

Trabajos Originales

Crisis No Epilépticas en Epilepsia Intratable

Antonio Fuentes Escobar*, Manuel Fuentes Salgado**

* Servicio de Electroencefalografía y Neurofisiología Clínica, Instituto de Neurocirugía Asenjo.

** Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

mfuentes@vtr.net

ABSTRACT

72 patients were analyzed with the clinical and electroencephalographic diagnoses for epilepsies cataloged as no treatable, together with a simultaneous record of the clinical episode and its correlated cephalograph. 63 patients (87.5%) of the total sample taken, showed that the episodes were epileptical seizures; while 9 (12.5%) were non epileptical crises. In these, such crises were more frequent in females (15% vs. 9%) as compared with those occurred in the males. In the case of the adults the percentage was 22%. The cases involving children fell within ages between 10 and 15 years.

RESUMEN

Se analizaron 72 pacientes con el diagnóstico clínico y electroencefalográfico de epilepsia catalogada como intratable, con registro simultáneo del episodio clínico y su correlato electroencefalográfico. Del total de la muestra, en 63 pacientes (87.5%) el episodio correspondió a crisis epilépticas, y en 9 (12.5%) a crisis pseudoepilépticas. Estas fueron más frecuentes en el sexo femenino (15% versus 9% del sexo masculino) y en el adulto (22%). En los niños todos los casos se presentaron entre los 10 y 15 años (15%).

Dada la presencia significativa de pseudocrisis en la población con persistencia de crisis y la utilidad del monitoreo video electroencefalográfico en el diagnóstico de éstas, se puede concluir en la importancia de este último en el manejo adecuado de estos casos.

INTRODUCCION

Si se analiza la evolución a largo plazo de una población con epilepsia médicamente tratada, las alternativas pronósticas de control de sus crisis serían las siguientes: un grupo de pacientes evoluciona sin crisis y éstas no reaparecen después de suspendidos los fármacos

antiepilépticos, otros permanecen sin crisis sólo con medicamentos, y finalmente un número de ellos continúa con crisis a pesar de todos los esfuerzos médicos para controlarlas. Este grupo de enfermos ha recibido diferentes denominaciones: epilepsia fármaco resistente, epilepsia refractaria, epilepsia intratable, etc. (1,2,3).

¿Su intratabilidad es real o aparente?, ¿Todas sus crisis son epilépticas?, ¿Por qué una epilepsia es resistente al tratamiento médico?, ¿Cuál es su manejo?, etc. Son algunas de las muchas interrogantes que nos presenta este grupo de pacientes considerados médicamente intratables (1,2,3). Hemos creído de interés iniciar la discusión del tema con el problema diagnóstico, intentar responder si todos los episodios que presenta este tipo de pacientes tienen un origen epiléptico, objetivo de la presente publicación.

Episodios paroxísticos asociados con alteración transitoria y reversible de la función cerebral que no respondan a un mecanismo epiléptico, son de frecuente observación en la práctica médica y de fácil confusión con las crisis epilépticas (2, 3, 4, 5, 6). Estos eventos han sido descritos con diferentes nombres: pseudocrisis, crisis pseudoepilépticas, histero-epilepsia, crisis psicógenas, crisis funcionales, etc. (7).

En los últimos años hemos asistido a la introducción del monitoreo video electroencefalográfico, que según diferentes autores ha permitido con alta precisión el diagnóstico diferencial de crisis epilépticas versus crisis pseudoepilépticas (6, 8, 9). Lo expuesto nos motivó a iniciar en el año 2000 una investigación de la coexistencia de ambos eventos en un paciente con epilepsia médicamente intratable utilizando esta técnica.

PACIENTES Y METODO

La muestra en estudio se constituyó con 72 pacientes de ambos sexos y diferentes edades enviados con el

diagnóstico de epilepsia, al Servicio de Electroencefalografía del Instituto de Neurocirugía Asenjo o al Centro de Electroencefalografía Alborada, para evaluación electroencefalográfica con monitoreo video-electroencefalográfico por persistencia de sus crisis. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) persistencia de crisis después de un año de tratamiento con fármacos antiepilépticos, 2) presencia de actividad específica en el estudio electroencefalográfico inter-ictal, 3) registro simultáneo del episodio clínico con el trazado electroencefalográfico, 4) crisis clínicas con características similares a las crisis epilépticas generalizadas o parciales complejas. Se excluyeron: 1) las crisis parciales simples debido a que en ellas, con relativa frecuencia, no se observan anomalías en el registro electroencefalográfico extracraneano en el estudio ictal (9), 2) casos dudosos (clínicos y/o electroencefalográficos), 3) trazado EEG no interpretable por artefactos.

Todos los pacientes se estudiaron con monitoreo-video análogo y/o digital de 16 y/o 32 canales con electrodos extracraneanos. En un número importante de enfermos, especialmente los candidatos a cirugía de la epilepsia, se utilizaron además del sistema internacional 10-20, electrodos supernumerarios temporales anteriores, supraorbitarios, nasofaríngeos y esfenoidales. Se seleccionaron todos los enfermos con registro del episodio clínico con su correlato electroencefalográfico sincronizado. Se hizo el diagnóstico de crisis epiléptica cuando hubo una secuencia estereotipada de las manifestaciones clínicas con cambios electroencefalográficos epileptógenos, ya sea, focales o generalizados, y de crisis pseudoepilépticas en episodios que no seguían una secuencia de crisis epiléptica y sin modificaciones en el estudio electroencefalográfico pre-ictal, ictal y post-ictal.

RESULTADOS

Se estudiaron 72 pacientes con diagnóstico de epilepsia intratable mediante registro simultáneo del episodio clínico con su correlato electroencefalo-gráfico. Las características generales de la muestra se especifican en la tabla 1.

Tabla N°1
Características Generales de la Muestra

| N° | de % | Casos |
|---------------------------|------|-------|
| Muestra en estudio | 72 | 100 |
| Sexo | | |
| Femenino | 32 | 44 |
| Masculino | 40 | 56 |
| Edad | | |
| 0 a 10 años | 25 | 35 |
| 10 a 15 años | 20 | 28 |
| Mayores de 15 años | 27 | 37 |

Del total de la muestra en 63 pacientes (87,5%) el episodio correspondió a crisis epilépticas y en 9 (12,5%) a crisis pseudoepilépticas (Tabla 2).

Tabla N°2
Crisis Epilépticas y No epilépticas

| | Casos | % |
|-----------------------|-------|------|
| Muestra en estudio | 72 | 100 |
| Crisis Epilépticas | 63 | 87,5 |
| Crisis No epilépticas | 9 | 12,5 |

En las tablas 3 y 4 podemos observar la distribución según sexo y edad.

Tabla N°3
Distribución según sexo

| | Nº de Casos | % |
|--------------------------|-------------|-----|
| Sexo femenino | 40 | 100 |
| Crisis Pseudoepilépticas | 6 | 15 |
| Sexo masculino | 32 | 100 |
| Crisis Pseudoepilépticas | 3 | 9 |

Tabla N°4
Distribución según edad

| | Nº de Casos | % |
|---------------------------|-------------|-----|
| Menores de 10 años | | |
| Muestra en estudio | 25 | 100 |
| Crisis Pseudoepilépticas | 0 | 0 |
| 10 a 15 años | | |
| Muestra en estudio | 20 | 100 |
| Crisis Pseudoepilépticas | 3 | 15 |
| Mayores de 15 años | | |
| Muestra en estudio | 27 | 100 |
| Crisis Pseudoepilépticas | 6 | 22 |

COMENTARIO

Desde hace muchos años se han descrito episodios que superficialmente semejan crisis epilépticas, pero que no tienen un mecanismo epileptógeno (5,7). Estos eventos han recibido diferentes denominaciones (7), nosotros hemos preferido utilizar un término meramente descriptivo “ crisis pseudoepilépticas”, para no comprometernos con su patogenia no conocida totalmente en la actualidad, enfatizando que son crisis genuinas, no pseudocrisis, que en la práctica médica se consideran como crisis epilépticas sin serlo. En la literatura esta denominación sería equivalente a crisis psicógena.

Las crisis pseudoepilépticas pueden presentarse como episodio único o en pacientes que además tienen epilepsia; su diagnóstico no es fácil, las posibilidades clínicas de equivocación son altas y la confusión con crisis epilépticas es frecuente (4, 5, 6).

Desde la introducción del monitoreo video-EEG en la segunda mitad del siglo pasado, diferentes autores han demostrado el aporte de esta técnica en la precisión diagnóstica de las crisis epilépticas y su diagnóstico diferencial con las crisis pseudoepilépticas (6, 8, 9). Podríamos afirmar que el registro simultáneo del episodio clínico con su correlato eléctrico, representa la prueba más convincente de la índole epiléptica o no, de síntomas clínicos particulares.

La precisión diagnóstica de crisis epilépticas en un paciente con epilepsia intratable es prioritaria antes de plantear cualquier conducta terapéutica, especialmente si es candidato al manejo quirúrgico (2, 3, 10).

Lo anteriormente expuesto, nos motivó a investigar la coexistencia de crisis epilépticas con crisis pseudoepilépticas o psicógenas, utilizando como técnica diagnóstica el monitoreo video-EEG.

De los 72 pacientes investigados, en 9 de ellos (12,5%) el episodio correspondió a crisis pseudoepilépticas, porcentaje que se encuentra dentro del rango dado en la literatura de coexistencia de ambos fenómenos (10 al 37%) (10,11,12). Las crisis psicógenas fueron más frecuentes en el sexo femenino (15%) que en el sexo masculino (9%) y en el adulto (22%) lo que concuerda con otras publicaciones (7,11). En la población infantil es importante enfatizar que las crisis psicógenas genuinas son excepcionales bajo los 10 años de edad, presentándose, en estos niños, otro tipo de episodios paroxísticos no epilépticos que también pueden confundirse con crisis epilépticas (6).

En la muestra estudiada por nosotros no se registraron crisis pseudoepilépticas bajo los 10 años, en cambio, entre los 10 y 15 el 15% presentó este episodio.

Si reflexionamos en el 25% aproximado de pacientes catalogados como intratables en una población con epilepsia (2,3), en la prevalencia significativa de la epilepsia en Chile (13,14), en el costo biológico y económico de un enfermo con persistencia de crisis (15) y en la presencia no despreciable de episodios no epilépticos en este grupo de pacientes (2, 3, 6, 10, 11, 12), debiéramos concluir que uno de los desafíos de la epileptología del presente siglo, será mejorar el diagnóstico de un paciente con epilepsia cuyas

crisis la medicina actual no ha logrado controlar.

BIBLIOGRAFIA

1. Alving J. ¿What is Intractable Epilepsy? En Intractable Epilepsy. Johannessen S, Gram L, Sillanpaa M, Tomson T. (Eds) Petersfield, UK and Bristol, PA, USA. Wrightson Biomedical Publishing Ltd 1995, 25-40
2. Forsgren L. Epidemiology of Intractable Epilepsy in Adults: En Intractable Epilepsy. Johannessen S, Gram L, Sillanpaa M, Tomson T (Eds) Petersfiels, UK and Bristol, PA, USA. Wrightson Biomedical Publishing Ltda. 1995; 25-40.
3. Sillanpaa M. Epidemiology of Intractable Epilepsy in Children En Intractable Epilepsy. Johannessen S, Gram L, Sillanpaa M, Tomson T.(Eds) Patersfield, UK and Bristol, PA, USA. Wrghtson Biomedical Publishing Ltd. 1995; 13-23.
4. David P. Eventos no epilépticos: una revisión de la literatura. Revista Chilena de Epilepsia. 2003; 1: 55 - 58.
5. King D, Gallagher B , Murvin A , Smith D, Marcus D et al. Pseudoseizures : Diagnostic evaluation. Neurology 1982 ; 32 : 18 - 23.
6. Villanueva F. Descripción video-EEG de crisis paroxísticas no epilépticas. Rev. Neurol. 2.000; 30 (supl 1): 9 - 15.
7. Trimble M. Pseudoseizures. Neurologics Clinics 1986; 4: 531-548.
8. Markand M , Salanova V. Diagnostic utility of video EEG monitoring in paroxysmal events. Acta Neurol. Scand 1996; 94:320-325.
9. French G. Pseudoseizures in the era of video-electroencephalogram monitoring. Current opinion in Neurology 1995; 8:117-120.
10. Fuentes A, Olivares O, Cuadra L , Tenhamm E , Poblete R. Cirugía Resectiva y Epilepsia: Criterios de Selección. Análisis de 20 casos. Rev chilena Neuro-Psiquiat. 1993 ; 31 . 175 - 180.
11. Krumholz A, Niedermeyer E. Psychogenic seizures : a clinical study with follow-up data. Neurology (Cleveland) 1983; 33:498-502.
12. Lesser R, Lueder H, Dinner D. Evidence for epilepsy is rare in patients with psychogenic seizures. Neurology (Cleveland) 1983; 33:5022-504
13. Chiofalo N , Kirschbaum A , Fuentes A , Cordero M , Madsen J. Prevalence of epilepsy in Melipilla Chile. Epilepsia 1979; 20:261-266.
14. Lavados J, Germain L, Morales A, Campero M, Lavados P. A descriptive study of epilepsy in the district of El Salvador, Chile, 1984-1988. Acta Neurol. Scand. 1992; 85:249-256.
15. Cuadra L: Costos y Beneficios en Cirugía de la Epilepsia. Revista Chilena de Epilepsia. 2001; 1: 24-30.