son refractarias cuando son lo suficientemente frecuentes y severas o cuando la terapia que se requiere causa efectos secundarios intolerables y, por lo tanto, interfiere significativamente con la calidad de vida del paciente.

Razones de epilepsia refractaria

Existen tres razones principales para refractariedad:

1. Un diagnóstico erróneo;
2. Un tratamiento erróneo; o
3. Falta de respuesta al mejor tratamiento farmacológico.

Los pacientes cuyas convulsiones no se pueden controlar con medicamentos se deben referir a un centro especializado de epilepsia con el propósito de evaluar las razones para la refractariedad.

El diagnóstico incorrecto de epilepsia es más común de lo que se piensa. En la Unidad de Monitoreo de Epilepsia de Puerto Rico, se determinó que el 35% de los pacientes tenía un diagnóstico erróneo, siendo los eventos no epilépticos de origen psicológico los más comunes. Por lo tanto, si las convulsiones no se controlan con medicamentos, la primera pregunta que debemos hacernos es si estos episodios son realmente convulsiones.

La segunda causa de epilepsia refractaria es un tratamiento subóptimo. Algunas medicinas no son adecuadas para todos los tipos de ataques. Además, algunos medicamentos podrían empeorar ciertos tipos de crisis convulsivas.

Finalmente, la epilepsia realmente refractaria ocurre cuando, a pesar de tener un diagnóstico correcto y utilizar los medicamentos apropiados, los ataques persisten.

Otras opciones

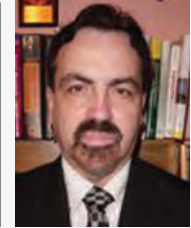
Cuando los medicamentos no funcionan, se deben considerar las alternativas no farmacológicas. La cirugía de epilepsia es una opción para los pacientes con epilepsia refractaria, siempre y cuando se pueda localizar el foco epiléptico en una región específica del cerebro. Las probabilidades de cura o control con la cirugía de epilepsia fluctúan entre el 50 y el 90%, dependiendo de las causas de la epilepsia y de la localización del foco ictal.

El estimulador del nervio vago es otra opción quirúrgica para los pacientes con epilepsia refractaria o para los que no son candidatos para otros tipos de cirugía de epilepsia.

Comentario

La epilepsia refractaria representa una gran carga para el paciente con epilepsia. El médico debe asegurarse de que el diagnóstico sea correcto y se hayan utilizado los medicamentos apropiados para el tipo de epilepsia del paciente. Para esto, el paciente debe ser evaluado en una unidad de monitoreo de epilepsia. Una vez confirmado que el paciente padece verdaderamente de epilepsia refractaria, se pueden explorar las alternativas no farmacológicas que incluyen cirugía de epilepsia o estimulador del nervio vago. **G**

Epilepsia y salud mental



Alfonso Martínez-Taboas, PhD

Sociedad Puertorriqueña de Epilepsia

Uno de los hallazgos más consistentes en el área del estudio de la epilepsia es que un grupo importante (entre el 20% y el 30%) de niños, adolescentes y adultos padece de diversos trastornos psiquiátricos, muy en particular depresiones, ansiedades y somatización. Esto ha sido confirmado en estudios epidemiológicos en varias naciones del mundo. El reto consiste en identificar los factores de riesgo que inciden en estas tasas altas de angustia.

Discrimen social

Una de las áreas que más se ha indagado e investigado se relaciona con las adversidades psicosociales que se asocian a la epilepsia. Tomemos, como ejemplo, el estigma social que afecta a muchos pacientes por su condición. Inclusive, en la práctica se ve casos en que personas como maestros, estudiantes, vecinos y hasta religiosos envían mensajes nocivos y tóxicos sobre la epilepsia. En algunas situaciones, los compañeros de clases emiten burlas abiertas al niño con epilepsia; los maestros les dicen a los padres que las convulsiones asustan a los demás niños y que traten de retirar a su hijo del aula escolar; e, inclusive, hay algunos religiosos que insisten en que las convulsiones son de origen demoníaco. Estas actitudes irracionales tienen el potencial de estigmatizar al paciente y de hacerlo ver deficiente al compararlo con otros seres humanos.

Discrimen laboral

Otro factor tangencialmente relacionado es el discrimen. Se ha documentado que a un nutrido número de adultos se les hace difícil conseguir o mantener un trabajo por su condición de epilepsia. Muchos empleadores temen demandas o que sus clientes se asusten si un empleado convulsiona. Por estas razones, se le hace muy difícil al paciente con epilepsia la entrada a un empleo.

El autoestigma


El autoestigma se manifiesta cuando el propio paciente, habiendo internalizado todos esos comentarios funestos sobre la epilepsia, se visualiza como una persona defectuosa, que nadie aceptará y tiene escasas oportunidades en la vida. Su autoestima, usualmente, es nula, pues acepta y endosa un sinnúmero de mitos y falacias sobre la epilepsia. Esto se traduce en un aislamiento social y, además, en complejos e inseguridades en múltiples áreas interpersonales.

La importancia de la actitud

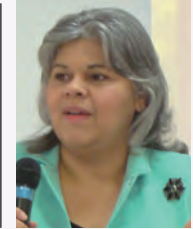
Afortunadamente, la literatura científica también documenta la otra cara de la moneda: personas con epilepsia que han aceptado el reto de la condición y se han enfrentado exitosamente a ella. Estas personas pueden experimentar más dificultades y retos que personas sin epilepsia, pero con esfuerzo y convicción pueden alcanzar sus potencialidades y lograr sus metas. Es así que hay muchas personas de todo nivel, inclusive profesionales exitosos, que tienen la condición y llevan vidas plenas y ricas.

Factores importantes identificados con esta actitud para sobreponerse al problema son tratar de conocer la condición de epilepsia, desmitificar la misma, tratarla con medicamentos anticonvulsivos y tener esa convicción y energía interna que se traduce en ser resilientes ante las adversidades.

Comentario

Si algo hemos aprendido es que el paciente con epilepsia desea que se le ayude a mejorar para poder contribuir de manera significativa a una mejor sociedad. 

Manejo de la primera convulsión en el adulto



Miriam E. Ríos Motta, MS, MD

Neuróloga Catedrática Auxiliar, Escuela de Medicina RCM, UPR
Directora Clínica de Epilepsia Pediátrica, Hospital Pediátrico Universitario

Muchas condiciones médicas pueden provocar eventos paroxísticos, entre ellos, las convulsiones. Una primera convulsión requiere acción inmediata, especialmente en la sala de emergencias. El diagnóstico diferencial incluye síncope, trastorno psiquiátrico, trastornos de movimiento, trastornos de sueño, entre otros. El riesgo de tener una convulsión durante la vida es del 10%, además de que cerca de un 3% de la población tendrá epilepsia para la edad de 75 años. Establecer el diagnóstico correcto es esencial para un tratamiento apropiado.

Aunque no existe un protocolo único para el manejo de una primera convulsión, se han sugerido guías basadas en resultados de diferentes estudios clínicos.

- Una **convulsión** es la manifestación clínica de la excitación excesiva y anormal de una población de neuronas corticales que provocan cambios repentinos en comportamiento, percepción sensorial o en actividad motora.
- **Epilepsia** se refiere a la tendencia a tener convulsiones recurrentes no provocadas por una crisis sistémica o neurológica aguda.

¿Fue el evento una convulsión?

El historial es esencial para el diagnóstico y debe incluir las circunstancias y los síntomas antes, durante y después del evento. Los exámenes, general y neurológico, se enfocan en buscar condiciones coexistentes que puedan predisponer al paciente a tener convulsiones y a detectar disfunción del sistema nervioso central.

Las convulsiones pueden dividirse en **provocadas** y **no provocadas**. Una convulsión provocada ocurre en el momento o cercano a la crisis sistémica o cerebral y el riesgo de recurrencia es del 3 al 10%. Los factores que pueden provocar convulsiones incluyen: trastornos de electrolitos y de la glucosa (hiponatremia e hipoglucemia), trauma o infarto cerebral, eclampsia, intoxicación o retiro de drogas o alcohol, uso o intoxicación con suplementos naturales (guaraná, cafeína, entre otros). Estas causas varían de acuerdo a la edad: intoxicaciones y trauma son más comunes en personas de 15 a 34 años, y causas cerebrovasculares más comunes en mayores de 65 años.

Pruebas adicionales para la evaluación

Laboratorio: utilizar pruebas en forma individualizada.

- CBC, electrolitos, glucosa, calcio, función hepática y renal, prueba de embarazo (si corresponde);
- Pruebas de orina y sangre para detectar drogas (no recomendado como rutina) y prueba de aliento para alcohol; y
- Punción lumbar, cuando hay sospecha de meningitis o encefalitis.

Electrocardiograma: para detectar arritmias, síndrome de QT prolongado, etc.

Electroencefalograma (EEG): ayuda a reconocer causas metabólicas o tóxicas, a detectar lesiones focales y a determinar un síndrome epiléptico. Un primer EEG anormal es un factor predictivo para recurrencia de convulsiones. No hay evidencia suficiente para recomendar que se realice en una sala de emergencia. Un EEG negativo no descarta el diagnóstico de epilepsia.

Síndrome de fatiga crónica: Una breve historia

Félix J. Fojo, MD

Ex Profesor de la Cátedra de Cirugía de la Universidad de La Habana

ffojo@homeorthopedics.com
felixfojo@gmail.com

Neuroimagen: se recomienda cuando se sospecha una lesión intracraneal, en pacientes con déficit neurológico focal, alteraciones en el estado mental, coagulopatías, entre otros. En pacientes estables, se prefiere un MRI a una tomografía computarizada (mayor sensibilidad para detectar defectos estructurales o lesiones pequeñas).

¿Se debe comenzar tratamiento?

El riesgo de recurrencia de convulsiones no provocadas es del 30 al 50%. Esto ocurre en los primeros seis meses después de la primera convulsión y aumenta con neuroimagen anormal, examen neurológico anormal, EEG anormal o historial familiar de epilepsia. Después de una segunda convulsión el riesgo aumenta al 70-80%.

La terapia temprana no tiene efecto en el pronóstico de epilepsia a largo plazo. El tratamiento con anti-epilépticos se recomienda en casos con alto riesgo de recurrencia, tomando en consideración factores como toxicidad, efectos cognoscitivos, teratogénicos y psicológicos (estigma), costo y factores ocupacionales.

Todo paciente debe ser orientado sobre restricciones de actividades potencialmente peligrosas y precauciones antes de ser dado de alta. Las restricciones deben individualizarse. El médico y otros profesionales de la salud deben documentar en el expediente la orientación y recomendaciones brindadas.

Comentario

El diagnóstico diferencial de una primera convulsión es amplio. Una convulsión puede diagnosticarse por historial, pero las evaluaciones deben incluir electroencefalograma y, usualmente, MRI. Una convulsión no provocada tiene un mayor riesgo de recurrencia (30-50%) en los próximos años. Esta situación requiere de consejería y orientación individual al paciente y cuidadores sobre el riesgo de recurrencia, las ventajas y desventajas del tratamiento con medicamentos y el impacto en los estilos de vida. **G**

References:

- Pohlmann-Eden B, Beghi E, Camfield P, Camfield C. The first seizure and its management. *BMJ* 2006; 332(7537): 339-342.
- Dunn MJ, Breen DP, Davenport RJ, Gray AJ. Early management of adults with first generalized seizure. *EmergMedJ.* 2005; 22(4):237-242.
- First Seizure Trial Group. Randomized Clinical Trial on the efficacy of antiepileptic drugs in reducing the risk of relapse after a first tonic-clonic seizure. *Neurology* 1993; 43 (3, part1): 478-483.

Padecer de una enfermedad real, debilitante y crónica, que carezca de elementos diagnósticos y no tenga tratamiento eficaz, puede convertirse en un sufrimiento indescriptible, máxime si por ello se le tilda de simulador, embaucador o irresponsable. Ese es el caso de la encefalomiélitis miálgica, encefalopatía miálgica o síndrome de fatiga crónica.

Hasta 1750, no había reportes relacionados con este síndrome, salvo la melancolía o el “embruajamiento”. En esa época, se describen casos de mujeres con febrículas prolongadas y sin asociación con tuberculosis. En 1871, surgen tres descripciones relacionadas; en 1880, el neurólogo George Beard describe la neurastenia y, en 1895, Sir William Osler señala la disociación entre síntomas y signos.

En 1934, se reporta en Los Ángeles una “epidemia” de pacientes con mialgias, astenia y cefaleas intensas que responden mal al tratamiento. Luego de una cuarentena, se les da de alta. Algo semejante se presenta luego en Islandia, Japón y Londres.

Desde 1950, se atribuyeron distintas etiologías a este cuadro: brucelosis, crisis de hipoglicemia, infección por el virus de Epstein-Barr o retrovirus MLV, “alergia” sistémica, sensitización a tóxicos, candidiasis, intoxicación por mercurio, por empastes dentales, por azúcares simples o por aspartamo, sistema inmunológico débil, y una variante de enfermedad del colágeno. También: inflamación sistémica inespecífica, depresión endógena, trastornos endocrinos, leucemia murina xenotrópica, encefalitis por radiación de teléfonos celulares o equipos de comunicación y otras muchas posibles causas, siempre relacionadas con un nuevo hallazgo infeccioso, una observación parcial o una moda diagnóstica, pero sin pruebas científicas sólidas que aclaren de una vez el problema. **G**