taria se corre el riesgo entre 30 y 70% de tratar a un niño que nunca presentará recurrencia.¹⁰ La mayoría de la primeras crisis convulsivas son de corta duración.^{20,37} Sin embargo, el 10-12% de los niños y los adultos presentaron la primera crisis convulsiva con una duración mayor a 30 minutos.^{31,37,38} La ocurrencia de *status epilepticus* es un factor de gravedad de la epilepsia.¹⁰ El riesgo de recurrencia de este evento varía de 32 a 51%,³⁸⁻⁴⁰ siendo la conducta de la mayoría de los neurólogos iniciar tratamiento cuando la primera crisis caracteriza *status epilepticus*.^{10,41}

Se recomienda iniciar tratamiento precoz agresivo en los casos en que las crisis coloquen en riesgo al niño, como la ausencia en la infancia, que puede estar asociada a accidentes y problemas de aprendizaje.⁴² Otras indicaciones incluyen el riesgo de intratabilidad y la posibilidad de deterioro intelectual causado por ataques recurrentes o la actividad epiléptica, como en los casos de síndrome de Landau-Kleffner, punta-ondas continuas durante el sueño, el síndrome de Dravet, Síndrome de West y Síndrome de Lennox- Gastaut.¹⁰

Al decidir iniciar el tratamiento, la selección de los fármacos antiepilépticos debe ser conducida de acuerdo con el diagnóstico más amplio de síndrome epiléptico, que incluye aspectos relacionados con la edad, desarrollo neurológico, el tipo de crisis, características del EEG, etiología e pronóstico. Debe empezar en monoterapia con fármaco de primera línea apropiado para el tipo de crisis o síndrome epiléptico, inicialmente con una dosis baja y aumentarla gradualmente.^{41,43} El Cuadro 1 muestra los fármacos antiepilépticos de uso común en la infancia.⁴⁴

La elección de un FAE para cualquier paciente con epilepsia recién diagnosticada debe tener en cuenta la eficiencia y eficacia, así como la seguridad, tolerabilidad, farmacocinética, formulaciones y coste de la medicación.⁴⁵ Los fármacos antiepilépticos se pueden dividir en dos grupos: las drogas tradicionales (fenobarbital, fenitoína, carbamacepina, valproato y benzodiazepinas), y los nuevos FAE (lamotrigina, vigabatrina, levetiracetam y topiramato). Mientras que el primer grupo tienen unión a proteínas plasmáticas y el metabolismo hepático, produciendo la inducción o inhibición del sistema P-450, el segundo grupo tiene perfil farmacocinético más adecuado, con baja unión a proteínas plasmáticas, ausencia de inducción o inhibición enzimática y incluso excreción renal sin metabolización.^{46,47} Los datos sobre la eficacia y la tolerabilidad de los antiepilépticos son limitados en la infancia,^{30,45,48} Yilmaza *et al* se han encontrado resultados similares en el uso de medicaciones clásicas (fenobarbital, val-

Cuadro 1. Fármacos antiepilépticos más utilizados en la infancia.*

Fármaco	Dosis	Principal indicación
Fenobarbital	3 a 5mg/kg/día 1 a 2 dosis/día	Convulsiones neonatales Convulsión febril (cuando sea necesario)
Fenitoína	5 a 7mg/kg/día 1 a 2 dosis/día	Crisis parciales <i>Status epilepticus</i>
Carbamacepina	20mg/kg/día 3 dosis/día	Crisis parciales
Oxcarbamacepina	30 a 40mg/kg/día 2 dosis/día	Crisis parciales
Valproato	30 a 60mg/kg/día 2 a 3 dosis/día	Crisis generalizadas
Divalproato	30 a 60mg/kg/día 2 a 3 dosis/día	Crisis generalizadas
Lamotrigina	5 a 7mg/kg/día 2 a 3 dosis/día	Crisis generalizadas Crisis parciales
Vigabatrina	50 a 100mg/kg/día 2 a 3 dosis/día	Síndrome de West sintomático Síndrome de Lennox-Gastaut
Topiramato	5 a 7mg/kg/día 2 a 3 dosis/día	Epilepsia refractaria
Etosuximida	15 a 40mg/kg/día 2 a 3 dosis/día	Epilepsia ausencia
Levetiracetam	60mg/kg/día 2 dosis/día	Crisis parciales Epilepsia mioclónica juvenil

*Adaptado de Rotinas em Neuropediatria, Rotta, Ohlweiler e Riesgo, Artmed:Porto Alegre, 2005, Brasil (Ref. 44).

proato y carbamacepina) y los nuevos fármacos antiepilépticos (oxcarbamacepina y levetiracetam) en período de un año en los niños con epilepsia idiopática recién diagnosticada.³⁰

CONCLUSIÓN

No hay consenso en la literatura sobre la conducta de la primera crisis. La orientación actual de la mayoría de los trabajos es que se debe realizar el EEG en todos los niños que presentan crisis convulsivas no provocadas. La RMN-cerebral no está indicada para todos los niños, pero en algunos casos específicos puede ayudar a medir el riesgo de recurrencia y la necesidad de 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.

BIBLIOGRAFÍA

- Ghofrani M. Approach to the first unprovoked seizure- part I. Iran J Child Neurol. 2013;7(3):1-5.
- Hauser WA, Beghi E. First seizure definitions and worldwide incidence and mortality. Epilepsia. 2008; 49 Suppl 1:8-12.
- Wiebe S, Téllez-Zenteno JF, Shapiro M. An evidence-based approach to the first seizure. Epilepsia. 2008;49 Suppl 1:50-7.
- Chelse AB, Kelley K, Hageman JR, Koh S. Initial evaluation and management of a first seizure in children. Pediatr Ann. 2013;42(12):244-8.
- Save-Pédebois J, Bellavoine V, Goujon E, Danse M, Merdarius D, Dournaud P, et al. Difference in anxiety symptoms between children and their parents facing a first seizure or epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2014;31:97-101.
- Hirtz D, Ashwal S, Berg A, Bettis D, Camfield C, Camfield P, et al. Practice parameter: evaluating a first nonfebrile seizure in children: report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology, The Child Neurology Society, and The American Epilepsy Society. Neuro-