

ACTITUD EN LA PRIMERA CRISIS CONVULSIVA

Attitude in the first seizure

Josemar Marchezan,¹ Lygia Ohlweiler,² Maria Isabel Bragatti Winckler,²
Josiane Ranzan,² Michele Michelin Becker,² Rudimar Riesgo.³

¹Neuropediatra, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Servicio de Pediatría (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil (UFRGS);

²Neuropediatra, Preceptor Residência Neuropediatria, HCPA, UFRGS; ³Neuropediatra, Chefe Neuropediatria HCPA, Professor Medicina, UFRGS

RESUMEN. No hay consenso en la literatura sobre la conducta de la primera crisis convulsiva. En este tema existen cuatro los puntos claves: 1) el riesgo de recurrencia, 2) cuando hacer el EEG; 3) cuando hacer RMN; 4) cuando iniciar tratamiento. En aproximadamente 50% de los casos puede haber recurrencia. Según la mayoría de las publicaciones, se debe realizar el EEG en todos los niños que presentan crisis convulsivas no provocadas. La RMN cerebral no es mandatorio para todos los casos, de vez que apenas unos 2-4% de los exámenes de imagen hechos después de convulsiones resultaran en intervenciones específicas. Ambos exámenes, juntamente con la evaluación clínica, pueden auxiliar la decisión de iniciar o no el tratamiento. El comienzo de los FAE deben tener en cuenta la relación riesgo / beneficio del tratamiento en relación al riesgo de recurrencia y morbilidad de las crisis convulsivas, aunque la decisión debe ser individualizada.

Palabras Clave: Convulsiones, Electroencefalografía, Epilepsia.

INTRODUCCIÓN

Las crisis convulsivas son uno de los trastornos neurológicos más comunes en la infancia. Se definen como una descarga neuronal paroxística anormal manifiesta clínicamente por trastornos motores, sensoriales, autonómicos y de comportamiento.¹ Aproximadamente 120.000 niños tienen la primera crisis convulsiva en los Estados Unidos cada año.² Un por ciento de los niños tendrán una convulsión febril hasta los 14 años, y más del 50% de las personas epilépticas tienen la primera crisis convulsiva durante la infancia o en la adolescencia.³ Este primer evento genera ansiedad para padres y niños.^{4,5,6}

El primer paso en la valoración y manejo de una crisis convulsiva es determinar la causa, que hasta el 30% son provocadas,⁷ es decir, tienen un gatillo específico que las desencadena. Por el contrario, las convulsiones no provocadas son aquellas donde no hay un precipitante evidente que puede haber causado la crisis. Entre los posibles desencadenantes están la fiebre, infección del Sistema Nervioso Central (SNC), trauma cráneo-encefálico, tumor del SNC, eventocerebro vascular, intoxicación exógena y trastornos metabólicos.⁴ En las crisis provocadas hay necesidad de tratamiento, tanto de la crisis como del factor causal,^{4,8} siendo el riesgo de recurrencia de un 3-10%.⁹ No hay consenso sobre la conducta en la primera crisis convulsiva no provocada,^{4,8} pero temas como el riesgo de recurrencia, la necesidad de realizar un electroencefalograma (EEG) y la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cerebral, bien como la indicación del tratamiento antiepiléptico son puntos clave.⁴

EL RIESGO DE RECURRENCIA

Los estudios prospectivos con niños que presentan la primera crisis convulsiva afebril no provocada evidencian que alrededor del 50% de los casos presentará un nuevo episodio convulsivo.^{10,11} Estos estudios permiten identificar algunos factores de riesgo para la recurrencia. Los pacientes con bajo riesgo de recurrencia serían aquellos que presentaron una crisis criptogénica, que se presenta durante la vigilia, sin alteraciones en el examen neurológico y con un EEG normal. De éstos, el 30% presentarán nueva crisis.^{10,12-14}

Aquellos pacientes con alto riesgo de recurrencia son los que presentaron crisis convulsivas secundarias o remotamente sintomáticas, crisis convulsivas durante el sueño, alteraciones neurológicas y un examen EEG anormal.^{10,12-14} Ramos *et al* encontraron un riesgo muy alto (87% en dos años) de recurrencia en niños con una primera crisis sintomática remota, sobre todo en las personas afectadas por una encefalopatía estática de origen pre o perinatal.¹⁵ Las alteraciones significativas en la RMN se asociaron con la aparición precoz de las crisis en comparación con los niños con RMN normal o sin alteraciones significativas.¹⁶ Winckler y Rotta, en un estudio prospectivo de 2 años con 109 niños de 1 mes a 16 años de vida, encontraron como factores de recurrencia: enfermedad materna durante el embarazo, antecedentes familiares de epilepsia, primera crisis focal, crisis durante el sueño y EEG anormal.¹⁷

ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)

El EEG es un examen no invasivo y de bajo costo, siendo el procedimiento más importante en el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia, cuando se realiza correctamente y este debe ser asociado a una buena historia clínica.¹⁸ La

Dirigir correspondencia a: Rudimar Riesgo, Rua General Rondon, 165 – Casa 13, CEP 91.900-120, Porto Alegre, RS, Brasil. Teléfono +55(51)3508-5545. rriesgo@terra.com.br
Declaración de Conflicto de Interés: Los autores no tienen conflicto de interés que declarar en relación a este artículo.