

# [Primera crisis epiléptica]



## [ Módulo Neuropediatría ]

### **Autores:**

**Rocío Jadraque Rodríguez, Francisco Gómez Gosálvez y Ana Elena Pascua Santamaría**

Fecha de elaboración: Marzo 2015

Fecha de consenso e implementación:

Fecha prevista de revisión: 3 años (o actualización previa relevante).

Nivel de aplicación: R1

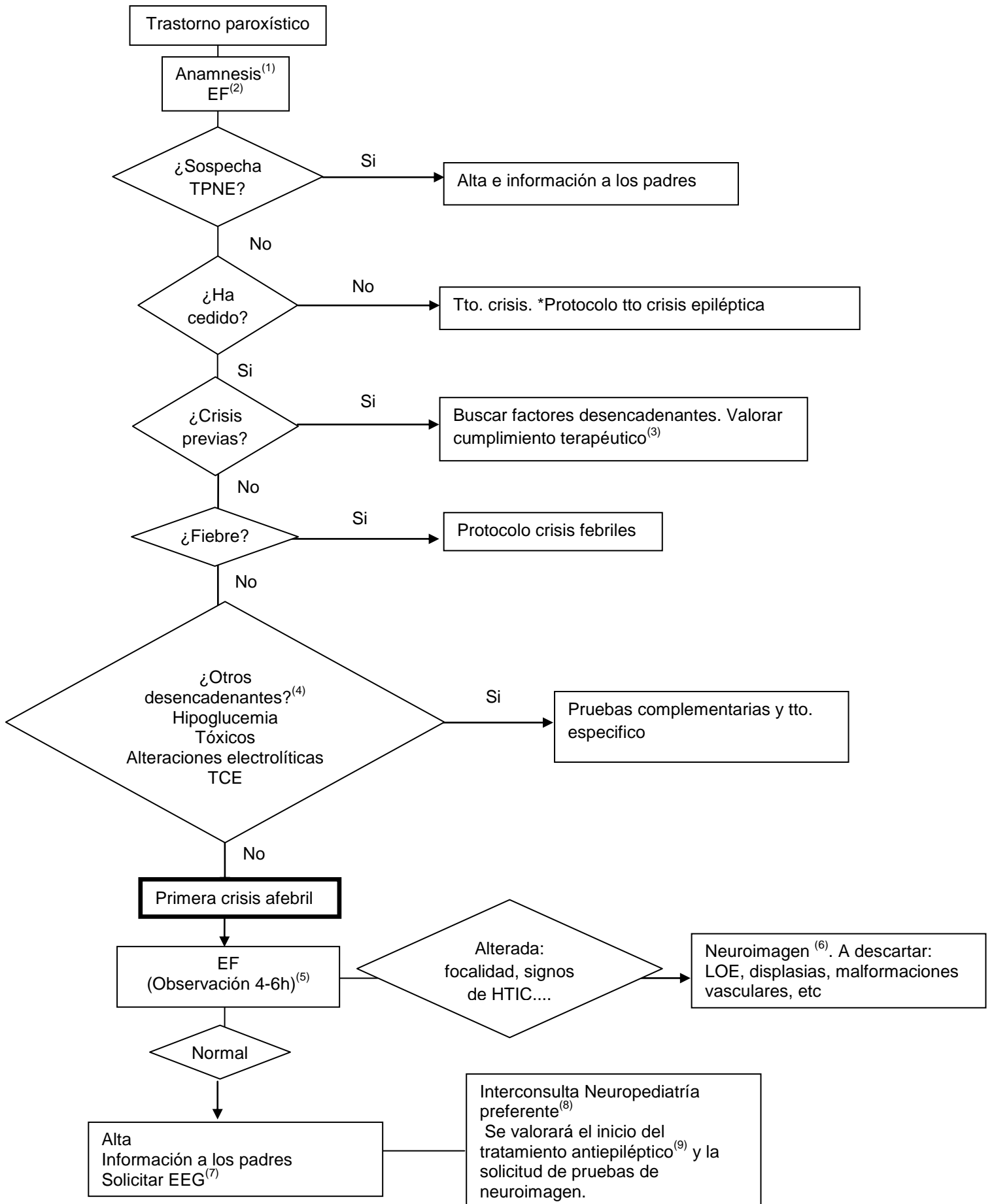
El 15 % de los niños menores de 15 años van a padecer trastornos paroxísticos. Un trastorno paroxístico es un episodio brusco e inesperado con clínica neurológica variada. De estos aproximadamente el 10% son trastornos paroxísticos no epilépticos, 3-4% son crisis febriles y 1-1,5% son crisis epilépticas.

Una crisis epiléptica es un consecuencia de descarga anormal y excesiva de un grupo neuronal y se manifiesta con síntomas motores, sensitivos, sensoriales, autonómicos y /o psíquicos. Para hablar de epilepsia tienen que producirse al menos dos crisis epilépticas separadas en más de 24 horas. Una crisis convulsiva es cualquier crisis con sintomatología motora.

Tipos básicos de Crisis Epilépticas	Subtipos de Crisis Epilépticas
<b>1. CRISIS PARCIALES O FOCALES</b>	Se distinguen crisis parciales simples, complejas y secundariamente generalizadas.
<b>1.1. Crisis parciales simples (CPS)</b> Sin alteración de conciencia	Con signos motores Con signos somatosensitivos Con signos sensoriales Con signos autonómicos Con signos psíquicos
<b>1.2. Crisis parciales complejas (CPC)</b> Con alteración de conciencia	Con inicio tipo CPS seguido de alteración de conciencia Con alteración de conciencia evidente desde el inicio
<b>1.3. Crisis parciales secundariamente generalizadas (CPSG)</b>	CPS con evolución a crisis generalizadas CPC con evolución a crisis generalizadas CPS que evolucionan a CPC y después a CPSG
<b>2. CRISIS GENERALIZADAS</b>	Se distinguen formas convulsivas y no convulsivas
<b>2.1. Con fenomenología convulsiva</b>	Crisis tónicas Crisis clónicas Crisis tónico-clónicas Crisis mioclónicas Crisis atónicas
<b>2.2. Con fenomenología no convulsiva</b>	Ausencias típicas Ausencias atípicas

Los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) son episodios bruscos e inesperados de con clínica neurológica variada que no son causados por descarga neuronal. Hay que tener en cuenta que algunos datos sugerentes de crisis epiléptica como la pérdida de conocimiento, los movimientos involuntarios, la incontinencia de esfínteres o la somnolencia posterior pueden estar presentes en los TPNE.

Trastornos paroxísticos no epilépticos	
<b>Crisis anóxicas</b> - Espasmo del sollozo - Síncope	<b>Trastornos paroxísticos del sueño</b> - Terrores nocturnos - Movimientos anormales durante el sueño - Alucinaciones - Narcolepsia-cataplejía
<b>Trastornos motores paroxísticos</b> - Tics - Coreoatetosis paroxísticas - Discinesias paroxísticas yatógenas - Torticolis paroxístico del lactante - Síndrome del sobresalto - Estremecimiento - Temblor mentoniano hereditario - Síndrome de Sandifer - Síndrome distonia-mioclonía	<b>Crisis de origen psicógeno</b> - Ataques de pánico - Pseudocrisis - Síndrome de Munchausen por poderes
	<b>Otros trastornos paroxísticos</b> - Vertigo paroxístico benigno - Masturbación - Ensoñación - Migraña



(1) Dentro de la anamnesis hacer hincapié en:

Antecedentes personales: problemas en periodo perinatal, desarrollo psicomotor, estado neurológico previo, convulsiones previas, enfermedad de base, tóxicos o medicamentos, TCE.

Antecedentes familiares: crisis febriles, epilepsia, sincopes, cardiopatías,..

Características de la crisis:

-Contexto: temperatura registrada, momento del día, donde estaba, que estaba haciendo, posibles factores precipitantes

- Características del episodio: sensaciones o síntomas previos, pérdida o no de conocimiento, tipo y secuencia de los movimientos, si asociaba desviación de la mirada, sonidos guturales, salivación, relajación de esfínteres, signos sensitivos, duración y características de postcrítico.

(2) Exploración física general y neurológica: Intentar descartar infección SNC, buscar signos de HITC, nivel de consciencia, focalidad neurológica, alteraciones neurológicas que hagan sospechar enfermedad de base.

(3) En niños con crisis previas buscar y tratar los posibles factores desencadenantes (fiebre, etc). En caso de sospecha de incumplimiento terapéutico se solicitarán niveles del fármaco antiepiléptico. (Acido Valproico, carbamacepina).

En caso de descompensación importante valorar ingreso.

(4) Ante una primera crisis, distinguir entre crisis epiléptica no provocada o crisis secundaria a un proceso agudo (crisis sintomática)..

Las crisis secundarias generalmente se acompañan de otros signos y síntomas propios de la enfermedad causante. Sospecharemos que la crisis es secundaria si: fiebre, TCE, alteraciones metabólicas (determinación de glucemia capilar lo antes posible), electrolíticas, tóxicas.

(5) Si tras un periodo de observación de 4-6 horas la exploración neurológica es normal, es posible remitir al paciente a domicilio.

Según los estudios alrededor del 50% de los casos presentará un nuevo episodio en los próximos meses, por lo que se darán instrucciones a los padres en caso de que se vuelva a repetir.

(6) De elección RMN. El TAC debe reservarse para situaciones de extrema urgencia.

(7) El EEG debe realizarse en todos los pacientes con sospecha de crisis epiléptica.

Pero, un EEG normal no descarta epilepsia, ya que una persona epiléptica puede tener un registro intercrítico normal por existir por actividad anómala intercrítica o por tratarse de un foco profundo; y un EEG anormal no siempre indica patología ( hasta 5% niños sanos pueden tener EEG alterado)

(8) Se realizará interconsulta a Neuropediatría de forma preferente (se comprometen a ver a el paciente en menos de 1 semana). Realizar también solicitud de EEG.

(9) El comienzo del FAE debe tener en cuenta la relación riesgo /beneficio del tratamiento en relación al riesgo de recurrencia y morbilidad de las crisis convulsivas. De forma general no se iniciará tratamiento antiepiléptico tras una primera crisis pues no modifica el pronóstico de la epilepsia a largo plazo, y se correría el riesgo de tratar a ese 30-70% de niños que nunca presentará recurrencias.

## **Bibliografía:**

1. Arteaga Manjón-Cabeza R. Primera crisis epiléptica. Protocolos actualizados al año 2008. Asociación Española de Pediatría.
2. Marchezan J, Ohlweiler L, Bragatti Winckler M.I, Ranzan J, Michelin Becker M, Riesgo R. Actitud en la primera crisis convulsiva. Rev.Med.Hond 2014; 82 (2) 1-108.
3. Molina Cabañero J.C, De la Torre Espí M. Convulsiones. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP
4. Angus Wilfong MD. Overview of the treatment of seizures and epileptic syndrome in children. UpToDate. Feb 2015.
5. Angus Wilfong MD. Clinical and laboratory diagnosis of seizures n infants and children. Feb 2015
6. Raspall Chaure M. Urgencias convulsivas en la infancia. Rev. Grupo SEN. 2009. 22-29
7. Alonso Salas MT, Palomino García A. Trastornos paroxísticos no epilépticos. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP