



LA EPILEPSIA, EN LA REGIÓN DE LOS ALTOS SUR DE JALISCO.

Leonardo Eleazar Cruz Alcalá^a, Diana Cruz Martín del Campo^a, Roberto Núñez Hurtado^a, Edgar E. Cruz Martín del Campo^a,

^aCentro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara, cual@tepa.com.mx

RESUMEN.

Se trata de un estudio retrospectivo donde se analizaron 543 expedientes de pacientes con epilepsia, con objeto de evaluar edad de inicio de crisis, género, factores de riesgo, tipo de crisis, examen neurológico, alteraciones electroencefalográficas, así como estudios de imagen y respuesta al tratamiento.

En esta muestra el rango de edad fue entre 1 y 84 años; 47.33% femeninos y 52.67% masculinos; promedio edad de inicio de crisis fue 18 años. Como factores de riesgo: antecedentes de hipoxia perinatal en 15.46% de los pacientes, antecedente de trauma craneal en 6.81%.

El 57.27% tuvieron crisis generalizadas y el 42.73% presentaron crisis focales. Se encontró examen neurológico anormal en el 29.65% de los pacientes. Los hallazgos en el Electroencefalograma fueron descargas focales corticales 41.62%, generalizadas subcorticales 12.34%, multifocales corticales 11.79%, desorganización difusa 10.87%, y normal 4.97%, y en el 31.66% los estudios de imagen fueron anormales. Se encontró un buen control de crisis en 84.9%, promedio de tiempo con tratamiento de 37.83 meses, la media sin crisis fue de 24.92 meses.

1. INTRODUCCIÓN.

La epilepsia se define como una afección crónica, de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes causadas por una descarga neuronal excesiva e hipsincrónica a nivel cerebral asociada a manifestaciones clínicas y paraclínicas.

La nueva definición de la ILAE (1) es: trastorno cerebral caracterizado por una predisposición duradera a generar crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición. Una sola crisis puede ser suficiente para confirmar el diagnóstico.

Se manifiesta en todas las edades: 76.8% de los casos se presenta antes de la adolescencia, 16.3% aparece en el adulto joven, 5.2% corresponde a adultos y 1.7% a ancianos. Su frecuencia es significativa y exige un diagnóstico de certeza a fin de evitar un tratamiento médico prolongado, por las complicaciones graves a corto, mediano y largo plazo.

Los estudios epidemiológicos señalan que hay 2 picos en la curva de distribución por edades de aparición de la epilepsia. El primero está entre los tres primeros años de vida y el segundo durante la adolescencia; 77% de los individuos que padecen epilepsia ha tenido su primera crisis antes de los 20 años de edad. (2)

En estudio previo realizado en la Ciudad de Tepatitlán, Jalisco se encontró una prevalencia de Epilepsia de 6.8 casos por cada mil personas en la población, cifras similares a las reportadas en países tales como Japón, Francia, Estados Unidos y México. (3)

2. TEORÍA.

La epilepsia puede ser de causa genética (conocida o presumida), también llamada idiopática, también pueden ser Criptogénicas, las cuáles ocurren en aquellos individuos sin un desorden identificable o una anomalía asociada con un incremento en el riesgo de epilepsia o Secundaria



a diferentes procesos que pueden afectar la actividad cerebral, también se le conoce como sintomática, en ella se puede identificar una causa desencadenante (por ejemplo lesiones traumáticas cerebrales, lesiones vasculares, tumorales, infecciosas, atrofas, malformaciones o trastornos de la estructura de la corteza cerebral).

La adquisición de conocimiento de la historia natural de la epilepsia, nos permite tanto evaluar las diferentes estrategias de tratamiento, así como establecer el pronóstico más adecuado para los pacientes con epilepsia.

Las crisis epilépticas (CE) dependiendo del sitio de descarga, se manifiestan por alteraciones motoras, sensoriales, autonómicas, de la conciencia o psíquicas.

Los factores que intervienen para un diagnóstico pobre incluyen una alta densidad de crisis iniciales, etiología sintomática y presencia de anomalías cerebrales estructurales, las cuales se espera sean identificadas lo más temprano posible.

Entre los pacientes que han tenido remisión, muchos permanecerán libres de crisis después de que el tratamiento con drogas antiepilépticas se ha suspendido, sugiriendo que la crisis subyacente sea generada por factores que han remitido.

Una evidencia derivada de investigaciones de países pobres donde el tratamiento con drogas antiepilépticas no es fácilmente disponible, indica que una remisión espontánea puede ocurrir en cerca del 30% de los casos. Observaciones de estos recursos complementarios sugieren que, en algunos niveles de la población, el pronóstico de nuevos diagnósticos de epilepsia puede estar ampliamente categorizados en 3 grupos: remisión sin tratamiento, remisión solo con tratamiento, y crisis persistentes a pesar del tratamiento. (4)

3. PARTE EXPERIMENTAL.

Objetivo: Conocer las características clínicas, electroencefalográficas, etiológicas, así como los principales hallazgos en el examen neurológico de los pacientes con Epilepsia, así como evaluar la respuesta al tratamiento tomando en cuenta tiempo máximo sin crisis y el número de meses con tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, de una base de datos: 755 expedientes de pacientes con epilepsia, de los Altos Sur de Jalisco. Las variables a estudiar fueron: edad, género, ocupación, antecedentes familiares de epilepsia, antecedentes personales, edad de inicio de crisis, tipo de crisis, hallazgos de EEG y de imagen, tratamiento recibido y respuesta al mismo, tiempo máximo sin crisis y duración del mismo.

Resultados: Tamaño de muestra 543 casos, media de edad 24 años, rango de edad entre 1 y 84 años; 47.33% femeninos y 52.67% masculinos; de ocupación diversa, estudiantes 32.60%, amas de casa 19.52%; el 25.60% con antecedente de familiar de epilepsia.

Antecedentes de hipoxia perinatal en 15.46% de los pacientes, antecedente personal patológico de trauma craneal en 6.81%.

El promedio edad de inicio de crisis fue 18 años.

Respecto al tipo de crisis (de acuerdo a la clasificación de la ILAE del 2001)(5), se encontró que el 57.27% tuvieron crisis generalizadas, siendo no convulsivas en el 5.52% (4.6% ausencias típicas y 0.92% ausencias atípicas) y convulsivas en el 51.75% de los pacientes; el 42.73% presentaron crisis focales (13.44% Crisis focales secundariamente generalizadas, 11.42% Crisis focales sensoriales, 9% Crisis focales motoras con automatismos típicos temporales, 5.34% Crisis focales motoras, 3.53% Crisis focales con síntomas experienciales).

Se encontró examen neurológico anormal 29.65%: retraso mental 11.42%, déficit motor 7% e hiperreflexia miotática 4%, fueron los datos más frecuentes.

Hallazgos en el Electroencefalograma: descargas focales corticales 41.62%, generalizadas subcorticales 12.34%, multifocales corticales 11.79%, desorganización difusa 10.87%, y normal 4.97%. (Ver ejemplo en figura 1)



Figura 1. Descargas de espiga onda 3 Hz.

Estudios de imagen: El 31.66% fueron anormales: cisticercosis cerebral 11.97%, EVC 4.42%, esclerosis del lóbulo temporal 3.13% y diversos tumores 2.39%, fueron de las alteraciones más frecuentemente encontradas (Ver ejemplo en figura 2).

Fármacos más utilizados: Valproato (38.49%) Fenitoína (21%), y Carbamazepina (16.21%), se encontró un buen control de crisis en 84.9%, promedio de tiempo con tratamiento de 37.83 meses, la media sin crisis fue de 24.92 meses.



Figura 2. Tomografía de cráneo con cisticercos.

4. CONCLUSIONES.

En el presente trabajo, donde se estudiaron pacientes con epilepsia, no se encontraron diferencias significativas en relación al género de los pacientes, ya que el 52.57% fueron masculinos y el restante 47.43% del género femenino, el promedio de edad fue de 24 años, logrando establecer la causa de la epilepsia en el 63% de los pacientes, existen reportes de otros autores en que se ha logrado establecer la etiología entre el 39 y 83% de los casos, esto varía de acuerdo a la metodología aplicada. (6-10)



En nuestro estudio se catalogó como Epilepsia Idiopática al 27.25% de los pacientes, y como Epilepsia Criptogénica al 19.89%, como factor etiológico se determinó en primer lugar a la Hipoxia Perinatal (15.47 %) y como segunda causa a la cisticercosis cerebral en el 11.97%, siendo la enfermedad vascular la tercera causa específica de la epilepsia. Respecto al tipo de crisis encontramos que las generalizadas fueron las principalmente encontrada con un 57.67%, las crisis focales se encontraron en el 42.33%, lo cual difiere a lo reportado por otros autores como Carreiro y cols. (11), quienes señalan que en sus pacientes predominaron las crisis focales en 56.85% contra el 43.15% con crisis generalizadas.

En estudios españoles recientes se encontró que la etiología de la epilepsia predominantemente se muestra sintomática en un 66.7% de casos, criptogénica en el 26.7% e idiopática en un 6.7%, esto en un estudio realizado en niños epilépticos durante el primer año de vida. Además se encontró que el 63.3% de los pacientes presentaban epilepsias generalizadas, un 28.3% epilepsias focales y en el 8.3% restante eran epilepsias de localización indeterminada. El síndrome de West (30%) junto con las epilepsias focales sintomáticas (23.3%) y las epilepsias ligadas a síndromes específicos (16.7%) eran las epilepsias y síndromes epilépticos de mayor prevalencia en este intervalo de edad. (12)

En relación a las alteraciones electroencefalográficas el principal grupo de alteraciones encontradas en nuestro estudio, correspondió a las descargas focales corticales con un 41.62%, sin embargo sumando los cambios de desorganización difusa con las descargas generalizadas y las multifocales, podemos apreciar que si existe correlación clínico- electroencefalográfica, tomando en cuenta el patrón de crisis predominantes encontradas en este estudio.

Como se puede apreciar en los resultados, en esta revisión se encontró un buen control de las crisis epilépticas en el 84.9% de los pacientes lo cual se considera elevado, ya que Kwan y Brodie reportan un 68% de buen control en los pacientes con epilepsia, utilizando uno o varios fármacos. (13)

La explicación para esta diferencia puede estar en relación a que es una consulta neurológica privada y aunque se ve pacientes con diferentes tipos de crisis, por lo general los síndromes epilépticos que son más difíciles de controlar, tienden a acudir a las instituciones públicas de salud, precisamente por lo complicado en su manejo y que por lo general requieren de 2 o 3 fármacos antiepilépticos para su control, que por lo general no es bueno.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W y cols. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005; 46: 470-472.
2. González F, Concordancia Electroencefalográfica-tomográfica en pacientes pediátricos con epilepsia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46(3):261-266.
3. Cruz-Alcalá LE., Vásquez JL., Prevalencia de algunas enfermedades neurológicas en la Ciudad de Tepatitlán, Jalisco, México. *Rev. Mex. De Neuroci.* 2002; 3(2) 71-76.
4. Kwan P, Sander JW. The natural history of Epilepsy: an epidemiological view. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2004; 1376-1381.
5. Engel J, Jr. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia* 2001; 42: 796-803.
6. De Bittencourt PRM, Adamolekun B, Barucha N, Carpio A, Hernández-Cossio O, Danesi MA, et al. Epilepsy in the tropics. I. Epidemiology, socioeconomic risk factors and etiology. *Epilepsia* 1996; 37: 1121-7.
7. Rogel-Ortiz FJ. Epilepsia en el adulto. Un estudio prospectivo de 100 casos. *Gac Med Mex* 1999; 135: 363-8.



8. Santos S, Mauri JA, López del Val J, Tejero C, Morales F. Epilepsia sintomática: revisión de 208 pacientes. Rev Neurol 1999; 28: 846-9.
9. Granieri E, Rosati G, Pavoni M, Paolino E, Pinna L, Monetti VC. A descriptive study of epilepsy in the District of Copparo, Italy, 1964-1978. Epilepsia 1983; 24: 502-14.
10. Ettinger AB, Shinnar S. New-onset seizures in an elderly hospitalized population. Neurology 1993; 43: 489-92.
11. Simone Carreiro Vieira and Cols. First Unprovoked Seizure: Clinical and Electrographic Aspects J Epilepsy Clin Neurophysiol 2006; 12(2):69-72.
12. T. Durá-Travé y cols. Epilepsias y síndromes epilépticos durante el primer año de vida. Rev Neurol 2009;48 (6):281-284.
13. Kwan P, Brodie MJ. Drug treatment of epilepsy: when does it fail and how to optimize its use? CNS Spectr 2004; 9: 110-119.