PRIMERA CRISIS EPILEPTICA

Rosa Arteaga Manjón-Cabeza

DEFINICION Y DELIMITACION CONCEPTUAL

Se entiende por primera crisis epiléptica o crisis epiléptica aislada o única, la primera manifestación paroxística de naturaleza epiléptica, es decir, aquella cuya sintomatología clínica tiene como origen una alteración paroxística de la actividad neuronal.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El 15% de los niños menores de 15 años van a padecer trastornos paroxísticos, distribuidos aproximadamente del siguiente modo: 10% son tratornos paroxísticos no epilépticos, 3 a 4% son convulsiones febriles, y 1 a 1,5% son crisis epilépticas, la mitad de ellas con carácter único, que es lo que aquí se trata, la otra mitad con carácter recidivante, que ya define a la epilepsia.

TIPOLOGÍA CLÍNICA

Los tipos de manifestaciones clínicas son tan variados como los tipos reconocidos de crisis epilépticas: parciales –elementales, complejas, secundariamente generalizadas, espasmos, crisis acinéticas, mioclonías, ausencias, crisis tónicas, crisis tónico-clónicas generalizadas sin origen focal.

La primera crisis epiléptica suele ser focal o tónico-clónica generalizada primaria. Los otros tipos de crisis no suelen manifestarse de manera aislada, sino en salvas o con reiteración en el mismo día o en la misma semana, de modo que no suelen considerarse dentro de las crisis epilépticas aisladas.

ETIOPATOGENIA

La crisis epiléptica implica en su definición el ser espontánea, lo que sirve para diferenciarla de las crisis paroxísticas provocadas. La etiología es la propia de las epilepsias, es decir, idiopática, criptogénica y sintomática. Y en todos los casos, subyace una alteración paroxística a nivel neuronal, provocada por un exceso de mecanismos excitadores, un defecto en los mecanismos inhibidores o una alteración en los canales –de sodio, calcio, cloro- dependientes de voltaje.

Aunque la crisis epiléptica debe ser espontánea, en algunos casos se pueden identificar factores desencadenantes o facilitadores, como la deprivación de sueño, el cansancio o determinados estímulos luminosos.

FACTORES DE RIESGO DE RECURRENCIA

De manera general, puede estimarse que el 50% de los niños que padece una crisis epiléptica, tendrá una recidiva en los próxi-

mos meses. El riesgo de recidiva es mayor en las siguientes circunstancias:

1. Factores relacionados con el pacientes
   - Edad inferior a los 2 años al padecer la crisis
   - Exploración neurológica anormal
   - Retraso mental
   - Convulsiones febriles previas
2. Factores relacionados con la etiología
   - Antecedentes familiares de epilepsia
   - Hallazgo de un factor etiológico (crisis epiléptica sintomática)
3. Factores relacionados con la crisis
   - Crisis parcial
   - Crisis de larga duración
   - Inducida por un factor desencadenante
4. Factores relacionados con el electroencefalograma
   - Actividad paroxística en el registro EEG

DIAGNÓSTICO

Los elementos que ayudan a identificar como epiléptico el episodio paroxístico son los siguientes:

1. Anamnesis:
   - Familiar: epilepsia en parientes de primer y segundo grado
   - Personal: embarazo, parto, período neonatal, desarrollo psicomotor, convulsiones febriles, episodios paroxísticos de algún tipo
   - De la crisis: esta información debe ser exhaustiva, obtenida de los testigos oculares de la crisis, investigando posibles factores desencadenantes de la misma, pródromos, manifestaciones clínicas con todo detalle (hipotonía, hipertonía, opistótonos, mioclonías, trismo, enuresis, convulsiones focales o generalizadas, desviación cefálica, desviación ocular, sialorrea, afectación de la conciencia, mordedura de la lengua, etc), duración de las manifestaciones críticas propiamente dichas, características del período posterior a la crisis (vómito, sueño, cefalea, parestesias, paresias, desorientación, amnesia, tiempo transcurrido hasta la normalización, etc).
2. Exploración clínica:
   - General
   - Neurológica detallada: pares craneales, tono muscular, motilidad, coordinación, sensibilidad , reflejos, psiquismo, inteligencia
   - Fondo de ojo en casos concretos
3. Electroencefalograma:
   - En vigilia, con ojos cerrados, si la edad y la colaboración del niño lo permiten
   - Durante el sueño espontáneo, tras deprivación del mismo:
     - cuando el niño es pequeño o no permanece en reposo
     - cuando el EEG de vigilia es normal y la anamnesis es muy sugestiva del origen epiléptico de la crisis

Hay que ser muy cautos, porque detectar alteraciones paroxísticas focales o generalizadas en el EEG subraya el origen epiléptico de la crisis, pero en modo alguno dicho hallazgo debe motivar el diagnóstico de epilepsia que, por definición, requiere del padecimiento de dos o más crisis epilépticas.

4. Otros estudios complementarios (cardiológico, neurorradiología, bioquímica, valoración psicológica, etc) en casos individuales, en general en casos

excepcionales tras la primera crisis epiléptica

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La anamnesis, la exploración clínica y las pruebas complementarias (EEG y ECG, fundamentalmente) son las que sirven para establecer el diagnóstico definitivo, después de valorar la posibilidad de otros diagnósticos, como:

1. **Síncope vasovagal reflejo**, diagnóstico que se plantea especialmente cuando se trata de un síncope convulsivo o con relajación de esfínteres. El síncope es la causa más frecuente de error diagnóstico con la crisis epiléptica, concretamente en niños escolares y en adolescentes
2. **Crisis respiratoria afectiva** (espasmo del sollozo), pálida o cianótica, desencadenados por factores muy característicos
3. **Síncope cardíaco** en niños con cardiopatías o trastornos del ritmo
4. **Síncope febril o convulsión febril**
5. **Trastorno paroxístico durante el sueño**, especialmente el terror nocturno
6. **Primera crisis de migraña acompañada** de síntomas neurológicos
7. **Crisis psicógena** o histérica
8. **Crisis provocada o secundaria** a meningoencefalitis, traumatismo craneoencefálico, intoxicación, hipoglucemia, enfermedad hepática, etc

ACTITUD TERAPÉUTICA

El tratamiento agudo de la primera crisis no suele plantearse, puesto que dicha crisis habitualmente se autolimita y cede espontáneamente. El problema se plantea posteriormente, cuando ya se ha establecido el diagnóstico definitivo de primera crisis epiléptica.

La actitud terapéutica en la actualidad es **no comenzar el tratamiento antiepiléptico crónico**, por los motivos siguientes:

1. Se trata de una crisis epiléptica aislada, no de una epilepsia
2. El riesgo de una nueva crisis, en cuyo caso se hablaría de epilepsia, aproximadamente es del 50%, es decir, que el niño tiene tantas probabilidades de padecer la segunda crisis epiléptica como de no tener ninguna más en toda su vida.
3. Los fármacos antiepilépticos no son inocuos y conllevan el riesgo de efectos adversos
4. Un tratamiento de varios años de duración repercute negativamente en la calidad de vida del niño y en la de su familia
5. A largo plazo, la evolución de los niños tratados a partir de la segunda crisis epiléptica es análoga a la de los niños en los que se instaura el tratamiento crónico después de la primera crisis
6. A los padres se les debe facilitar canuletas de diacepam, de 5 mg para niños menores de 2 años y de 10 mg para los mayores de 2 años, para que las administren inmediatamente por vía rectal en caso de recidiva

Esta información debe ser facilitada a los padres, y al paciente si tiene edad para ello, por ejemplo si se trata de un adolescente. Después de recibirr esta información, se decide de manera consensuada la actitud terapéutica, aunque en ella debe influir necesariamente la actitud del médico contraria a iniciar un tratamiento crónico, salvo en casos excepcionales, como en los niños con dos o más factores de riesgo de recidiva. Por ejemplo, un niño de 18 meses

con parálisis cerebral que padece una crisis convulsiva focal de 15 minutos de duración. En este caso debe informarse de que el riesgo de recidiva va a ser superior al 50%, en torno al 75-80%, de modo que el instaurar el tratamiento antiepiléptico crónico puede ser lo más razonable.

Evidentemente, en los niños en los que se decide no iniciar el tratamiento crónico, no deben hacerse controles clínicos ni del EEG, salvo en el caso de que padezcan la segunda crisis.

BIBLIOGRAFIA

1. Arteaga R, Herranz JL. Factores pronósticos y actitud terapéutica tras la primera crisis epiléptica. En: Herranz JL, Armijo JA (Editores). Actualización de las epilepsias II. Barcelona: EDIDE; 1993: 63-80.

2. Campistol J. Cuándo debe iniciarse el tratamiento antiepiléptico crónico. Rev Neurol 1997; 25: 350-355.

3. Herranz JL. Episodios paroxísticos neurológicos durante la infancia. Distinciones Sandoz Nutrición 1992, Barcelona; 1993: 533-570.

4. King MA, Newton MR, Jackson GD et al. Epileptology af the first-seizure presentation: a clinical, electroencephalographic, and magnetic resonance imaging study of 300 consecutive patients. Lancet 1998; 352: 1007-1011.

5. Martinovic Z, Jovic N. Seizure recurrence after a first generalized tonic-clonic seizure in children, adolescents and young adults. Seizure 1997; 6: 461-465.

6. McLachlan RS. Managing the first seizure. Can Fam Physician 1993; 39: 885-893.

7. Onsurbe I, Marco J, Sánchez A. Primera crisis epiléptica espontánea en la infancia. Riesgo de recidiva y factores pronósticos. Rev Neurol 1999; 28: 761-765.

8. Shinnar S, Berg AT, Moshe SL, et al. The risk of seizure recurrence after a first unprovoked afebrile seizure in childhood: an extended follow-up. Pediatrics 1996; 98: 216-225.

9. Stroink H, Brouwer OF, Arts WF, et al. The first unprovoked, untreated seizure in childhood: a hospital based study of the accuracy of the diagnosis, rate of recurrence, and long term outcome after recurrence. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1998; 64: 595-600.

NOTAS