

La epilepsia en el Daño Cerebral Adquirido

La epilepsia es una complicación relativamente frecuente en pacientes con daño cerebral adquirido. Gran parte de los casos pueden llegar a controlarse con fármacos adecuados. En la mayoría de las ocasiones, no hay que cambiar los hábitos diarios y únicamente hay que seguir una serie de sencillos consejos cuando se presenta una crisis comicial.



Dr. Raúl Pelayo
Neurólogo
Institut Guttmann

Epilepsia es un término de origen griego que significa "sufrir un ataque" y que puede llevar a equívocos. Así, debemos distinguir entre sufrir una crisis epiléptica o comicial (un evento de corta duración, caracterizado por una descarga anormal y excesiva de un grupo de neuronas cerebrales), que es un síntoma y, por tanto, no siempre significa que necesariamente tenga que volver a repetirse, y el tener una epilepsia (es decir, una enfermedad o una predisposición a sufrir ataques epilépticos).

Podemos decir de la epilepsia, más que de cualquier otra enfermedad, que es tan antigua como la humanidad. Es de suponer que algunos de los cráneos prehistóricos trepanados que se han hallado en diferentes yacimientos pertenecían a personas que habrían sufrido un ataque epiléptico. Dicha trepanación podría servir de remedio médico-mágico-religioso a su sinto-

matología. Esta vertiente religiosa de la enfermedad fue predominante en la antigüedad y es la que se muestra, por ejemplo, en los *Evangelios*.

No obstante, Hipócrates, el padre de la medicina, en su *Tratado sobre la enfermedad sagrada* (siglo V a. C.), recelaba del origen sobrenatural de la epilepsia y, de manera perspicaz, asoció los traumatismos cráneo-encefálicos con la presencia de crisis comiciales. Este legado médico, por desgracia, se perdió en la Edad Media y no fue hasta el siglo XIX cuando el enfoque científico de la enfermedad fue el predominante.

Algunos personajes históricos, probablemente, padecieron epilepsia (el caso más conocido es el de Julio César, pero quizá también Napoleón o Sócrates la sufrieron). Además, la epilepsia también se ha visto reflejada en el mundo del arte, siendo el caso

de Dostoievski el más paradigmático, ya que claramente refleja en varios de sus libros sus experiencias con la epilepsia que padecía.

Clasificación de las crisis epilépticas

Desde el punto de vista clínico, las crisis pueden ser parciales (cuando se inician en una zona delimitada de un hemisferio cerebral) o generalizadas (cuando se deben a una descarga bilateral en una área amplia del cerebro).

Las manifestaciones clínicas de las crisis parciales dependerán de dónde se produzca la descarga. Estas, a su vez, pueden ser:

- Parciales simples: se produce una alteración del movimiento, la memoria o alguna sensación, sin pérdida de conocimiento.

Neurorrehabilitación

- Parciales complejas: el paciente pierde el conocimiento o presenta un aspecto de estar en trance mientras, por ejemplo, repite de manera compulsiva un movimiento. Son el tipo de crisis más frecuente en el daño cerebral adquirido.
- Secundariamente generalizada: comienza como una crisis parcial, pero finalmente se extiende por ambos hemisferios cerebrales. A veces, esa extensión es tan rápida que no llegamos a observar la fase parcial. En la mayoría de las ocasiones en las que observamos una crisis convulsiva generalizada en un paciente con daño cerebral adquirido, el origen es, en verdad, parcial.

Las crisis generalizadas suelen ser más fácilmente reconocibles. Forman parte de ellas las crisis tónico-clónicas (clásicamente llamadas "Gran Mal", que se inician con una fase de rigidez de todo el cuerpo, que se continúa con sacudidas y convulsiones rítmicas de las extremidades y que pueden acompañarse de mordedura de la lengua o relajación de esfínteres), pero también otras como las crisis mioclónicas o las crisis de ausencia ("Pequeño Mal") de los niños. Como se ha explicado en la introducción, hay que distinguir entre los diferentes tipos de crisis y el hecho de tener epilepsia, es decir, una predisposición a presentar episodios repetidos porque su causa no es resoluble.

Así, hablamos de *epilepsias genéticas* (se deben a una alteración genética y se pueden heredar), *idiopáticas* (se conocen sus características y pronóstico, pero la medicina aún no ha identificado su causa, aunque la mayoría probablemente sean genéticas) y *estructurales* o *metabólicas* (como, por ejemplo, las que se deben a un daño cerebral adquirido, ya sea un ictus, traumatismo craneoencefálico, tumor, etc.). También se



habla de *epilepsias de causa desconocida* cuando no pueden incluirse en ninguno de los apartados anteriores.

Diagnóstico de la epilepsia

Ante la sospecha de una posible epilepsia, se debe acudir a la consulta de un neurólogo. La herramienta fundamental para su diagnóstico es la historia clínica y, en muchos casos, puede ser suficiente para la toma de decisiones terapéuticas, más aún si se trata de personas con daño cerebral adquirido en las que sabemos que el riesgo es mayor.

No obstante, dado el diverso abanico de presentaciones clínicas de la epilepsia, muchas veces es necesaria la realización de una resonancia magnética y de un electroencefalograma.

El electroencefalograma es una prueba que nos permite observar la actividad eléctrica del cerebro y así poder buscar posibles focos epilépticos y su localización. En casos de difícil diagnóstico, se puede realizar un videoelectroencefalograma en unidades especializadas hospitalarias. Mediante esta prueba, podemos registrar en vídeo las posibles crisis del paciente

de manera sincronizada en el registro electroencefalográfico.

Tratamiento de las epilepsias en el daño cerebral adquirido

Recomendaciones generales:

- Existen enfermos con epilepsia fotosensible (a estímulos luminosos intermitentes). En estos casos, se debe tener en cuenta una serie de medidas cuando estén delante de una pantalla.
- Es importante mantener una buena higiene vigilia-sueño, con un horario todo lo regular que sea posible.
- En general, no está demostrado que el consumo ocasional moderado de alcohol aumente el riesgo de epilepsia, pero habrá que tener en cuenta otras enfermedades y lesiones, así como las interacciones con la medicación.
- Las bebidas con cafeína en cantidades moderadas no están contraindicadas.

Profilaxis:

La profilaxis con fármacos antiepilépticos en el daño cerebral adquirido (es decir,

iniciar medicación antes de tener una primera crisis) no ha demostrado que prevenga la epilepsia a largo plazo, por lo que se suele recomendar retirar, si se inició en la fase aguda o se introdujo coincidiendo con una cirugía. En el caso particular del traumatismo craneoencefálico, las crisis durante la primera semana no aumentan el riesgo futuro de epilepsia, por lo que el tratamiento podría retirarse pasada la fase aguda.

Tratamiento farmacológico

- Existe un importante arsenal terapéutico para el control de la epilepsia y la decisión de utilizar un medicamento u otro estará relacionada con el tipo de crisis, sus posibles efectos secundarios, la edad del paciente, las posibles interacciones con otros medicamentos o su potencial efecto positivo para controlar otros síntomas.
- En un 50% de los casos, los pacientes pueden controlarse con el primer fármaco que se introduce a una dosis eficaz. En caso de que no se pueda controlar la epilepsia con un primer fármaco, se intenta realizar el cambio por otro. Hay pacientes en los que es necesario el uso de dos o más fármacos para controlar o mejorar su epilepsia. Globalmente, se acaban controlando 3 de cada 4 pacientes con la


terapia farmacológica; en el resto de los casos, a veces solo se puede conseguir reducir la frecuencia o la intensidad de las crisis.

- Entre 2 y 5 años libre de crisis (según diferentes autores), se puede plantear una retirada de medicación. La decisión debe tomarse entre el médico y el paciente, ya que hasta un 40% de los casos presentan recurrencias. Cuando se decide la retirada, esta debe ser lenta y gradual (semanas e, incluso, meses).
- Ante una nueva crisis, se recomienda contactar con el neurólogo que conoce y controla habitualmente al paciente. De esta forma, se pueden realizar los cambios en la medicación de una manera ordenada. La verdadera urgencia médica la constituye el "estatus epiléptico", es decir, cuando el paciente presenta una crisis tras otra de manera continua. En este caso, se debe llamar al servicio de emergencias para intentar salir de la situación, que puede ser peligrosa.
- Algunos pacientes seleccionados que no responden adecuadamente al tratamiento farmacológico se pueden beneficiar de un tratamiento quirúrgico o de la estimulación vagal en centros con experiencia.


¿Qué hacer si somos testigos de una crisis?

1. Actúa con calma.
2. Protege la cabeza de la persona con ropa, un cojín... evitando agarrarle.
3. Despeja la zona próxima para evitar que se lastime.
4. Libera la ropa apretada.
5. Cuando sea posible, coloca a la persona en una postura lateral de seguridad, evitando que aspire contenido gástrico.
6. No introduces objetos en la boca para evitar que se muerda la lengua.
7. No le des nada de beber.
8. No le dejes solo. Pide ayuda si el paciente no se recupera o acompáñalo a su domicilio si se encuentra confuso (lo que se llama *estado poscrítico*).

Para más información, visita la **Asociación de Amigos del Epiléptico de Badalona (AAEB)**.
www.amigosepilepticos.org



LA MÉS ÀMPLIA EXPOSICIÓ DE PRODUCTES A BARCELONA



- Cadires de rodes:
 - Manuals
 - Elèctriques
- Llits i mobiliari adaptat a la llar
- Grues de transferència
- Caminadors i bastons
- Ajudes de bany:
 - Cadires
 - Barres
- Servei d'adaptació de productes.

- Adaptació de vivendes
- Coixins i matalassos anti-nafres
- Ajudes per les activitats domèstiques:
 - Ajudes menjar
 - Ajudes vestir
- Ajudes per a la comunicació
- Adaptació de vehicles
- Servei d'assistència tècnica.

Tel. 93 490 26 29 - info@gracare.com - www.gracare.com

Barcelona: C/ Entença n° 165, 08029, T. 93 490 26 29 - F. 93 490 75 73 Terrassa: Av/ Jaquard n° 64, 08222, T. 937 362 549 - F. 937 315 411