

Primera crisis convulsiva: causas más frecuentes

First convulsive crisis: most frequent causes

Fronteras en Medicina 2018;13(4):191. DOI: 10.31954/RFEM/20184/0191-0191

Se estima que el 8-10% de la población experimentará al menos una crisis epiléptica a lo largo de su vida, por lo que constituye una causa común de consulta a los servicios de emergencia, a menudo subdiagnosticada. El principal desafío frente a un evento paroxístico consiste en determinar si se trata de una crisis epiléptica, ya que existen numerosos diagnósticos diferenciales y tienen diferentes tratamientos. Dentro de la evaluación inicial, el examen físico así como el interrogatorio al paciente y al testigo del evento son fundamentales para el diagnóstico. Durante muchos años se han buscado diversos signos y síntomas que nos ayuden a diferenciar entre las distintas causas de eventos paroxísticos (síncope, migraña, crisis no epilépticas psicógenas [CNEP], accidente isquémico transitorio, etc.) como la mordedura de la lengua, que tiene una especificidad del 95% para diferenciar síncope de crisis epiléptica pero no permite diferenciar de CNEP. Otro síntoma es la presencia de pánico durante el evento, que tiene una especificidad del 71.2% y sensibilidad del 71.1% para CNEP. La incontinencia urinaria no es patognomónica de crisis epilépticas y nos permite diferenciar entre las distintas causa de eventos paroxísticos¹.

Los estudios complementarios como los análisis de laboratorio son utilizados para identificar causas secundarias de crisis epilépticas (alteraciones metabólicas o tóxicas) y las neuroimágenes para descartar patologías estructurales. La tomografía computarizada (TC) es el método ideal para los servicios de emergencias ya que permite, en forma rápida, identificar patologías agudas que requieran una pronta resolución. La resonancia magnética es más sensible (64%) que la TC de cerebro en la identificación de causas de crisis epilépticas, pero los hallazgos que no son detectados en la TC no modifican el manejo inicial del paciente en el servicio de emergencia².

El segundo paso es evaluar la etiología de la crisis epiléptica, esto es, si fue una crisis sintomática aguda (CSA), una crisis sintomática remota o una crisis no provocada. Las CSA corresponden al 40-50% de las consultas, seguidas de las crisis sintomáticas remotas. Las etiologías de las CSA difieren entre los países desarrollados y los en vías de desarrollo. En los países desarrollados, en el 45% de los casos no se puede identificar la causa, y cuando es identificada es de origen tóxico (alcohol); en los países en vía de desarrollo, la causa más común son las infecciones de sistema nervioso central en un 36-50%, seguidas de los accidentes cerebrovasculares, las causas metabólicas y las tóxicas³.

Existen pocos trabajos científicos publicados en nuestra región, lo que dificulta el conocimiento epidemiológico. Conocer las causas más comunes de crisis epilépticas en Argentina es fundamental para un adecuado abordaje de esta patología. Este trabajo retrospectivo de 114 pacientes analizados en el Hospital Teodoro Álvarez es uno de los primeros publicados en nuestro país y muestra que las causas de crisis epilépticas son similares a las de los países en vías de desarrollo. Este aporte tan valioso nos va a permitir un mejor manejo y evaluación del riesgo de recurrencia en nuestra población.

Sol Pacha, Oscar Martínez

Servicio de Neurología, Hospital Británico de Buenos Aires, CABA

BIBLIOGRAFÍA

1. Kunze A, Reuber M. The first seizure as an indicator of epilepsy. *Curr Opin Neurol* 2018;31(2):156-61.
2. Tranvinh E, Lanzman B, Provenzale J, Wintermark M. Imaging evaluation of the adult presenting with new-onset seizure. *AJR Am J Roentgenol* 2018(9):1-11.
3. Rizvi S, Ladino LD, Hernandez-Ronquillo L, Tellez-Zenteno J. Epidemiology of early stages of epilepsy: Risk of seizure recurrence after a first seizure. *Seizure* 2017;49:46-53.