

Academia Americana de Neurología y la Sociedad Americana de Neurología Infantil recomiendan la realización de EEG en niños que tuvieron crisis convulsivas no febriles.^{6,19,20}

El EEG ayuda a la hora de cuantificar el riesgo de recurrencia, determina si la crisis es focal o generalizada y ciertos síndromes epilépticos pueden ser caracterizados; por lo que podría interferir con la decisión de tratamiento.^{4,6,9} Aunque EEG normales se encuentran en pacientes con RMN alterada,^{20,21} el EEG también puede ser usado como un método de rastreo para la realización de RMN. Si hay anormalidad focal localizada, principalmente ondas lentas, está indicada la prueba de imagen.^{4,9,12} En los pacientes con EEG normal en vigilia, un nuevo examen con la privación del sueño aumenta la detección de picos en 12-31% de los casos.²²⁻²⁴ Los cambios electroencefalográficos son más frecuentes dentro de las primeras 24 horas después de la crisis,^{6,9} especialmente en los ritmos cerebrales de base.²⁵

RESONANCIA MAGNÉTICA (RMN) DEL CEREBRO

La RMN cerebral de urgencia se debe realizar en los niños con déficit focal identificado luego después de una crisis que no mejora rápidamente o no retorne a su comportamiento basal pasadas algunas horas.^{6,9,20} No hay evidencias suficientes para recomendar examen de imagen de rutina para los niños con la primera crisis convulsiva afebril aislada, de vez que sólo un pequeño porcentaje de estos exámenes modificaran la conducta.^{16,20} En realidad, sólo el 2-4 % de estas pruebas resultaran en una intervención inmediata²⁶, y el riesgo de tumor que se presenta como crisis convulsiva afebril es menor del 1%.¹² La mayoría de los pacientes con hallazgos en el examen de imagen que necesitan de tratamiento presentan crisis focales.^{16,26}

Las indicaciones de RMN cerebral no urgente son las siguientes: niños con trastorno cognitivo o motor significativo sin etiología conocida; examen neurológico anormal; crisis convulsivas focales con o sin generalización secundaria; un EEG no compatible con epilepsia parcial benigna de la infancia, o epilepsia generalizada primaria, o niños menores de un año de edad.^{6,12,20,23,26} Hasta un tercio de los niños con la primera crisis convulsiva presentan hallazgos en RMN cerebral. Doescher et al demostraron que hasta un 32.6% de los niños intelectualmente y neurológicamente normales con primera crisis presentaron RMN anormal.^{16,21} Kalmine et al encontraron un 31% de alteraciones, siendo los hallazgos más importantes: ventrículos agrandados (51%), leucomalacia/gliosis (23%), lesiones de la sustancia gris como heterotopías y la displasia cortical (12%), reducción del volumen (12%), otras lesiones de la sustancia blanca (9%) y encefalomalacia (6%).²⁷

El uso de contraste con gadolinio es reservado cuando existe sospecha de tumor, malformación vascular, inflamación o infección previa o después de la evaluación del estudio sin contraste. El uso rutinario de gadolinio promueve pequeña ventaja en los niños con epilepsia. Para niños pequeños, generalmente menores de 7 años, es necesario

sedación o anestesia. En los lactantes, especialmente menores de 3 meses, la sedación puede no ser necesaria si los alimentan antes de realizar el examen de imagen. Idealmente las imágenes deben ser evaluadas por radiólogos con experiencia en imágenes pediátricas.²⁷

EXAMEN FÍSICO, ANALÍTICAS SISTEMÁTICAS Y PUNCIÓN LUMBAR

La mayoría de los niños con la primera crisis no provocada tienen un examen general y neurológico normal. Es importante examinar la piel debido a que muchas enfermedades neurocutáneas que se asocian con epilepsia, como la esclerosis tuberosa, tienen cambios en la piel ya en los niños pequeños. La presencia de hallazgos dismórficos indica la necesidad de la evaluación con el genetista. La hepatomegalia o esplenomegalia en el examen abdominal pueden ser compatibles con los errores innatos del metabolismo o enfermedades del depósito.⁴

Las analíticas sistemáticas (recuento hematológico, glucosa, urea, creatinina y electrolitos) no deben ser realizadas de forma rutinaria, se solicitarán si la clínica o la exploración sugieren que hay que descartar una crisis sintomática aguda, como en el caso de vómitos, diarrea, deshidratación y alteración del estado mental mantenido. Debe ser considerado la determinación de tóxicos, en todos los grupos de edad pediátrica, si hay alguna sospecha de exposición a las drogas o abuso de sustancias.^{4,6,28}

En los niños con una primera crisis la punción lumbar tiene un valor limitado y se debe utilizar principalmente cuando hay preocupación acerca de una posible meningitis o encefalitis. Las indicaciones para la punción lumbar son: los niños menores de 6 meses de edad, el niño de cualquier edad con cambio persistente (de causa desconocida) del estado mental o el fracaso para volver al estado de la actividad de fondo, o cualquier niño con signos meníngeos.^{6,4,29}

TRATAMIENTO

Hasta hace poco tiempo era una práctica común para los profesionales prescribir fármacos antiepilépticos durante un largo periodo después que un niño o adolescente ha sufrido una convulsión única de cualquier tipo. Esta actitud ha experimentado cambios significativos en las últimas dos décadas, dando lugar a un enfoque más conservador para el uso de tratamiento farmacológico.¹ La decisión de comenzar el tratamiento a largo plazo con fármacos antiepilépticos (FAE) debería tener en cuenta el riesgo de una segunda crisis, la eficacia y los efectos secundarios de estos fármacos.^{12,30-32}

El tratamiento con FAE reduce el riesgo de recurrencia de crisis convulsivas hasta el 50%,^{31,32} aunque el uso de FAE después del primer episodio convulsivo no modifica el pronóstico de la epilepsia a largo plazo.^{11,31-35} Por lo tanto, la mayoría de los autores inician tratamiento con FAE sólo después de la segunda crisis.^{10,32,35,36} Al medicar toda crisis soli-