

CAPÍTULO V

Estado epiléptico

Luis Carlos Mayor, MD
Sección de Neurología
Fundación Santa Fe de Bogotá

DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el Estado Epiléptico (*Status Epiléptico*) como “condición caracterizada por crisis epilépticas continuas que duran al menos 30 minutos o convulsiones repetitivas sin recuperación de la conciencia entre cada una con una duración mayor o igual a 30 minutos”. La nueva clasificación de la Liga Internacional contra la Epilepsia establece una definición operacional más amplia, considerándolo como “una crisis que no muestra signos clínicos de detención después de una duración que va mas allá del promedio de tiempo para las crisis de su tipo en la mayoría de los pacientes, o crisis recurrentes sin recuperación de la función basal interictal del sistema nervioso central” (Blum 1998).

Actualmente se considera una nueva definición en la cual se plantea el estado epiléptico como una crisis con duración de más de 5 mi-

nutos, o dos crisis continuas sin recuperación completa del estado de conciencia. Esta nueva tendencia se debe al hecho de que usualmente una crisis epiléptica y en especial una crisis tonico-clónica, generalmente no tiene una duración mayor de dos minutos y a que en la medida que una crisis epiléptica se haga más prolongada, su control se torna más difícil.

CUADRO CLÍNICO

Clínicamente se emplean dos términos para definir las crisis epilépticas:

- Crisis convulsivas: son aquellas que presentan actividad motora, tales como mioclonías, crisis tónicas, clónicas, atónicas y tonico-clónicas.
- Crisis no convulsivas: no presentan actividad motora, como, por ejemplo, las ausencias y las crisis parciales complejas.

CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

TABLA 1.

1. Crisis Generalizadas Tónico- clónicas Tónicas Clónicas Ausencias Atónicas Mioclonías	2. Crisis Parciales <u>Simples:</u> Motoras Somatosensoriales Autonómicas Psíquicas <u>Complejas:</u> Simples con evolución a complejas Parciales complejas Complejas con generalización secundaria
3. Crisis No Clasificables	

Esta clasificación se fundamenta en criterios clínicos y electroencefalográficos. En algunos casos los pacientes pueden presentar dos o más tipos de crisis, como ocurre en la epilepsia mioclónica juvenil, donde se presentan mioclonías aisladas o asociadas a crisis tónico-clónicas o ausencias.

La nueva clasificación de la ILAE 2001 divide el estado epiléptico en la siguiente forma:

- **Estado Epiléptico Generalizado**
 - Estado Epiléptico Generalizado Tónico-clónico.
 - Estado Epiléptico Clónico.
 - Estado Epiléptico Ausencias.
 - Estado Epiléptico Tónico.
 - Estado Epiléptico Mioclónico.
- **Estado Epiléptico Focal**
 - Epilepsia Parcial Continua de Kojevnikov.
 - Aura Continua.
 - Estado Epiléptico Límbico (Estado Psicomotor).
 - Estado Hemiconvulsivo con Hemiparesia.

ETIOLOGÍA

Dentro de las causas más frecuentes de estado epiléptico en nuestro medio se encuentran:

- Suspensión o disminución de la medicación anticonvulsivante (ocasionalmente cambio a un medicamento “genérico” supuestamente de calidad).
- Evento cerebro-vascular isquémico o hemorrágico.
- Trastorno metabólico (hiponatremia, hipocalcemia, hipoglicemia, etc.).
- Tóxicos o empleo de drogas recreacionales (cocaína, etc.).
- Infección de SNC (meningitis, encefalitis).
- Trauma.
- Tumor cerebral.
- Primera manifestación de una epilepsia.

- Epilepsias de difícil control que ocasionalmente se presenta con estados epilépticos recurrentes (Síndrome de Lennox Gastaut, etc).

EVALUACIÓN Y ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

1. Primera Convulsión- Causa Desconocida (estado de conciencia normal).
 - Niveles de glicemia, sodio y calcio, electroencefalograma (EEG).
 - Punción lumbar (PL) siempre si hay fiebre o se sospecha de hemorragia subaracnoidea (HSA).
 - Tomografía axial computadorizada (TAC) de cráneo, simple y con contraste o resonancia magnética cerebral (RC).
 - Cuadro hemático, nitrógeno uréico sanguíneo (BUN), creatinina, magnesio, potasio.
2. Primera Convulsión- Causa Desconocida (Estado de conciencia anormal).
 - Niveles de glicemia, sodio y calcio, EEG, TAC de cráneo simple y con contraste o RC.
 - PL siempre si hay fiebre o sospecha HSA.
 - Hemograma, niveles de etanol y tóxicos, gases arteriales, BUN (nitrógeno uréico sanguíneo), creatinina, magnesio, prueba de embarazo, ECG.
3. Trastorno Convulsivo Conocido- Patrón Normal (Estado de conciencia normal).
 - Niveles de medicación anticonvulsivante.
 - Otros exámenes según sugiera la Historia clínica.
4. Trastorno Convulsivo Conocido- Patrón Atípico o Estado de Conciencia Anormal.
 - Niveles de glicemia, sodio y calcio, EEG, TAC de cráneo simple y con contraste o RC.

- PL siempre si hay fiebre o sospecha de HSA.
- Hemograma, niveles de etanol y tóxicos, gases arteriales, BUN, creatinina, magnesio, prueba de embarazo, ECG.

5. Alcohólicos

- Niveles de glicemia, sodio, magnesio y calcio, EEG, TAC Cráneo simple y con contraste o RC.
- PL siempre si hay fiebre o sospecha de HSA.
- Hemograma, niveles de etanol y tóxicos, gases arteriales, BUN, creatinina, magnesio, prueba de embarazo, ECG.

6. Consideraciones Especiales: Paciente con Historia o Hallazgos Sugestivos de:

- Coagulopatía, trastorno plaquetario o uso de anticoagulantes: hemograma, pruebas de coagulación, TAC de cráneo simple.
- Insuficiencia renal: sodio, potasio, calcio, magnesio, BUN, creatinina.
- VIH/Inmunosupresión: hemograma, ELISA HIV, PL, RC.
- Ingestión o exposición a tóxicos: etanolemia, pruebas toxicológicas.
- Síndrome QT largo: ECG.
- Cáncer: RC.
- Trauma craneoencefálico (TCE): TAC de cráneo simple y con contraste.
- Meningismo: PL, TAC de cráneo simple y con contraste o RC.

TRATAMIENTO

Generalizado tonico-clónico: siendo el que pone en mayor riesgo la vida del paciente, se debe proceder con rapidez para lograr un buen y rápido control; entre mayor sea el tiempo transcurrido se hace más difícil lograr el control de la crisis.

Crisis parciales: pueden manejarse con los mismos medicamentos, pero en forma menos agresiva. Es posible que en algunos de estos casos sea más difícil el control, especialmente cuando se asocian con eventos cerebrovasculares agudos o con alguna otra lesión cerebral estructural.

ESTADO EPILÉPTICO

1. ABC.
2. Monitoría ECG y respiratoria.
3. Control de temperatura.
4. Acceso IV con SSN.
5. Tiamina 100 mg IV.
6. DAD 50% 2 mL/kg en bolo inmediatamente.
7. Diazepam 0,3 mg/kg en 1-2 minutos o 10 mg IV en adultos; opcional: lorazepam 0,1 mg/kg IV a 1-2 mg/minuto; opcional: clonazepam 0,01-0,02 mg/kg IV en 1-2 minutos.
8. Posteriormente fenitoína 15-20 mg/kg diluida en SSN, pasar en mínimo 20 minutos.
9. Si no se logra control, dosis adicional de diazepam 0,3 mg/kg (máximo 20 mg).
10. Si no se logra control, dosis adicional de fenitoína 10 mg/kg o fenobarbital 20 mg/kg IV a 50 mg/min.
11. Si se obtiene control, el paciente debe ser valorado por neurología y traslado a UCI.

COMPLICACIONES

- Encefalopatía hipóxica.
- Hipertensión / hipotensión arterial.
- Broncoaspiración.
- Edema pulmonar neurogénico.
- Insuficiencia renal aguda por rhabdomiólisis.
- Fracturas óseas o aplastamiento de cuerpos vertebrales.
- Arritmias.
- Colapso cardiovascular.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Blum D. Antiepileptic drug development. *Advances in Neurology*. Lipincott-Raven Publisher. Philadelphia, 1998.
2. Bradford J, Kyriakedes C. Evaluation of the patient with seizures: An evidence based approach. *Emerg Clin North Am* 1999; 17:203-220.
3. Brown T, Holmes G. Epilepsy. *N Engl J Med* 2001; 344:1145-1151.
4. Devinsky O. Patients with refractory seizures. *N Engl J Med* 1999; 340:1565-1570.
5. Dichter M. New antiepileptic drugs. *N Engl J Med* 1996; 334:1583-1590.
6. Engel J. *Epilepsy. A Comprehensive Textbook*. Lipincott-Raven Publishers. Philadelphia, 1998.
7. Faught E. Choice of antiepileptic drug II: Mechanisms of action and efficacy. *Annual Education Program AAN*, 1998.
8. Johnson R. *Current therapy in Neurologic Disease*. Mosby. St Louis, 2002.
9. Josemir W, Sauder S. New drugs for epilepsy. *Current opinion in neurology*. 1998; 11:141-148.
10. Privitera M. Evidence based medicine and antiepileptic drugs. *Epilepsia*. 1999; 40:47S-56S.
11. Privitera M. Clinical manifestations of seizures. *Annual Education Program AAN*, 2000.
12. Sirven J. Diagnosis and managment of status epilepticus. *Annual Education Program AAN*, 1998.