

Trabajo Original

Síntomas prodrómicos en Epilepsia

Enzo Rivera T.*, Tomás Massmann**

enzoriverat@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: About 6 to 47 percent of epileptic patients report behavioral, neurocognitive and psychological stereotyped symptoms occurring from hours to days before clinical seizure.

Objectives: To describe presence of prodromal symptoms in epileptic patients, and compare type of seizures between patients with prodromal symptoms and patients without prodromal symptoms.

Patients and method: A semi-structured questionnaire was conducted in consecutive patients from outpatient epilepsy clinic (van Buren Hospital, Valparaíso) between 2011 and 2013. Questionnaire assessed the presence and type of prodromal symptoms, etiology and localization of epileptogenic focus. A group of patients without prodroms, with similar characteristics according to age and sex was compared.

Results: Twelve patients reported premonitory symptoms, mainly behavioral (29.4%), and headache (17.6%). The location was frontal lobe in 66.7% and right hemisphere in 55.6% of cases, without predominance by etiology. In the group without prodromal symptoms, the most frequent location was temporal lobe (66.7%), and left hemisphere (75.0%). The symptomatic etiology (77.8%) was the commonest.

Conclusion: The symptomatology described by patients was similar to that described in the literature. Although it is a small group, and the differences have not enough statistical power, this findings support the hypothesis that patients with premonitory symptoms could be a different subset, allowing to select them as possible candidates for a specific therapy.

RESUMEN

Introducción: 6 a 47% de los pacientes con epilepsia relatan sintomatología conductual, neurocognitiva y psíquica estereotipada horas a días antes de las crisis.

Objetivo: Describir las características de pródromos en un grupo de pacientes con epilepsia y compararlas con otro que no los tiene.

Pacientes y Método: Entrevista semiestructurada a pacientes consecutivos en control en el policlínico de Epilepsias del Hospital van Buren de Valparaíso entre 2011 y 2013, evaluando la presencia y sintomatología de pródromos, y etiología y localización del foco epileptógeno. Se comparó con un grupo de pacientes sin pródromos, con similares características según edad y sexo.

Resultados: 12 pacientes relataron pródromos, principalmente un cambio conductual (29,4%) y cefalea (17,6%). La localización fue lóbulo frontal en 66,7% y hemisferio derecho en 55,6% de los casos, sin predominancia por etiología. En el grupo sin pródromos la localización más frecuente fue lóbulo temporal (66,7%), y hemisferio izquierdo (75,0%). La etiología sintomática (77,8%) fue la más frecuente.

Conclusiones: La sintomatología descrita por los pacientes fue similar a lo descrito en la literatura. Aunque se trata de un grupo pequeño y las diferencias no alcanzan poder estadístico suficiente, los hallazgos encontrados permiten plantear la hipótesis que pacientes con síntomas premonitorios podrían pertenecer a un subgrupo diferente, que permita seleccionarlos como eventuales candidatos para una terapia de rescate.

INTRODUCCION

Diversos estudios han encontrado asociación entre sintomatología conductual, neurocognitiva y psíquica que ocurre durante las horas o días previos a las crisis de epilepsia. Esta sintomatología es diferente

* Facultad de Medicina U. Valparaíso, Servicio de Neurología Hospital van Buren, Valparaíso.

** Interno de Medicina, Facultad de Medicina U. Valparaíso.

Los autores declaran no tener conflictos de interés referidos al presente artículo.

Recibido: 30/08/2014. Aceptado: 30/09/2014.

a la de las crisis y se presenta en forma independiente a la etiología de la epilepsia^{1,2}. Dichos síntomas son reportados por los pacientes como cambios de ánimo, ansiedad, mareos, cefalea, dificultad para concentrarse o pensar claramente, y según los familiares o testigos, sintomatología conductual como “andar raro”, “con la mirada diferente” o “más callados”. La forma de presentación y duración de estos episodios los diferencian de las auras epilépticas, que se presentan como fenómenos psíquicos no perceptibles por terceros y que anteceden en pocos segundos a minutos el inicio de las manifestaciones visibles de las crisis³. La fisiopatología subyacente a este fenómeno aún no ha sido dilucidada y es campo interesante de investigación.

Los estudios han reportado una frecuencia muy variable, entre el 6 y 39% de los casos, independientemente de la etiología, lateralización, edad y sexo de los pacientes, aunque algunos de ellos han señalado mayor frecuencia en aquellas epilepsias con inicio focal de sus crisis^{4,5,6}.

Las implicancias de este hallazgo son varias, incluyendo la posibilidad teórica de desarrollar estrategias que permitan anticiparse al inicio de las crisis y abortarlas aún antes de que se inicien⁷.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es caracterizar la presencia de síntomas premonitorios en pacientes con epilepsia, en relación con el tipo de síndrome, crisis y su etiología, y compararlo con un grupo similar de pacientes que no presenten tales pródromos.

PACIENTES Y METODO

Definición de pródromos:

Para efectos prácticos se definió como **pródromos** cualquier sensación o cambio del comportamiento particular y reconocible en el paciente, que ocurre con regularidad durante las 24 h. previas a la presentación de la crisis y que no constituya parte del aura reconocida como tal por el paciente.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con epilepsia mayores de 15 años
- Control regular en el policlínico de Epilepsias del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso.
- Epilepsia activa diagnosticada por neurólogo, con

al menos 5 crisis en el último año.

- Presencia de sintomatología prodrómica con o sin aura.

Criterios de Exclusión:

- Retardo mental
- Demencia
- Trastorno psicótico de cualquier etiología
- Relato no confiable del paciente o testigos
- Presencia concomitante de crisis psicogénicas

Tipo de estudio:

Estudio descriptivo de corte transversal.

Se entrevistó en forma consecutiva a pacientes en control en el policlínico de Epilepsias del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso entre los años 2011 y 2013 que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Se les realizó una encuesta constituida por 17 preguntas con respuestas de selección múltiple, evaluando la presencia o no de pródromos, sintomatología de éstos, lateralidad y localización del foco epileptógeno, y etiología de la epilepsia, definidos por la historia clínica y el estudio con resonancia magnética de encéfalo y electroencefalografía digital. Se comparó con un grupo de pacientes sin pródromos, con similares características según edad y sexo.

RESULTADOS

De los 21 pacientes incluidos 12 relataron pródromos. El síntoma que se presentó con mayor frecuencia fue el cambio conductual (29,4%) seguido por la presencia de cefalea (17,6%) y los cambios de ánimo (11,7%) (Gráfico 1).

En el grupo de pacientes con pródromos la localización del foco epileptógeno fue principalmente en lóbulo frontal (8/12) y del hemisferio derecho (5/9). En el grupo sin pródromos la localización más frecuente fue el lóbulo temporal (6/9), con una representación mayor en el hemisferio izquierdo (6/8). La etiología sintomática fue la causa más frecuente en ambos grupos de pacientes. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar edad, sexo, lateralidad y localización del foco epileptógeno, ni etiología de la epilepsia (Tabla 1).

Respecto de la conducta que seguían los pacientes cuando presentaban sus pródromos, algunos optaron por acostarse o no salir de su domicilio (5/12),

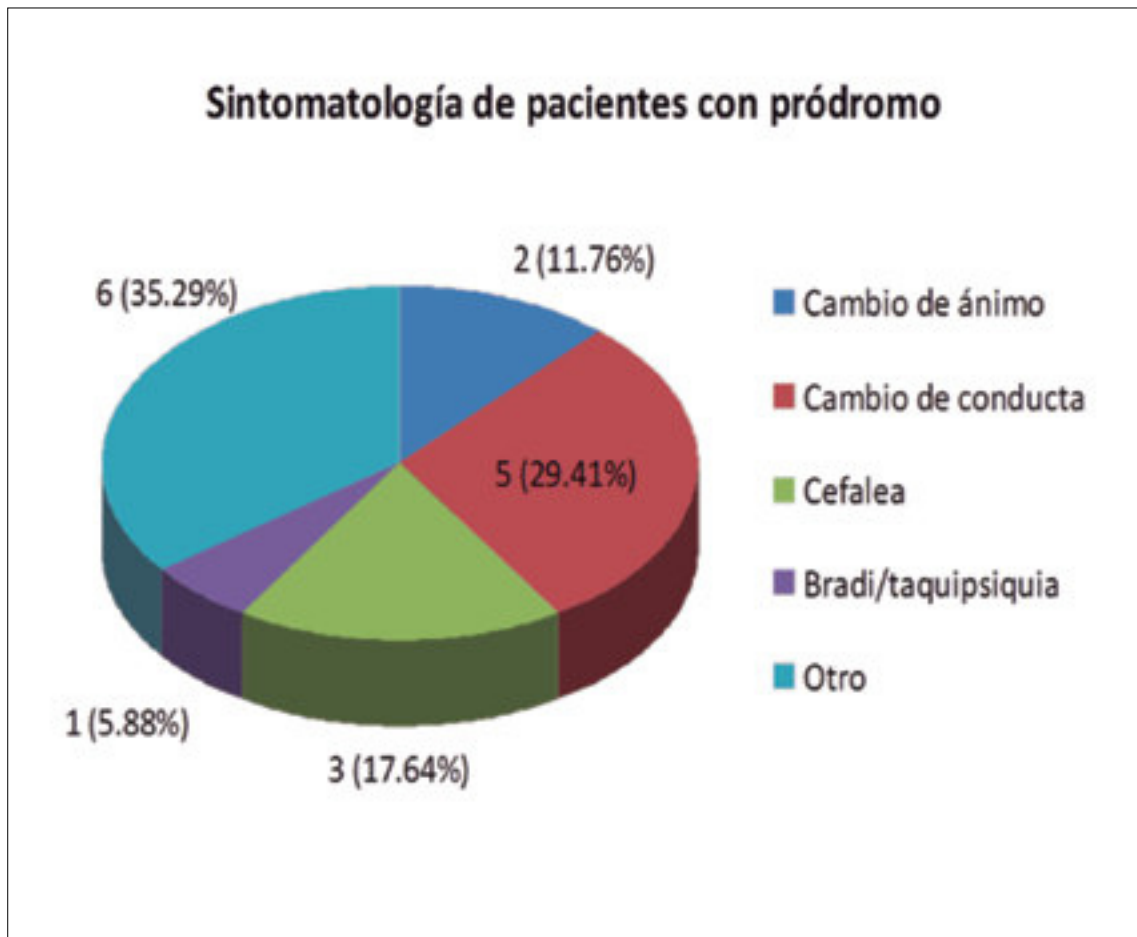


Gráfico 1. Síntomas prodrómicos en un grupo de pacientes con epilepsia (n=12).

otros practicaron técnicas de relajación o distracción (5/12), mientras que otros tomaron una dosis extra del fármaco anticonvulsivante (2/12). Aun así, la efectividad de estas estrategias fue escasa, ya que 8 de los 12 pacientes reportaron éxito en menos de la mitad de los casos.

DISCUSION

Existen pacientes con epilepsia refractaria que presentan síntomas prodrómicos, tal como lo señala la literatura^{1,9}. La sintomatología descrita por los pacientes fue similar a lo reportado en la literatura, siendo los cambios conductuales los más frecuentes^{1,2,8}.

Al comparar los grupos con y sin pródromos, las mayores diferencias encontradas fueron en cuanto al foco epileptógeno (lóbulo frontal en pacientes con pródromos y lóbulo temporal en pacientes sin pródromos) y a la lateralidad del foco (derecha en

pacientes con pródromos e izquierda en pacientes sin pródromos).

Aunque se trata de un grupo pequeño y las diferencias no alcanzan poder estadístico suficiente, los hallazgos encontrados permiten plantear la hipótesis de que aquellos pacientes que presentan síntomas premonitorios podrían pertenecer a un subgrupo diferente, que permita seleccionarlos como eventuales candidatos a una terapia de rescate. Ello significa un avance potencial en la búsqueda de estrategias terapéuticas eficaces y seleccionadas al perfil del tipo de epilepsia, especialmente en aquellas con evolución refractaria a fármacos. Esto es especialmente significativo en los aspectos referentes a calidad de vida, puesto que sin duda uno de los aspectos más invalidantes de padecer epilepsia es, según lo describen los propios pacientes, la imposibilidad de anticipar y prevenir de alguna forma la ocurrencia de las crisis⁹.

Tabla 1. Características clínicas de pacientes con y sin pródromos (n=21)

	<i>Con pródromo</i>	<i>Sin pródromo</i>	<i>Valor de p</i>
Número de pacientes	12 (12/21)	9 (9/21)	
Edad (mediana)	46 años (RIQ: 28)	43 años (RIQ: 13)	0,915
Sexo			0,535
Masculino	4 (4/12)	4 (4/9)	
Femenino	8 (8/12)	5 (5/9)	
Foco epileptógeno			0,065
Temporal	3 (3/12)	6 (6/9)	
Frontal	8 (8/12)	3 (3/9)	
Occipital	1 (1/12)	0	
Parietal	0	0	
Indeterminado	0	0	
Lateralidad			1,184
Izquierda	2 (2/9)	6 (6/8)	
Derecha	5 (5/9)	2 (2/8)	
Bilateral	2 (2/9)	0	
Etiología			0,281
Sintomática	5 (5/12)	7 (7/9)	
Criptogénica	4 (4/12)	1 (1/9)	
Idiopática	3 (3/12)	1 (1/9)	

En un estudio de Haut et al.¹⁰ describe a 12 de 79 pacientes que pudieron predecir la ocurrencia de crisis dentro de las 24 horas siguientes a sus pródromos. Ello fue más evidente en pacientes de menor edad y con mayor frecuencia de crisis. En nuestro pequeño grupo sólo 3 de los 12 pacientes que presentaron pródromos tenían menos de 25 años, a diferencia de lo encontrado por Haut.

Es interesante analizar la conducta que seguían los pacientes con pródromo cuando presentaban esta sintomatología. Aunque algunos decidieron dejar de hacer las actividades que realizaban o que lo alejaban de su hogar, otros practicaron alguna técnica de relajación o distracción para dominarlos. A este respecto, cabe plantearse si entrenar a dichos pacientes en una técnica de relajación o autocontrol pudiera mejorar el éxito de sus intentos, lo que podría llegar a ser una forma de mejorar su autovalencia y calidad de vida.

Con respecto a las limitaciones de nuestro trabajo, señalar que descontando poder contar con metodología más rigurosa y un mayor número de pacientes, ciertas preguntas se repiten en éste y en otros estudios en la misma línea y que podrían sesgar sus resultados. Por ejemplo: ¿Los pacientes reportan sus pródromos en forma retrospectiva una vez que tienen las crisis?, ¿las muestras son representativas de las poblaciones de pacientes con epilepsia?, ¿los pacientes están reportando crisis focales en vez de pródromos? Tal vez en el futuro se podrán diseñar estudios de seguimiento con registro continuo prolongado de EEG para asegurar una metodología más confiable. Esperamos contar con ellos para validar lo que hasta el momento son el resultado de observaciones empíricas en la práctica clínica de muchos neurólogos dedicados a la atención de pacientes con epilepsia y que son un campo fértil para la investigación clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. Haut, S.R., et al., Clinical features of the pre-ictal state: mood changes and premonitory symptoms. *Epilepsy Behav*, 2012. 23(4): 415-21.
2. Maiwald, T., et al., Are prodromes preictal events? A prospective PDA-based study. *Epilepsy Behav* 2011, 21(2): 184-8.
3. Schulze-Bonhage, A., et al., Seizure anticipation by patients with focal and generalized epilepsy: a multicentre assessment of premonitory symptoms. *Epilepsy Res*, 2006. 70(1): 83-8.
4. Rajna P, Clemens B, Csibri E, et al. Hungarian multicentre epidemiologic study of the warning and initial symptoms (prodrome, aura) of epileptic seizures. *Seizure* 1997;6: 361-8.
5. Schulze-Bonhage, A., et al., Seizure anticipation by patients with focal and generalized epilepsy: a multicentre assessment of premonitory symptoms. *Epilepsy Res*, 2006. 70(1): 83-8.
6. Scaramelli, A., Braga, P., Avellanal, A., Bogacz, A., Camejo, C., Rega, I., Messano, T., Arciere, B. Prodromal symptoms in epileptic patients: clinical characterization of the pre-ictal phase. *Seizure* 2009; 18, 246-50.
7. Mormann F, Elgera CE, Lehnertz K. Seizure anticipation: from algorithms to clinical practice. *Current Opinion in Neurology* 2006, 19:187-93.
8. Rajna, P., et al., Hungarian multicentre epidemiologic study of the warning and initial symptoms (prodrome, aura) of epileptic seizures. *Seizure* 1997; 6(5): 361-8.
9. Fisher RS, Vickrey BG, Gibson P, et al. The impact of epilepsy from the patient's perspective I. Descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy Res* 2000; 41:39-51.
10. Haut SR, Hall CB, LeValley AJ, Lipton RB. Can patients with epilepsy predict their seizures? *Neurology* 2007; 68:262-6.