

11237

DB
zey



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CRISIS CONVULSIVA UNICA
EVALUACION Y MANEJO**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
P R E S E N T A :
DR. GERARDO GONZALEZ GONGORA**

**SERVICIO DE PEDIATRIA
CLINICA LONDRES**
Tutor: Dr. Guillermo Franco del Río
Profesor Titular: Dr. Javier Luengas Bartels



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CRISIS CONVULSIVA UNICA. EVALUACION Y MANEJO

INTRODUCCION.

La epilepsia es una de las patologias mds comunmente manejadas en la prdctica de la neurologia pedidtrica y uno de los aspectos de esta enfermedad, es la posibilidad de prevenirla.

Según la definición propuesta por la Liga internacional contra la epilepsia (L.I.C.E), para considerar la epilepsia, deben tomarse en cuenta 2 importantes factores, la cronicidad y la recurrencia, de tal forma que el paciente que ha presentado una sola crisis, no puede considerarse como epiléptico, sin embargo la crisis única puede evolucionar a epilepsia si no se le da un enfoque integral de diagnóstico y tratamiento adecuados.

En base a lo anterior han surgido varias preguntas que se han prestado a controversia. Por ejemplo, cual es el riesgo de recurrencia, una vez que el paciente ha presentado una primera crisis sin causa aparente?. La mayoria de los autores estiman que es de un 20 a - 50% aprox. en forma global, es decir, población gene-

ral, independientemente de si reciben tratamiento anti convulsivo o no. Otra de las preguntas a las que se enfrenta el médico que atiende al paciente pediátrico - que ha convulsionado por primera vez sin causa aparente, es como abordarlo. Es necesario dar tratamiento de primera intención?, o es posible mantenerlo en observación?. Si es así cuales son los parámetros que deben seguirse.

El presente estudio tuvo como objetivo principal- observar en forma prospectiva a 2 poblaciones de pacientes pediátricos con crisis única. Un grupo bajo tratamiento anticonvulsivo específico, y un segundo grupo en observación, haciendo la selección en base a factores de riesgo (tabla 1), y de esta forma proponer un protocolo de manejo del paciente con crisis única, para tratar de disminuir el riesgo de recurrencia.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en la consulta externa del servicio de neurología de la clínica Londres, Se inició a partir de Marzo de 1989 y se incluyeron a todos aquellos pacientes que acudieron a la consulta externa, por haber presentado crisis única sin causa aparente, en forma reciente, es decir, antes de un mes.

Se excluyeron a los pacientes cuya crisis se asoció a la fiebre (crisis febril), ya que éstos fueron motivo de estudio independiente. A todos los pacientes se les efectuó historia clínica minuciosa, a fin de detectar factores de riesgo, exploración física general y neurológica, E.E.G., y una vez que se decidió el manejo, se revisaron periódicamente, por lo menos una vez al mes, durante los primeros 6 meses. En aquellos casos en los que se decidió dar terapia anticonvulsiva específica, se monitorizaron niveles séricos del medicamento.

Los criterios (factores de riesgo) que se utilizaron para tomar la decisión de cuando iniciar manejo anticonvulsivo, se enlistan en la tabla 1. Si el paciente no presentó ninguno de éstos criterios o el E.E.G. fue inespecífico (como único hallazgo), se dec

dió no dar fármaco y seguirlos mensualmente en la consulta externa, previa explicación a los padres del - manejo observacional, y ante cualquier recaída se iniciaría tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 22 pacientes, 13 del sexo masculino y 9 del sexo femenino. Se agruparon por edades pediátricas en lactante, pre escolares, escolares y adolescentes, predominando la población de pacientes del grupo escolar, como se muestra en la tabla 2.

TABLA 1
FACTORES DE RIESGO

1. *Historia de epilepsia en la familia*
2. *Historia de hipoxia neonatal*
3. *Historia de prematurez*
4. *Historia de T.C.E. (con manifestaciones neurológicas)*
5. *Historia de infección o parasitosis de S.N.C.*
6. *E.E.G. anormal (específico).*
7. *Daño neurológico específico.*

TABLA 2
CLASIFICACION POR EDADES

EDAD	GRUPO A	GRUPO B	TOTAL	POCENTAJE
Lactante	4	3	7	32%
Pre escolar	-	1	1	4%
Escolar	7	3	10	45%
Adolescente	4	0	4	18%

TABLA 3
TIPO DE CRISIS (EN AMBOS GRUPOS)

CRISIS	TOTAL	PORCENTAJE
T.C.G.	16	73%
Parcial simple	2	9%
Parcial sec. generalizada	2	9%
Versivas	1	4%
Atónicas (?)	1	4%

La mitad de los casos constituyeron pacientes pro
cedentes de madres primigestas. En relación al tipo de
crisis, tomando en cuenta al total de pacientes, predo
minaron las tónico clónicas generalizadas (tabla 3). -
En cuanto a síntomas acompañantes, sólo 3 pacientes -
presentaron como parte del cuadro clínico, cefalea de
moderada intensidad. El examen físico, no reveló anor
malidad neurológica en 21 de los pacientes estudiados,
y sólo uno de ellos presentó déficit motor leve, así -
como C.I. promedio bajo por psicometría.

El total de pacientes reunidos, se clasificó en 2
grupos: el primero de ellos (grupo A) reunió un total
de 16 casos. Cada uno de ellos recibió tratamiento -
anticonvulsivo en base a la presencia de uno o más fac
tores de riesgo. El más común de ellos fue la anormali
dad electroencefalográfica específica (focal, espiga -
onda o paroxismo) como se muestra en la tabla 4, Se -
eligió el fármaco de acuerdo al tipo de crisis, con su
respectivo patrón E.E.G., así como las características
individuales de cada paciente en particular. Se prefi
rió la monoterapia. Sólo se manejaron 2 fármacos simul
táneamente al inicio del tratamiento, en un paciente -
en quien ya había sido instituido previamente (tabla 5).

En el segundo grupo (B) se incluyeron 6 pacientes - en quienes no se encontró ningún factor de riesgo desencadenante de la crisis, incluyendo aquellos con - E.E.G. inespecífico, como factor aislado.

En el grupo A no se encontró ningún factor de riesgo desencadenante característico por grupo de edad, o específico, aunque se esperarla encontrar en los más - pequeños, las afecciones perinatales como hipoxia - como causa, a diferencia de los mayores en quienes - los traumatismos craneales o los procesos infecciosos jugarían un papel más importante.

Hasta el momento de este reporte preliminar, se han seguido a los pacientes un promedio de 8.5 meses (5 - 12), habiéndose presentado recurrencia en 2 pacientes del grupo A, y en ninguno del grupo B. Cabe señalar - que los dos pacientes que presentaron recurrencia sus pendieron su medicamento; uno por reacción alérgica - al fármaco y otro sin motivo alguno.

TABLA 4
FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES (GRUPO A)

No. DE FACTOR (*)	TOTAL DE PACIENTES	PORCENTAJE
1	4	18%
2	2	9%
3	1	4%
4	3	14%
5	1	4%
6	16	73%
7	0	0%

(*) Según lista de tabla 1.

TABLA 5
FARMACO UTILIZADOS

FARMACO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
DIFENILHIDANTOINA	9%	40%
CARBAMAZEPINA	2	9%
FENOBARBITAL	3	14%
AC. VALPROICO	1	4%
ASOCIACION	1	4%

Aún tomando en cuenta los 2 casos mencionados, -
en los cuales la causa de la recurrencia se explica -
en base a la suspensión del medicamento, esto sólo -
representa (hasta el momento) un 9% del total de los
pacientes.

DISCUSION

A pesar de que existen pocos artículos en la literatura en relación al futuro del paciente con crisis convulsiva única, la mayoría de los autores están de acuerdo en que, por lo menos de la tercera parte a la mitad de los casos, tienen riesgo de recurrencia, y por consecuencia evolucionar a epilepsia.

No existe uniformidad de criterios en relación a que tipo de pacientes deben ser tratados inmediatamente, después de una primera crisis convulsiva de causa desconocida; sin embargo, si se identifican ciertos factores de riesgo, es posible elegir una conducta a seguir, con el objeto de disminuir el riesgo de que evolucionen a epilepsia.

Como los resultados obtenidos hasta el momento en este estudio, no es posible asegurar que el índice de recurrencia vaya a ser menor que el reportado en otras series, ya que es necesario un periodo de observación mayor (2 a 3 años), y probablemente nuestra población de pacientes no sea lo suficientemente numerosa, pero sí puede servir como pauta para su mejor manejo.

Por otra parte, es importante recordar que el mayor índice de recurrencia, se presenta en el primer -

año posterior a la primera crisis y de éste, en los primeros 6 meses. Hasta el momento solo tenemos un 9% de recurrencia en un periodo promedio de 8.5 meses de seguimiento y es probable que al prolongarlo por un mínimo de 2 años, el riesgo de una segunda crisis sea menor que el de otras series reportadas.

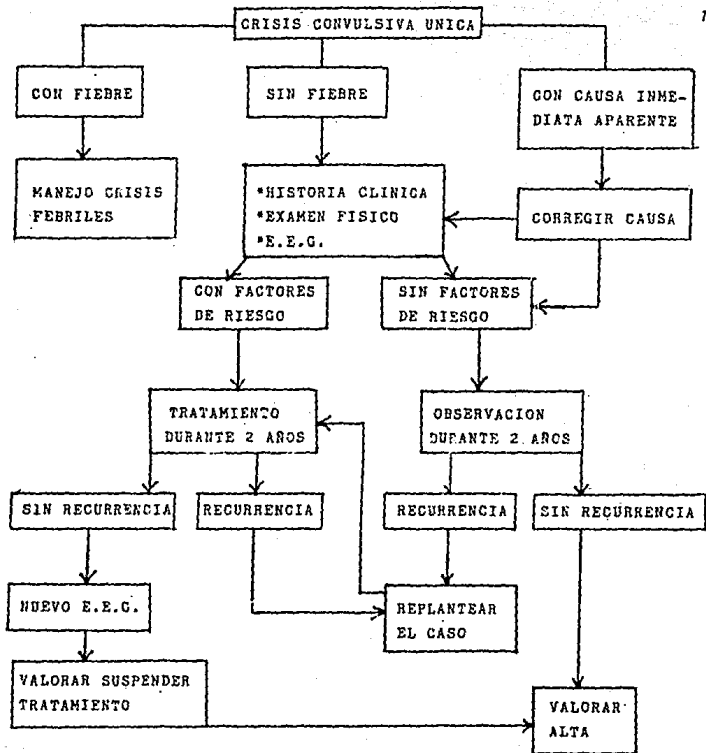
Aparentemente no existen factores de riesgo específicos, por grupo de edad que modifiquen el pronóstico, lo cual concuerda con otros autores.

En relación a los pacientes que presentan crisis parciales secundariamente generalizadas, en los que se demuestra foco irritativo por E.E.G., probablemente sean candidatos a T.A.C., si el recurso está disponible, ya que puede corresponder a patología neurológica específica, como por ejemplo cisticercosis.

CONCLUSIONES

1. Todo paciente con crisis ánica, potencialmente puede convertirse en epiléptico, por el riesgo de recurrente.
2. No todo paciente con crisis ánica, debe recibir terapia anticonvulsiva.
3. Si se identifica el tipo de paciente con mayor riesgo de recurrencia, puede tratarse oportunamente y evitar evolución a epilepsia.
4. La duración del tratamiento una vez que se ha elegido, debe individualizarse a cada paciente en particular.
5. Es necesario un periodo de observación mayor del grupo de pacientes en este estudio, para reafirmar los conceptos anteriores.
6. Deben uniformarse criterios para el manejo de este tipo de pacientes, para lo cual proponemos un flujograma de decisiones (tabla 6), y de esta forma facilitar su manejo.

7. *Cualquier paciente del grupo B (sin factores de riesgo), que presente recurrencia de crisis, aún en ausencia de factores de riesgo, debe recibir tratamiento anticonvulsivo, y debe ser sometido a estudio minucioso, con el objeto de descartar patología neurológica desencadenante.*



BIBLIOGRAFIA

1. Annegers JF, Shirts SB, Hauser WA, Kurtland LT. - Risk of recurrence after an initial unprovoked seizures. *Epilepsia* 1986; 17:43.
2. Blos S, Heijbel J, Bergtors PG. Incidence of epilepsy in children: a follow up study three years - after the first seizure. *Epilepsia* 1978; 19:343-50.
3. Camfield PR, Camfiel CS, Dooley JM et al. Epilepsy after a first unprovoked seizure in children. *Neurology* 1985;35: 1657-60
4. Cleland PG, Mosquers I, Steward WP, Foster JB. Prognosis of isolated seizures in adult life. *Br. Med. J.* 1981; 283-1364
5. Elwes RDC, Chesterman P, Reynolds EH. Prognosis after a first untreated tonic - clonic seizure. *Lancet* - 1985, ii: 752-53.
6. Goodridge DMG, Shorvon S. Epileptic seizures in a population of 6000. Demography, diagnosis and classification and the role of the hospital services. *Br. Med J* 1983;287:641-44

7. Hashunski V. Management of a first seizure. Arch -
Neurol 1936; 43:1290.
8. Hart RG, Easton JD. Seizure recurrence after a -
first un provoked seizure, Arch Neurol 1986;43:
1289-90.
9. Hauser WA. Should people be treated after a first -
seizure, . Arch Neurol 1986; 43:1287-88.
10. Hauser WA, Anderson VE, Loewenson RB, Mc Roberts
SM. Seizure recurrence after a first un provoked -
seizure. N. Eng J Med 1982; 307: 522-28.
11. Hirtz DG, Ellenberg JH, Nelson KB. The risk of -
recurrence of non febrile seizures in children. -
Neurology, 1984; 34:637-41
12. Hopkins A, Garman A, Clarke CH. The first seizure-
in adult life Lancet 1988, ii; 721-26.
13. Hopkins A, Scambler G. How doctors deal with epilep
sy. Lancet 1977; i:183-86.
14. Thomas M. The single seizure; its study and mana-
gement. JAMA 1959;169-457-59.

15. Young AC. Is routine C.A.T. in epilepsy worthwhile.

Lancet 1982 1446-47.