



EPILEPSIA

Coordinadora: DRA. CLARA CABEZA ÁLVAREZ

**Neurología
IMI Toledo**

Se conoce por epilepsia la aquella condición en la que una persona tiene la tendencia a sufrir ataques epilépticos de repetición. En la realidad, afortunadamente esto no es así ya que, en la mayoría de las epilepsias, se controlan las crisis e incluso se curan con el tratamiento adecuado, sea éste médico o quirúrgico. Es muy frecuente aunque no tiene porque afectar nuestra vida.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA

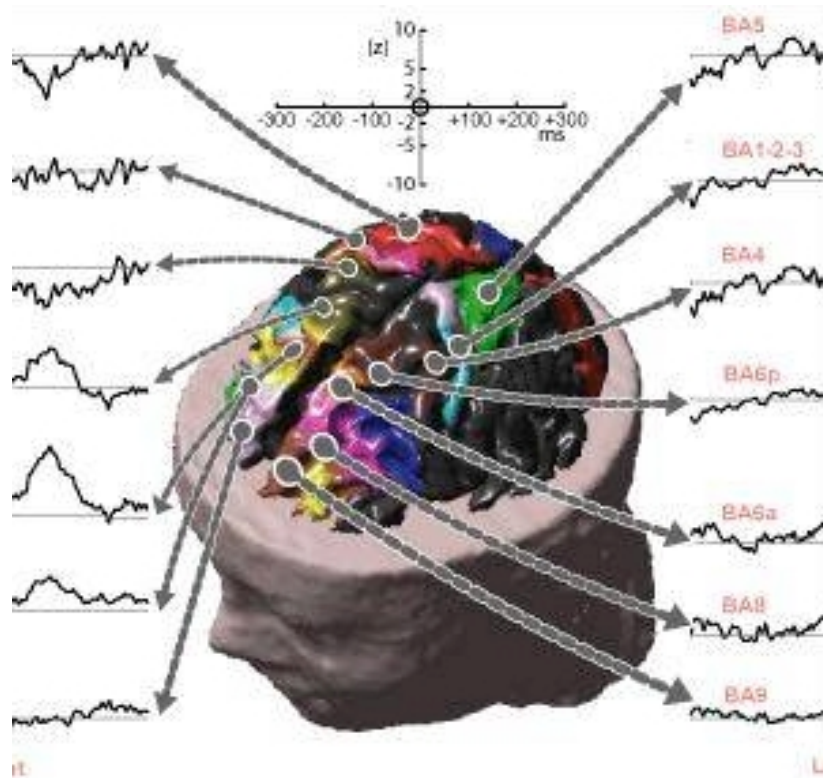
Su incidencia está alrededor de 80 casos por 100.000 habitantes al año. Su prevalencia está entre 5 y 10 casos por 1.000 o, lo que es lo mismo, casi uno de cada 100. Además, si incluimos aquellas personas que pueden tener un solo ataque epiléptico, una de cada dos personas podrán, a lo largo de su vida presentar un ataque, aunque la mayoría de las veces no llegará a tener una epilepsia. Esto significa que a su alrededor hay personas que realizan una vida normal y han tenido ataques epilépticos o tienen una epilepsia controlada.

TIPOS DE CRISIS EPILEPTICAS

Las crisis epilépticas son la manifestación clínica de una actividad cerebral anómala con una excesiva activación de un grupo de neuronas cerebrales.

No todas las crisis epilépticas son Epilepsia.

Esto sucede con las CRISIS AGUDAS SINTOMATICAS (aquellas que se producen en relación con un proceso subyacente como una infección, una intoxicación o un traumatismo), LAS CRISIS FEBRILES (frecuentes en niños) O LAS CRISIS UNICAS (sin causa determinable y que no se repiten). En estos casos es muy importante un diagnóstico adecuado para tratar la causa si la hubiera y, sobre todo para no diagnosticar erróneamente una epilepsia, con las implicaciones médicas, sociales y laborales que tiene.



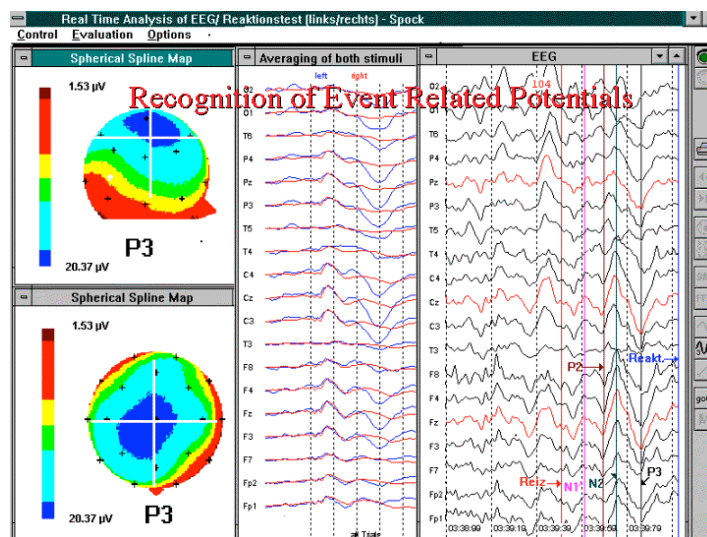
Por otro lado, las crisis epilépticas pueden ser de varios tipos:

- AUSENCIAS, típicas o atípicas (con desconexión, mirada fija y/o movimientos de cara y manos).
- TÓNICAS, con rigidez y/o torsión de tronco o extremidades.
- CLÓNICAS o convulsivas, con movimientos repetitivos de contracción y extensión de extremidades.
- TONICO-CLÓNICAS, cuando hay una combinación generalmente alternante de la contracción y la convulsión.

Además, según se inicie la actividad anómala en una zona o ésta se produzca simultáneamente en todo el cerebro hablaremos de una crisis FOCAL O GENERALIZADA.

DIAGNOSTICO EN EPILEPSIA

- HISTORIA CLÍNICA, Sigue siendo el elemento más importante en el quehacer médico. En el caso de la epilepsia es muy importante la entrevista con el paciente y, sobre todo, con el testigo de las crisis, ya que si se produce pérdida de conciencia el paciente no suele saber lo que le ha pasado.
- EXPLORACION FÍSICA, tanto general como neurológica, en busca de procesos asociados, tanto sintémicos como neurológicos.



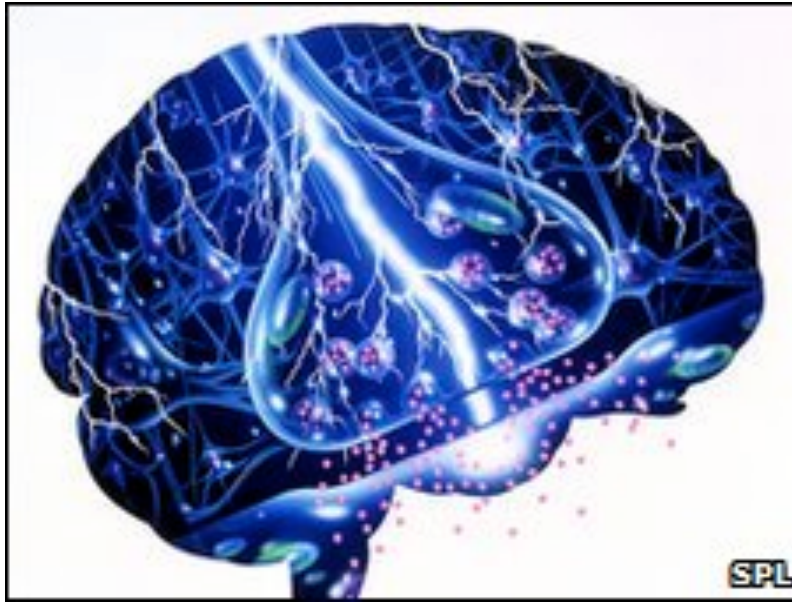
- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS, sirven para confirmar el diagnóstico y afinar más el tipo de crisis. También puede ser útil para despistaje de PSEUDOCRISIS (cuadros clínicos similares que no son crisis comiciales). Fundamentalmente consisten en una prueba de imagen (preferentemente RMN Cerebral) y en estudios neurofisiológicos (EEG basales, EEG con privación de sueño, EEG de sueño diurno o nocturno y Monitorización prolongada Video-EEG).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA EPILEPSIA

Existen una serie de procesos que hay que valorar antes de diagnosticar una epilepsia:

- Pseudocrisis o crisis no epilépticas
- Síncopes
- Mareos
- Crisis de ansiedad, crisis de pánico, psicosis
- Intoxicaciones por drogas o tóxicos
- Amnesia Global Transitoria
- Accidente Cerebrovascular Agudo
- Migraña / Jaqueca
- Cataplexia
- Parasomnias y otros trastornos del sueño
- Episodios de Hipertensión Intracraneal
- Vértigos y otros desórdenes vestibulares
- Movimientos anormales
- Drop Attacks
- Otros

En la mayoría de los casos la historia clínica orientará el diagnóstico y generalmente al final del proceso se podrá establecer una sospecha diagnóstica bastante aproximada, con la ayuda de las exploraciones complementarias. Solo en un pequeño porcentaje de pacientes será imposible hacerlo y deberá ser la evolución y la respuesta al tratamiento la que confirme el diagnóstico.



TRATAMIENTO Y EVOLUCION

Una vez establecido el diagnóstico y el tratamiento farmacológico, el 80% de los pacientes se controla satisfactoriamente e incluso llega a prescindir del mismo pasado un tiempo. Para aquellos que no se controlen y puedan desarrollar una epilepsia resistente a fármacos, se aconseja la derivación a un Neurólogo experto en Epilepsia, que completará el estudio, ajustará el tratamiento y, en su caso, derivará al paciente a una unidad especializada para valoración y tratamientos más complejos.

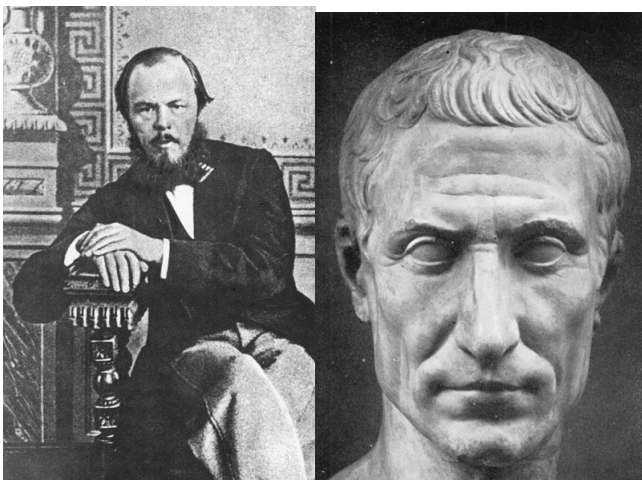
Los tratamientos principales serían:

- Medidas higiénico-sanitarias: sueño, actividades, alcohol...
- Farmacológico, con medicación antiepiléptica en monoterapia o politerapia
- Intervención Quirúrgica curativa o paliativa, cuando lo anterior falla. Solo es posible en casos seleccionados de epilepsia resistente a tratamiento.
- Estimulación Vagal, Generalmente como medida paliativa cuando no es posible o han fallado otras medidas terapéuticas.

Después de todo lo expuesto, si usted ha tenido un ataque epiléptico debe ser optimista porque es muy probable que pueda hacer una vida normal, con o sin tratamiento, e incluso que no sea usted epiléptico.



Recuerde que grandes personajes de la historia han tenido epilepsia y ello no les ha impedido brillar en su mundo.



F. M. Dostoevsky y Julio Cesar, entre otros, fueron personas que padecieron epilepsia y alcanzaron gran relevancia y prestigio en su época.

Para más información puede consultar :



www.sen.es

www.epilepsia.sen.es