CONVULSIONES EN LA INFANCIA: GENERALIDADES DE EPILEPSIA Y ABORDAJE DE LAS CRISIS FEBRILES

Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora: Neurociencias – Octubre 2019

Ponente*: Dra. Karen Ivette Rodríguez-Treviño*

Redactó*: Diana Margarita Durazo-Durazo*

La epilepsia es un trastorno neurológico caracterizado por una predisposición a sufrir crisis convulsivas y sus consecuentes alteraciones cognitivas, psicológicas y sociales. La epilepsia es el evento de cualidad paroxitica que se presenta con mayor frecuencia en la infancia. Posee un grado alto de heredabilidad con un patrón de herencia multifactorial en el que influyen diversos factores ambientales que, de acuerdo a la susceptibilidad del paciente, contribuyen al desarrollo de una epilepsia.

En México cerca de 1.5 a 2 millones de personas sufren algún tipo de crisis epiléptica y hasta el 76% debutan en edad pediátrica. Cada año se reportan de 400 a 800 casos nuevos por 100,000 niños en México, siendo el género masculino el más afectado.

De acuerdo a la clasificación etiologica de las epilepsias en niños y adolescentes, si tienen un origen demostrable se debe buscar en lactantes una causa estructural, metabólica o inmunológica. Por otro lado, si se trata de una mutación genética, las más comunes son las alteraciones en los genes de los canales de sodio y de potasio.

Los síndromes epilépticos se definen como una serie de manifestaciones que comparten los pacientes con este trastorno. Es así que en la población infantil existen signos y sintomas patonogmonicos de su enfermedad. Por lo que un diagnóstico oportuno ya que tendrán un pronostico o evolución diferente según sea el síndrome. Algunos de los síndromes epilépticos que se pueden ver en la etapa neonatal son la epilepsia familiar neonatal o el síndrome de Ohtahara. En el lactante y en la infancia tenemos principalmente el síndrome de West, el síndrome de Dravet, la epilepsia benigna con puntas centrotemporales, el síndrome de Lennox Gastaut o la epilepsia de ausencia infantil Al hacer un diagnóstico oportuno, pueden tener una buena evolución por responder bien al tratamiento.

Debemos tomar en cuenta que la epilepsia en la infancia tiende a presentarse aunada a comorbilidades. Desde un 70–76% de los niños padecen algún tipo de trastorno o discapacidad que será perjudicial para su vida diaria o en un futuro en el momento en que se diagnostica la epilepsia. Las comorbilidades se dividen muy generalmente en neurológicas, psicológicas o psiquiátricas y físicas. Tanto las neurológicas como las psicológicas o psiquiátricas tienen que ver con el uso de los medicamentos antiepilépticos, el tipo de crisis y el lugar donde está localizado el foco epileptógeno. De las neurológicas lo mas común es un trastorno del desarrollo cognitivo, una discapacidad intelectual o un trastorno de aprendizaje. Las físicas están asociadas al uso de fármacos antiepilépticos y las principales son una pérdida ósea, presencia de hipotiroidismo, síndrome de ovario poliquístico (SOP), cambios en el peso corporal y la presencia de dislipidemias.

Respecto a las crisis febriles, éstas se definen como una crisis que ocurre en un niño en un periodo de edad entre los 6 y 60 meses, en quien se documenta fiebre y se descarta presencia de una infección intracraneal, una alteración metabólica o algún antecedente de crisis sin fiebre. Estas crisis se observan más comúnmente en pediatría. Su prevalencia es de 1 -5% de la población pediátrica, con un pico máximo de incidencia a los 18 a 24 meses de edad. Posterior a los 3 años la incidencia tiende a disminuir mucho. Algunos estudios describen una mayor incidencia en varones en 1,5:1.

La etiología de estas crisis febriles está muy estudiada. No hay una causa específica del por qué se dan en los niños, pero se sabe que es edad dependiente por el grupo de años que se afecta con mayor frecuencia. En ocasiones hay una predisposición genética y los factores ambientales juegan también un papel muy importante. Las crisis febriles se clasifican en simples y complejas. Las crisis simples son las más frecuentes; se caracterizan por una crisis generalizada que involucra pérdida del estado de alerta, síntomas motores tónicos y/o clónicos y una duración de menos de 15 minutos con una frecuencia de una sola crisis en el periodo de 24 horas. El porcentaje de pacientes que la presentan son el 90% y la edad típica es de 6 meses a 5 años. La exploración física después de la crisis es normal y el término de ésta es por un periodo breve de confusión o letargia. Las crisis complejas generalmente son focales, con una dura-

ción de hasta 15 minutos o más con una frecuencia de más de una crisis en 24 horas o más de una crisis por episodio febril; el porcentaje de los pacientes que la presentan son el 10% y estos son niños menores de 6 meses o niños mayores de 5 años. A la exploración física después de la crisis puede haber un déficit neurológico y al término puede haber un periodo posticial prolongado.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, el pico febril es el factor desencadenante; en la mayor parte de los casos se requiere una temperatura de 38º o más para poder desencadenar la convulsión y la mayoría ocurre desde la primera hora a las 24 horas. El diagnóstico febril es clínico y la evaluación inicial va enfocada a determinar la causa de la fiebre o buscar el foco infeccioso, preguntar acerca de la historia familiar respecto a crisis febriles, epilepsias, vacunación reciente y la semiología de las crisis.

Los estudios de laboratorio de rutina no se encuentran indicados a menos que tengamos un paciente con una crisis febril dentro de un cuadro diarreico acompañado de múltiples vómitos. Se debe hacer una evaluación individualizada de cada caso para solicitar los estudios según la sospecha diagnóstica. La punción lumbar se indica en pacientes de 6 a 12 meses de vida en quienes se desconoce el antecedente de vacunación para Haemophilus influenzae tipo b y S. pneumoniae, o bien que el esquema esté incompleto. También es indicada en aquellos pacientes que presentan signos meníngeos u otros hallazgos sugerientes de infección intracraneal. El estudio de imagen, ya sea tomografía o resonancia, generalmente se reserva para pacientes que se tiene la sospecha de una infección, ya sea meningitis o encefalitis, o algún paciente que presente una exploración física anormal. El electroencefalograma se utiliza para los pacientes que tengan una crisis febril de tipo compleja.

Respecto al tratamiento es muy importante en este tipo de casos la educación a los padres, el tratamiento agudo al momento y un tratamiento profiláctico. El tratamiento será objetivamente hacia el proceso infeccioso, ya sea viral o bacteriano. Cuando el paciente llega al servicio de urgencias en periodo ictal lo más utilizado es el diazepam o el midazolam en las dosis indicadas. Si se observa a un paciente que lleva 5-10 minutos con los síntomas de las crisis y no hay una respuesta a las benzodiacepinas, se debe valorar el tratamiento de un estado epiléptico y empezar con el uso de ácido valproico y levetiracetam. El tratamiento profiláctico actualmente se deja reservado para casos muy específicos ya que las crisis febriles en general tienen buen pronóstico, y el uso crónico de antiepilépticos, sobre todo fenobarbital, puede dar síntomas en el desarrollo cognitivo, dificultades de aprendizaje o de lenguaje, entonces el riesgo de utilizar estos medicamentos de forma crónica no sobrepasa el beneficio.

Existen algunos casos especiales asociados a alteraciones genéticas que no poseen tan buen pronóstic; son síndromes familiares con una herencia autosómico dominante (SCN1A, SCN1B y GABRG 2), que tendrán crisis febriles y no febriles de diferentes tipos. La respuesta al tratamiento es variable.

La probabilidad de evolución a epilepsia en pacientes con crisis febriles es de 2 a 7%. Cuando son complejas, recurrentes o cuando la fiebre va muy poco tiempo antes de la crisis, o hay antecedente de anomalías del desarrollo neurológicas, es muy común que se pueda presentar la epilepsia.

Las complicaciones en este tipo de pacientes por lo general son muy raras. La educación que se les da a los padres es muy importante ya que necesitan estar informados sobre cómo actuar ante la presencia de una nueva crisis que se pueda presentar, y explicarles que cuando la crisis es única, la mayor parte de los casos no va a tener ninguna secuela neurológica y la mortalidad es muy baja. Se debe permitir al niño tener una vida normal y ninguna vacuna está contraindicada en estos pacientes.

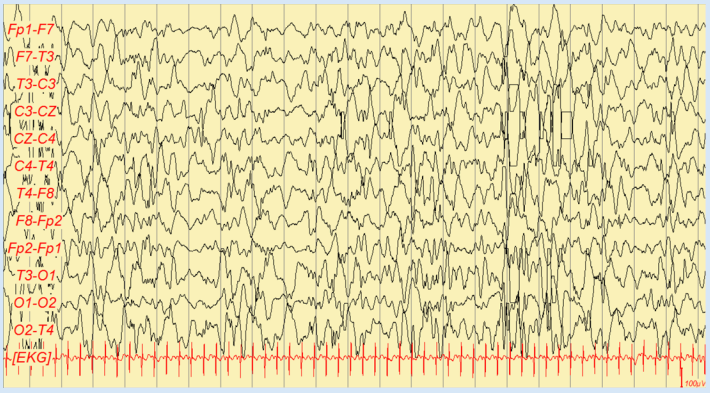

Figura 1. EEG que muestra actividad desorganizada, con picos y ondas de gran amplitud, sin métodos de activación. Esto es compatible con la hipsarritmia, en una paciente de 4 meses de edad diagnosticada con síndrome de West (Autor: Bobjgalindo)