

Primera Crisis Epiléptica en Adultos: ¿Epilepsia o no?

First Seizure In Adults: Epilepsy Or Not?

Mónica Alonso Niño, MD; Mario Montoya Jaramillo, MD

Resumen

Una primera crisis epiléptica es un hecho que impacta la vida de quien la padece y su entorno debido a que se relaciona con la posibilidad de que sea una manifestación de la Epilepsia. Es una de las principales causas de consulta en el servicio de urgencia, por lo cual neurólogos y médicos generales deben tener un conocimiento básico y global de ésta. Sin embargo existen factores (crisis provocada o no provocada, riesgo de recurrencia) que permitirán al clínico diagnosticar con certeza epilepsia con la finalidad de instaurar un tratamiento farmacológico oportuno que reduzca las posibilidades de una nueva crisis además permita resolver las dudas que tienen los pacientes al respecto de esta enfermedad.

Palabras clave: Epilepsia, Convulsiones, primer crisis epiléptica, adulto.(DeCs)

Summary

First epileptic seizure is a fact that impacts the life of who suffers and its environment as a relationship with the possibility of a manifestation of epilepsy. It is one of the main causes of consultation in the emergency service, so neurologists and general doctors must have a basic and global knowledge of this. However, there are factors (provoked or unprovoked seizures, risk of recurrence) that it will allow to diagnose of epilepsy with the aim of establishing a timely pharmacological treatment that reduces the possibilities of a new crisis also to resolve the doubts that patients have regarding this disease.

Keywords: Epilepsy, first seizures, adult (MeSH).

Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 28, N° 3, 2019

Introducción

Se debe resaltar que a partir del año 2014, la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) la define en los siguientes tres escenarios: al menos dos ataques no provocados que ocurren con más de 24 horas de diferencia, un ataque no provocado y una probabilidad de nuevas crisis durante los años siguientes similar al riesgo general de recurrencia (aproximadamente 60% o más) durante los 10 años posteriores tras la aparición de 2 crisis no provocadas, o el diagnóstico de un síndrome epiléptico. En este sentido la acepción de epilepsia incluye a la primera crisis epiléptica (CE), la cual se vuelve un reto para el clínico ya que obliga a una evaluación temprana con gran precisión para evitar el tratamiento innecesario de los pacientes que probablemente no lo necesiten. Teniendo en cuenta que

una primera CE es un hecho traumático para los pacientes con repercusiones físicas y psicológicas que afectan su vida familiar, social y laboral.¹⁻³

Epidemiología

La prevalencia de epilepsia se encuentra reportada entre el 0.5% y 1% de la población. Los estudios indican que todos tenemos un riesgo de padecer una primera CE entre el 8 y el 10% y un 3% tienen riesgo de desarrollar epilepsia. Se estima además, una incidencia de aproximadamente 61 por cada 100,000 personas-año. Siendo la primera CE la responsable del 1% de los ingresos hospitalarios y del 3% de urgencias.^{4,5,6}

Se estima que cerca de 5 millones de personas padecen epilepsia en Latinoamérica y el Caribe. En Colom-

bia no se cuentan con amplias estadísticas al respecto, sin embargo se ha descrito una prevalencia de 11,3 por cada 1.000 habitantes.⁷

Clasificación De La Primera Crisis Epiléptica

Es necesario diferenciar dos condiciones clínicas:

Crisis epilépticas provocadas o sintomáticas: Son crisis que se encuentran en relación temporal con alguna lesión aguda del sistema nervioso central (SNC), pueden ser de origen metabólico, tóxico, estructural, infeccioso o inflamatorio, las cuales después de tratarlas correctamente usualmente no presentan recurrencia. Siendo lo opuesto las **crisis epilépticas no provocadas**.⁸

Se han realizado listados de algunas de las causas más comunes de CE provocadas. Si bien en ocasiones la hipoglucemia puede producir hallazgos neurológicos focales, en general, las convulsiones provocadas se manifiestan con eventos convulsivos generalizados, no convulsiones focales. Por lo tanto, un paciente que presente síntomas que sugieran convulsiones focales (ej. actividad motora focal, confusión transitoria) o convulsiones focales con generalización secundaria debe tratarse como una crisis no provocada. Las convulsiones provocadas por lo general no justifican la terapia anticonvulsivante inmediata. Por supuesto, las convulsiones provocadas pueden repetirse si el paciente se expone nuevamente al agente provocador.¹

Diagnósticos Diferenciales

Es importante distinguir las crisis epilépticas de acontecimientos que pueden simular como lo son el síncope, trastornos del movimiento, crisis psicógenas no epilépticas, accidente cerebrovascular isquémico transitorio (Tabla 1).

Importancia del Riesgo de Recurrencia

Se ha demostrado que la incidencia acumulada de recurrencia de las CE aumenta con el tiempo, y la gran mayoría de las recurrencias se producen dentro del primer y segundo año después de la convulsión inicial, siendo el mayor riesgo en el primer año (es decir, 32% al primer año, comparado con solo 46% a los 5 años).

Los factores que más se han asociado con un mayor riesgo de recurrencia de convulsiones después de una primera CE no provocada incluyen una lesión cerebral previa o una lesión cerebral que causa la convulsión, un EEG con anomalías epileptiformes (caracterizadas por picos u ondas agudas), una anomalía significativa en las imágenes del cerebro y una convulsión nocturna.

- Un accidente cerebrovascular previo como causa de convulsiones se asoció con un aumento de la tasa relativa de recurrencia de ataques en 1 a 5 años de 2,55 (95% intervalo de confianza [IC] 1,44-4,51) en comparación con la de pacientes con ataques de causa desconocida.

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales de crisis epilépticas (4, 5, 7, 8)

ENTIDAD	CARACTERÍSTICA	DIFERENCIA CON LA CRISIS EPILÉPTICA
Crisis Psicogena No Epiléptica	Episodio transitorio de alteración en los movimientos, sensaciones y experiencias vividas que no son secundarios a descargas neuronales hipersincrónicas, sino a un proceso psicopatológico	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad motora ondulante con pausas súbitas - Asincronía de brazos y piernas - Movimientos pélvicos frecuentes - Ojos cerrados y resistencia a la apertura ocular - Reflejos pupilares normales - Duración mayor a 2 minutos - Traumatismo lingual raro (anterior) - Amnesia del episodio
Síncope	Pérdida súbita del estado de conciencia y del tono postural, de duración menor a 60 segundos y puede ser de origen cardíaco o mediado neuralmente. Se caracteriza por ser un episodio transitorio de hipoperfusión cerebral. Puede generar episodios transitorios de movimientos anormales (mioclonias o versión cefálica) lo cual se denomina: síncope convulsivo.	En el año 2002 Sheldon y colaboradores describieron una escala que permite distinguir entre síncope y crisis epilépticas con una sensibilidad y especificidad cercana al 95%. (26)
Accidente Cerebrovascular	Episodio de disfunción neurológica causado por infarto focal cerebral, de la médula espinal o de retina	Uno de los síntomas relativamente frecuentes es un AIT de territorio posterior es la alteración del estado de conciencia, que en algunos casos puede simular una crisis diletéptica. La principal diferencia es la duración del evento, que es relativamente corta para las crisis epilépticas (menor a 2 minutos) y más larga para el AIT (mayor a 2 minutos), así como los factores de riesgo cardiovasculares, que son más frecuentes en el AIT que en pacientes con epilepsia.
Migraña	Cefalea hemicránea, pulsátil, unilateral, acompañado de náuseas o vómitos, sensibilidad a la luz o los sonidos, usualmente muy intenso e incapacitante	La principal diferencia semiológica radica en la duración del aura. En la migraña, las auras son fenómenos transitorios que duran 5-60 minutos y se correlacionan con la onda de depresión cortical, que se propaga a una velocidad de 3mm/min. Las auras de las crisis epilépticas son más cortas, ya que la velocidad de propagación es mayor y usualmente duran menos de 30 segundos.

- Un EEG con anomalías epileptiformes se asoció con un aumento relativo de la tasa de recurrencia de las convulsiones en 1 a 5 años de 2,16 (IC del 95%: 1,07–4,38) en comparación con la de pacientes sin tales anomalías de EEG.⁹
- Imágenes cerebrales anormales se asociaron con un aumento de la relación de riesgo para la recurrencia de las convulsiones en 1 a 4 años de 2,44 (IC del 95%: 1,09 a 5,44) en comparación con la de pacientes sin anomalías en la imagen.¹⁰
- Una convulsión nocturna se asoció con un aumento del riesgo de recurrencia en 1 a 4 años de 2.1 (IC 95% 1.0–4.3) en comparación con una convulsión mientras el paciente estaba despierto.¹¹

Para los adultos que presentan una primera CE no provocada, es probable que el tratamiento inmediato con un fármaco anticonvulsivante en comparación con no ofrecer ningún tratamiento reduzca el riesgo absoluto en aproximadamente un 35% para una recurrencia de convulsiones dentro de los 2 años posteriores.^{3,9,12-14}

Es de gran ayuda el uso de escalas predictoras de recurrencia de convulsiones posterior a una primera CE.¹⁴

Paraclínicos Que Orientan

Las evaluaciones de laboratorio apropiadas para la evaluación de una primera crisis epiléptica incluyen hemograma e ionograma completo, glicemia, pruebas de función renal, pruebas de función hepática, análisis de orina y exámenes toxicológicos, aunque la probabilidad de encontrar una anomalía relevante en los pacientes no seleccionados es baja.

Por lo general, se realiza una prueba de embarazo en mujeres en edad fértil ya que el embarazo puede afectar las decisiones de evaluación y tratamiento.

El electrocardiograma (ECG) se debe realizar en todos los pacientes con pérdida de conciencia, ya que el síncope cardiogénico se puede manifestar como una crisis hipóxica secundaria. El objetivo del ECG es identificar las características que pueden sugerir una arritmia cardíaca como causa de síncope, como los síndromes QT prolongados adquiridos o congénitos.

Otras anomalías de laboratorio que pueden presentarse después de una convulsión como creatinfosfoquinasa elevada (CPK), cortisol, recuento de glóbulos blancos, lactato deshidrogenasa y enolasa específica de neuronas son inespecíficas y generalmente no útiles.^{15,16}

La punción lumbar junto con el análisis del líquido cefalorraquídeo tendría indicación en el contexto de una probable etiología infecciosa o inflamatoria del sistema nervioso central, sin embargo su nivel de evidencia es controvertido.^{17,18}

El Papel Del Electroencefalograma (EEG) y La Neuroimagen.

Los principales predictores de recurrencia son la etiología sintomática y la presencia de descargas epileptiformes en el EEG, el cual es altamente específico pero se ha descrito que la sensibilidad de un EEG de rutina después de una primera convulsión no provocada es limitada, con un rango de 25 a 50%. Registros más largos o grabaciones durante el sueño aumentan el rendimiento a 50–75%.

Su principal función radica en:

- Determinar el riesgo de recurrencia individual
- Reconocer un síndrome epiléptico específico

Respecto a la neuroimagen es de resaltar que:

- Detectan el 10% de las causas
- Toda persona mayor de 18 años con primera crisis debe tener una neuroimagen
- La resonancia magnética cerebral es superior a la TAC ya que permite una mejor caracterización de lesiones focales.^{3,7,8}

¿Cuándo Está Indicado el Tratamiento Con Fármacos Anticonvulsivantes?

La manera más práctica de decidir cuándo se debe iniciar manejo farmacológico a una primera CE es conociendo el riesgo de recurrencia.¹⁴ Cuando el riesgo de recurrencia es moderado o alto, el potencial beneficio de iniciar tratamiento médico inmediato es significativo. Aunque el uso de estas escalas resulta útil, siempre se debe tener en cuenta que existen muchas otras variables (entorno familiar y social, comorbilidades médicas asociadas, adherencia al tratamiento, disponibilidad de medicamentos, entre otras). El objetivo general del tratamiento es mantener al paciente libre de crisis, mejorar su calidad de vida y evitar los efectos adversos.^{8,19}

Si se decide iniciar tratamiento al paciente con primera crisis se recomienda la monoterapia siempre que sea posible, e iniciar un segundo fármaco (puede ser un fármaco alterno de primera o segunda línea), e incrementar la dosis hasta la dosis adecuada o máxima tolerada y después suspender de manera titulada el primer fármaco.

En general se debe discutir e individualizar el tratamiento de cada paciente, de acuerdo a la semiología ictal y clasificación de la crisis sin embargo autores sugieren:

Para crisis focales: administrar carbamazepina, fenitoína y levetiracetam, en crisis generalizadas: valproato sódico (valorar riesgos teratogénicos),²⁰⁻²² topiramato, fenobarbital y lamotrigina y crisis focales en pacientes adultos mayores (> 60 años): lamotrigina y gabapentina.⁸

Precauciones a Tener en Cuenta

Los pacientes con una primera CE deben conocer los factores desencadenantes de las convulsiones, como la falta de sueño, el alcohol, ciertos medicamentos y las infecciones o enfermedades sistémicas. Se debe aconsejar a los pacientes que eviten las actividades no supervisadas que puedan representar un peligro con la pérdida repentina de la conciencia, como bañarse, nadar sin la compañía de alguien, trabajar en alturas y operar maquinaria pesada. La bañera es el sitio más común de ahogamiento inducido por convulsiones. Se debe asesorar adecuadamente a los pacientes sobre las restricciones de conducción. Se estima que entre un 0,01 y un 0,1 por ciento de todos los choques son atribuibles a las crisis convulsivas, y que en un 40% tienen accidentes de tránsito más complejos que la población general.^{7,16,23}

Una preocupación poco discutida es la sexualidad en un paciente que padece una primera CE, cabe resaltar la falta de evidencia en torno a este aspecto, sin embargo hay reportes de que el 8% de las convulsiones ocurrieron durante el curso de una relación sexual o la masturbación de pacientes con epilepsia y que el 25% de los pacientes temen una convulsión durante la actividad sexual, pero estas cifras no pueden extrapolarse a pacientes con primeras convulsiones. En ausencia de evidencia firme, se debe sugerir que se continúe con el nivel normal de actividad sexual de estos pacientes.^{24,25}

¿Cuándo Hospitalizar un Paciente Con Primera Crisis Convulsiva?

Es posible que se requiera hospitalización para los pacientes que tienen una primera CE asociada con un estado postictal prolongado, recuperación incompleta o una lesión relacionada con una convulsión grave. Otras indicaciones para la hospitalización incluyen estado epiléptico, la presencia de una enfermedad neurológica o sistémica o una lesión que requiere evaluación y tratamiento adicional.¹⁶ Sin embargo en nuestro medio dadas las barreras que tiene nuestro sistema de salud se debe considerar la posibilidad de que se completen en la hospitalización todos los estudios necesarios en un paciente con primera crisis convulsiva para definir riesgo de recurrencia e inicio de terapia farmacológica.

Conclusiones

La primera CE es un hecho que impacta la vida de quien la padece y su entorno. El clínico debe tener la capacidad de definir si ésta permite diagnosticar epilepsia teniendo en cuenta que si hay un riesgo de recurrencia (de 60% o más) a los 10 años de haberla presentado es criterio para hablar de epilepsia según la ILAE. Así mismo tener presentes los diferentes diagnósticos diferenciales, reco-

nociendo la importancia de una historia clínica completa aunada a los paraclínicos que pueden ayudar a esclarecer si se trata de una crisis provocada o no para iniciar fármaco antiepiléptico. Es tema de otras revisiones profundizar en el tratamiento farmacológico.

Referencias

1. Bergey GK. Management of a first seizure. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. 2016;22(1):38-50.
2. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Helen Cross J, Elger CE, et al. Definición clínica práctica de la epilepsia. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82.
3. Krumholz A, Wiebe S, Gronseth GS, Gloss DS, Sanchez AM, Kabir AA, et al. Evidence-Based Guideline: Management of an Unprovoked First Seizure in Adults: Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society: Evidence-Based Guideline. *Epilepsy currents*. 2015;15(3):144-52.
4. Legg KT, Newton M. Counselling adults who experience a first seizure. *Seizure*. 2017;49:64-8.
5. Angus-Leppan H. First seizures in adults. *Bmj*. 2014;348:g2470.
6. Epilepsy APPGo. Wasted money, wasted lives: the human and economic cost of epilepsy in England. Stationery Office; 2007.
7. Bedoya Paulina CD. Enfoques Neurológicos en la práctica clínica. Enfoque del paciente que consulta por una primera convulsión. . Memorias IV simposio de residentes de Neurología Universidad de Antioquia 2016.
8. Espinosa-Jovel CA, Sobrino-Mejía FE. Aproximación clínica a una primera crisis epiléptica en adultos. *Revista de Neurología*. 2014;58(8):365-74.
9. Hauser WA, Rich SS, Annegers JF, Anderson VE. Seizure recurrence after a 1st unprovoked seizure: an extended follow up. *Neurology*. 1990;40(8):1163-.
10. Hui A, Tang A, Wong K, Mok V, Kay R. Recurrence after a first untreated seizure in the Hong Kong Chinese population. *Epilepsia*. 2001;42(1):94-7.
11. Bora I, Seçkin B, Zarifoglu M, Turan F, Sadikoglu S, Ogul E. Risk of recurrence after first unprovoked tonic-clonic seizure in adults. *Journal of neurology*. 1995;242(3):157-63.
12. Tao JX, Davis AM. Management of an unprovoked first seizure in adults. *Jama*. 2016;316(15):1590-1.
13. Musicco M, Beghi E, Bordo B, Viani F. Randomized clinical trial on the efficacy of antiepileptic drugs in reducing the risk of relapse after a first unprovoked tonic-clonic seizure. *Neurology*. 1993;43(3):478-83.
14. Kim LG, Johnson TL, Marson AG, Chadwick DW, group MMS. Prediction of risk of seizure recurrence after a single seizure and early epilepsy: fur-

- ther results from the MESS trial. *The Lancet Neurology*. 2006;5(4):317-22.
15. Winn HR, . *Diagnosis and Classification of Seizures and Epilepsy: The First Seizure*. Youmans Neurological Surgery Seventh Edition 2017.
 16. Schachter. SC. Evaluation and management of the first seizure in adults. . 2018; Available from: Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-the-first-seizure-in-adults?search=primera%20crisis>.
 17. Martínez Juárez IE, Moreno J, Ladino LD, Castro N, Hernández Vanegas L, Burneo JG, et al. Diagnóstico y tratamiento de la crisis epiléptica única no provocada. *Rev Neurol*. 2016;63(4):165-75.
 18. Krumholz A, Wiebe S, Gronseth G, Shinnar S, Levitsohn P, Ting T, et al. Practice Parameter: Evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidence-based review):[RETIRED]; Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology*. 2007;69(21):1996-2007.
 19. Cerdá JM, Llerda JM, Cuñat JB, Gomez JP, Albanel AM, Torres CV, et al. Pronóstico de la epilepsia. Inicio del tratamiento crónico farmacológico. *Neurología*. 2015;30(6):367-74.
 20. Colombia M. Guía de práctica clínica (GPC) sobre diagnóstico y tratamiento de la epilepsia. Revisión sistemática y adopción. 2014.
 21. Kuehn BM. New adult first seizure guideline emphasizes an individualized approach. *Jama*. 2015;314(2):111-3.
 22. Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, Appleton R, Baker GA, Chadwick DW, et al. The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalised and unclassifiable epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *The Lancet*. 2007;369(9566):1016-26.
 23. Taylor J, Chadwick D, Johnson T. Risk of accidents in drivers with epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1996;60(6):621-7.
 24. Lambert MV. Seizures, hormones and sexuality. *Seizure*. 2001;10(5):319-40.
 25. Fenwick P, Toone B, Wheeler M, Nanjee M, Grant R, Brown D. Sexual behaviour in a centre for epilepsy. *Acta neurologica scandinavica*. 1985;71(6):428-35.
 26. Sheldon R, Rose S, Ritchie D, Connolly SJ, Kosman M-L, Lee MA, et al. Historical criteria that distinguish syncope from seizures. *Journal of the American College of Cardiology*. 2002;40(1):142-8.

Conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.