

Epilèpsia, síncope, mareig?

A propòsit d'un cas...

Estefania Gallego Peña (R2)

Marta Cantero Calvo

CS Sant Julià de Vilatorca



abs santa eugènia de berga

CAS CLÍNIC

Pacient de 68 anys...

- **ANTECEDENTS PERSONALS:**
 - No al·lèrgies medicamentoses conegudes
 - No hàbits tòxics
 - Estat basal: Viu sol. Independent per a les ABVD
- **ANTECEDENTS PATOLÒGICS:**
 - Fòbia social i TOC en seguiment per psiquiatria
 - Hipertensió arterial
 - Síncope amb TCE → HSA traumàtica al 2016
 - Episodis sincopals estudiats a Cardiologia amb Holter i Ecocardiograma normal
 - Pioderma gangrenós
 - Diverticulosi intestinal

- **Medicació habitual:**

- Zyprexa[®] 5 mg 1-0-0-0

- Valium[®] 10 mg 1-1-0-1

- Omeprazol 20 mg 1-0-0-0

- Lormetazepam 1mg 0-0-0-2

- Enalapril/Hidroclorotiazida 20/12.5 mg 1-0-0-0



- MALALTIA ACTUAL

- **28/05/2018:** Quadre sincopal mentre dinava al seu domicili. Consulta urgències de l'HGV →

- ECG: RS amb bloqueig bifascicular: BCBDHH + HAE

- Rx tòrax: Cardiomegàlia + redistribució vascular.

- Analítica normal.

- OD: Síncope i bloqueig bifascular → Es deriva a CCEE de cardiologia.



- **29/05/2018:** Estant a “la Caixa” de SJV avisen al consultori per episodi de desconnxió, sense pèrdua de consciència, no resposta a estímuls, no pèrdua de to muscular (assegut), desviació de la mirada, període post-crític amb vòmits. No recorda res



- Al consultori → Nou episodi similar
- Es deriva novament a URG de l'HGV

– URGÈNCIES:

- EF.- Normal
- ECG, analítica, Rx de tòrax sense canvis i TC cranial normal



→ Nova crisi amb desviació ocular a la dreta amb mínim element convulsiu generalitzat. Recuperació immediata

» Impregnació amb Fenitoïna 20mg/Kg en 30 minuts + manteniment a 6 mg/Kg/24h + ingrés a MI

- **INGRÉS A MI:**
 - A planta: Desorientat, fa diverses crisis similars
 - Exploracions complementàries:
 - PL: Hematies 68; Leucòcits 1; Glucosa 69, Proteïnes 29
 - Analítica sang: Normal
 - EEG: Normal
 - **OD: Epilèpsia.** Crisi parcial complexa amb desviació ocular a la dreta amb mínim component convulsiu clònic generalitzat. Probables absències
 - Tractament: Levetiracetam ev a dosis d'impregnació → oral

- A L'ALTA:
 - Diazepam 10 mg 1-0-1
 - Levetiracetam 500 mg 1-0-1
 - Lormetazepam 1 mg 0-0-1
- Visita amb Neurologia pendent.
- Visita amb Cardiologia (11.06.18):
 - Pèrdua de coneixement secundària a epilèpsia.
 - Sol·licita nou Holter per alteració en la conducció.
 - Derivar si Holter patològic.

CRISIS COMICIALS EN ATENCIÓ PRIMÀRIA



De què parlem?

- **DEFINICIONS:**

- Convulsió: Conseqüència d'una **descàrrega neuronal cerebral excessiva** que pot produir pèrdua de coneixement, moviments involuntaris, fenòmens sensitius o sensorials anormals, hiperactivitat autònoma i/o alteracions conductuals
- Estatus epilèptic: convulsió **prolongada** o **immediatament recurrent**, sense retorn a la consciència
- Epilèpsia (OMS): Afecció **crònica** d'origen divers, caracteritzada per **repetició de crisis convulsives** degudes a una descàrrega excessiva de les neurones cerebrals, associades a símptomes clínics

CRISI CONVULSIVA ≠ EPIILÈPSIA

Epidemiologia

- Prevalença: 300-600/100.000 (freqüent)
- Incidència 50-60/100.000 hab/any
 - La incidència varia amb l'**edat**:
 - Màxima en la infància –adolescència > joves
 - Increment > 60 anys

Què ho pot ocasionar?

- ETIOLOGIA:

- *Factors genètics i relacionats amb el naixement*: Influència genètica, cromosomopaties, infeccions, anòxia, traumatisme en el part
- *Factors hereditaris*: Neurofibromatosi, esclerosi tuberosa, síndrome Sturge-Weber
- *Malalties infeccioses*: Meningitis, encefalitis, abscess
- *Tòxics*: Metalls, CO, fàrmacs (AD) i abstinència, al·lèrgies
- *Traumatismes cranials*
- *Malalties cardiovasculars*: hemorràgia subaracnoidal, trombosi de sinus venosos, encefalopatia hipertensiva, síncope
- *Alteracions nutricionals i metabòliques*: Hiponatrèmia, hipoclacèmia, deshidratació, hipoglucèmia, aminoacidopaties, deficiència vitamínica, porfíria aguda intermitent
- *Neoplàsies*: intracranials primàries, metastasi, limfoma, leucèmia
- *Crisis febrils*

Etiología más probable per edat

Tabla 1, Etiología más frecuente por grupos de edad,

Neonatos	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxia e isquemia perinatal. • Hemorragias intracraneales y traumatismos. • Infección SNC. • Trastornos genéticos y metabólicos. • Abstinencia a drogas (cocaína, heroína, etanol). 	
Lactantes y niños (1-12 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis febriles. • Trastornos genéticos, • Trastornos del desarrollo. • Infecciones del SNC. • Traumatismos. 	
Adolescentes (12-18 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos. • Trastornos genéticos. • Infecciones SNC. • Drogas y abstinencia alcohólica. • Tumores cerebrales. 	
Adultos	18-35 años	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos. • Abstinencia a alcohol. • Consumo de drogas. • Tumores cerebrales. • Autoanticuerpos.
	35-50 años	Tumores
	>50 años	ACV
		<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia alcohol. • Trastornos metabólicos. • Enfermedades degenerativas SNC.

ACV: accidente cerebrovascular.

Classificació

Clasificación Operacional de los Tipos de Crisis, Versión Extendida ILAE 2017¹.

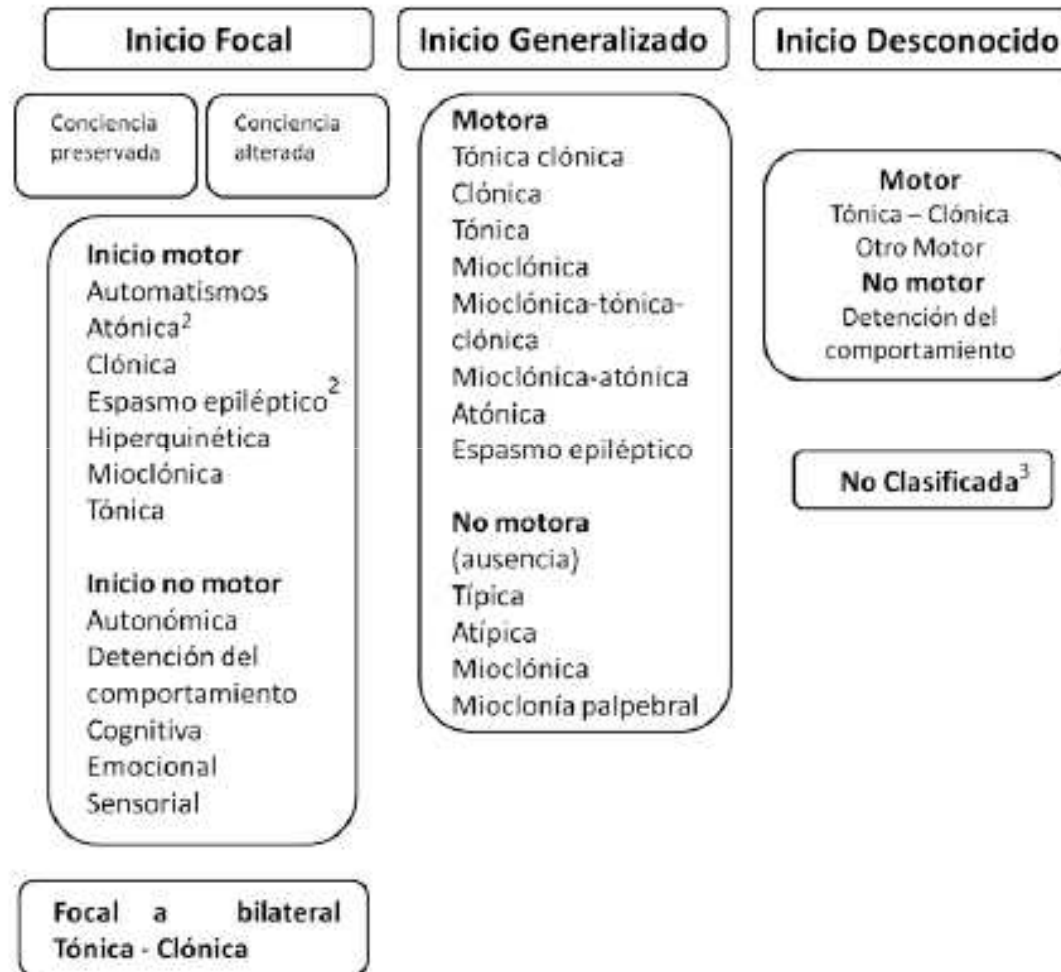


Figura 2. Clasificación Operacional Extendida de los tipos de crisis, ILAE 2017.

Com orientar el diagnòstic?

- Anamnesi
 - Antecedents familiars
 - Antecedents personals (perinatals)
 - Malaltia actual – Testimoni**
 - Es tracta realment d'una crisi convulsiva?
 - Quin tipus de crisi?
 - Etiologia de la crisi
- Exploració física
 - EF, PA, FC, T^o.
 - Exploració neurològica completa amb fons d'ull

- Exploracions complementàries

- INICIALS:

- Glicèmia capil·lar
- Analítica bàsica (hemograma i bioquímica)
 - T3, T4, TSH
 - Estudis immunològics en sèrum i LCR
 - Altres: Àcid làctic, vitamina B6, serologies bacterianes i víriques, coure sèric i en orina, ceruroplasma (Wilson), tòxics en orina, nivells de fàrmacs antiepilèptics.

Tabla 2. Valores de laboratorio que definen una crisis de origen metabólico.

Glucosa sérica	<36 mg/dl o >450 mg/dl
Sodio sérico	<115 mg/dl
Calcio sérico	<5,0 mg/dl
Magnesio sérico	<0,8 mg/dl
Nitrógeno ureico (BUN)	>100 mg/dl
Creatinina	>10,0 mg/dl

- ECG (12 derivacions)
- Punció lumbar

– POSTERIORS:

- TC → Imprescindible en molts casos en diagnòstic d'urgència
 - » Sospita lesió intracranial aguda davant una primera crisi
 - » Portadors de marcapassos, catèters, dispositius estimulació elèctrica, etc.
- RMN cerebral
 - » Diagnòstic de crisis focals , generalitzades i no classificables
 - » Crisis incontrolables en una epilèpsia ben controlada
 - » Canvia en el patró de les crisis
 - » Epilèpsies refractàries
- EEG → En el moment de la crisi o intercrisi
- Test neuropsicològics
- Test genètic

Diagnòstic diferencial



Grup d'edat	Patologies DD
Neonats - Infants	Apnea Tremolor Mioclònies benignes de la infància Síncope vasovagal Síndrome febril VPB Tics Parasòmnies
Adolescents i adults	Pseudocrisis Síncope vasovagal Migranya AVC Sacsejades hipnagògiques
Ancians	AIT Síncope cardiogènic "Drop attack" Amnèsia global transitòria

Crisis psicògenes no epilèptiques o pseudocrisis

- Entitat més comú diagnosticada erròniament com a epilèpsia (90%)
- Episodis transitoris amb moviments involuntaris anormals, sensacions i/o experiències similars a les que es descriuen a l'epilèpsia
- Tenen una base psicològica
- No s'acompanyen d'activitat epileptiforme a EEG
- Dones joves

- DIAGNÒSTIC:
 - Història clínica:
 - Resistència a tractament antiepilèptic (fins el 80% dels casos)
 - Alta freqüència d'episodis convulsius (diaris i més d'un al dia)
 - *Triggers* específics no habituals en epilèpsia
 - En presència d'altra persona
 - Presència de diagnòstics: fibromiàlgia, dolor crònic +/- diagnòstics psiquiàtrics/història psicosocial

 - Exploració: Valorar estat mental; comportament general; sobredramatització; trets histriònics de la personalitat

Diagnòstic diferencial entre CNEP i epilèpsia		
Semiologia	Crisi epilèptica	CNEP
Manifestacions ictals		
Estereotipats	Si	Poden ser-ho
Duració	Segons a pocs minuts	Prolongats (> 2 minuts)
Inici en son	Si, especialment frontals	No "semblen dormits"
Curs	Brusc i progressiu	Fluctuant
Manifestacions motores		
Moviments asincrònics	Infreqüents	Freqüents
Interrupcions	Infreqüents	Freqüents
Moviments pèlvics	En crisis frontals	Freqüents
Ulls	Oberts en convulsions	Tancats en convulsions
Mossegada de llengua	Lateral	No
Opcionisme	No	Si
Manifestacions autonòmiques i emocionals		
Resposta pupil·lar	Pot estar alterada	Normal
Freqüència cardíaca	Elevada	Sol ser normal
Plor i queixit	Infreqüent	Freqüent
Cianosi	Comú en convulsions	No
Període post ictal		
Respiració	Alterada	Normal
Confusió	Freqüent	Infreqüent
Cansament	Freqüent	Infreqüent
Amnèsia	Freqüent	Solen recordar el que ha passat

- EEG: diversos EEG normals
- Monitorització Vídeo – EEG “gold standard”
 - No hi ha canvis EEG durant la crisi
 - Clínica incongruent amb les troballes en EEG
 - No valorable per artefactes
- Tècniques de provocació, procediments d'activació o inducció
 - Diagnòstic incert
 - No evidència d'atacs espontanis durant la monitorització

Síncope

- Pèrdua transitòria de consciència
- Inici i final abrupte
- El pacient perd el to postural
- Pròdroms (aures)
- Es recupera als pocs segons o minuts (no post-crític)
- Quan és prolongat, es pot associar a moviments tremòrics -> síncope convulsiu
 - La fase tònica i/o clònica sol anar precedida d'una fase hipotònica.

Que farem davant una crisi?

- **URGENT** (durant la crisi)
 - Evitar que el pacient es faci mal
 - Apartarem objectes
 - Evitarem mossegada de llengua o faci aspiracions (tub de Guedel)
 - Posició de seguretat quan cedeixi crisi
 - Si la crisi cedeix de forma espontània → No administrar fàrmacs
 - Si es sospita d'estatus epilèptic o aparició de noves crisis:
 - Diazepam 10 mg (2mg/min) o 2 mg de clonazepam iv o rectal
 - Si no cedeix → URGÈNCIES HOSPITALÀRIES
 - ** Si es sospita d'etilisme: Tiamina 100 mg im + 50 ml glucosa al 50%
 - Determinar si presenta bradicàrdia i glicèmia capil·lar
 - Si no és epilèptic conegut i no es pot fer observació → Trasllat a URGÈNCIES HOSPITALÀRIES

- NO URGENT

- PRIMERA CRISI.

- Buscar factor precipitant (alcohol, hipoglucèmia, cocaïna)
 - Sol·licitar TC cranial
 - Derivar a Neurologia
 - Si es van repetint crisis es pot iniciar tractament

- EPILEPSIA JA CONEGUDA

- Pren bé la medicació? Altres desencadenants? (febre, estrés, falta de son)
 - Sol·licitar valors plasmàtics de medicació.

Tractament farmacològic

- *Inici del tractament farmacològic*
 - Es recomana iniciar tractament:
 - Després d'una primera crisi si el pacient presenta risc (*) elevat de recurrència i desitja iniciar-lo.
 - Després d'un estatus epilèptic, d'una primera crisi tonico – clònica generalitzada en l'embaràs, d'una crisi no provocada en pacients ancians o incapacitats i en pacients VIH +.
 - Patologia cerebral estructural.

Tabla 4. Índice pronóstico de recurrencia,

Puntuación de inicio	
1 crisis epiléptica antes de la 1ª consulta	0
2 o 3 crisis epilépticas antes de la 1ª consulta	1
>4 crisis epilépticas antes de la 1ª consulta	2
Sumar si está presente	
Trastorno o déficit neurológico, trastorno del aprendizaje o retraso en el desarrollo	1
EEG anormal	1
Bajo riesgo: puntuación 0. Riesgo intermedio: puntuación 1. Riesgo alto: 2-4.	

La elección del fármaco debe basarse en la efectividad para el control de los síntomas, sus efectos adversos, interacciones con otros fármacos, presencia de comorbilidades, edad, estilo de vida, preferencias del paciente y coste (Schachter SC, 2016b).

Resum de tractaments farmacològics

- *Tractament crisis focals:*

Tabla 5, Tratamiento de las crisis focales.

Adultos	<ul style="list-style-type: none">• 1ª opción: LEV, LTG, OXC.• 2ª opción: ZNS, VPA, CBZ, TPM, GBP.• 3ª opción: ESL, CLB, LCM, PB, PGB, PHT, RTG, TGB, VGB.
Niños	<ul style="list-style-type: none">• 1ª opción: LEV, LTG, OXC.• 2ª opción: CBZ, GBP, VPA.• 3ª opción: CLB, PB, PHT.

CBZ: carbamazepina; CLB: clobazam; ESL: eslicarbazepina; GBP: gabapentina; LCM: lacosamida; LEV: levetiracetam; LTG: lamotrigina; OXC: oxcarbazepina; PB: fenobarbital; PGB: pregabalina; PHT: fenitoína; RTG: retigabina; TGB: tiaqabina; TPM: topiramato; VGB: vigabatrina; VPA: ácido valproico; ZNS: zonisamida.

- *Tractament de crisis generalitzades:*

Tabla 6. Tratamiento de las crisis generalizadas.

Crisis tónico-clónica	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª opción: VPA, LTG. • 2ª opción: LEV, TPM. • 3ª opción: ZNS, CLB, RFM.
Mioclónías	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª opción: VPA, LEV. • 2ª opción: TPM, LTG. • 3ª opción: CZP, ZNS.
Ausencias	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª opción: VPA, ESM, LTG. • 2ª opción: TPM, CLB, CZP. • 3ª opción: LEV, ZNS.

VPA: ácido valproico; LTG: lamotrigina; LEV: levetiracetam; TPM: topiramato; ZNS: zonisamida; CLB: clobazam; RFM: rufinamida; CZP: clonazepam; ESM: etosuximida.

- Situacions especials:

- Dona edat fèrtil i epilèpsia:

- Major prevalença SOP (associat a ús VPA) i majors xifres infertilitat
 - Augment de crisis en període perimenstrual, ovulació, fase luteínica (epilèpsia catamenial) → Augmentar dosi
 - » Clobazam 10-30 mg/dia perimenstrual
 - » Acetazolamida 250 mg/dia perimenstrual i ovulatori
 - » Progesterona si cicles anovulatoris i es fan servir ACOs
 - No evidència de ACOs combinats augmenten freqüència de crisis
 - Fàrmacs epilèptics teratògens (VPA)
 - Àcid fòlic en totes les dones fèrtils que fan tractament antiepilèptic
 - No CI el part vaginal ni anestèsia epidural
 - No CI per la lactància. No penetren a la llet: PHT, PB, CBZ i VPA (1^o generació)
 - No CI ús anticoncepció d'emergència

– Ancians:

- Levetiracetam
- Lamotrigina

Tabla 7. Elección del fármaco antiepiléptico en el anciano en función de las comorbilidades asociadas.

Comorbilidad	Fármaco de elección
Arritmias cardiacas	BZD, VPA y LEV.
Cardiopatía	GBP, LEV, LTG, TPM, VPA y ZNS.
Insuficiencia respiratoria	LEV, VPA y LCM.
Insuficiencia hepática	TPM, GBP, LEV, PGB y LCM.
Insuficiencia renal	BZD, CBZ, PHT, VPA y LTG.
Discapacidad mental y deterioro cognitivo	LTG, GBP, LEV, OXC, ESL y LCM.
Trastornos psiquiátricos	BZD, CBZ, OXC, ESL, LCM, LTG y VPA.

BZD: benzodiazepina; CBZ: **carbamazepina**; ESL: **eslicarbazepina**; GBP: **gabapentina**; LCM: **lacosamida**; LEV: **levetiracetam**; LTG: **lamotrigina**; OXC: **oxcarbazepina**; PHT: **fenitoína**; PGB: **pregabalina**; TPM: **topiramato**; VPA: **ácido valproico**; ZNS: **zonisamida**.

- Epilèpsia refractària (o resistent a fàrmacs)
 - Combinació de fàrmacs
 - Cirurgia si no es controla (resecció de zona epileptògena)
 - Alternatives: Procediments de desconexió, estimulació vagal o cerebral, cirurgia pal·liativa

Quan hem de derivar?

(Jetté N, 2016)

- Davant la **sospita** de crisi epilèptica **sempre derivar a especialista** per confirmar diagnòstic i iniciar tractament adequat
- Altres criteris:
 - Dubtes en el diagnòstic
 - Presència de lesions en les proves d'imatge cerebral (malformacions, ictus...)
 - Sospita de resistència al tractament
 - Efectes secundaris dels fàrmacs
 - Comorbilitat psicològica o mental

S'ha resolt del tot?

- *Podem retitrar la medicació?*
 - Si no presenta crisis en un període entre 2-5 anys:
 - Reduir la medicació lentament (entre 6-9 mesos) fins la suspensió
 - 30% podrien tornar a presentar crisis
 - EEG sense alteracions en el tractament
 - Crisis focals o tonico-clòniques primàries o secundàries
 - Examen neurològic/CI normals.

Quin és el pronòstic?

- Probabilitats:
 - Remissió de forma espontània 20-30%
 - Remissió sota tractament 30-40%
 - 20-30% seguiran amb crisis a pesar de tractament**
- Factors de mal pronòstic i mort sobtada per epilèpsia :
 - Epilèpsia a edats primerenques
 - Retard mental
 - Crisis tonico- clòniques generalitzades
 - Crisis nocturnes
 - Crisis no observades
 - Epilèpsia de difícil control (politeràpia)
 - Falta d'adherència al tractament

Podem fer alguna cosa més?

- *Activitats preventives*
 - PREVENCIÓ PRIMÀRIA:
 - Millorar assistència al part
 - Prevenció d'accidents



– PREVENCIÓ SECUNDÀRIA:

- Evitar factors desencadenants
- Vida sana
- Evitar conducció d'automòbils mentre la malaltia no estigui controlada i no practicar esports de risc potencial
- Fer vida normal, sense sobreprotecció.
- Dona epilèptica pot prendre ACO (valorar interaccions)
- Gestació: No suspendre medicació. (Àcid valproic i carbamazepina CI)**
- La capacitat per treballar dependrà de la freqüència de les crisis.

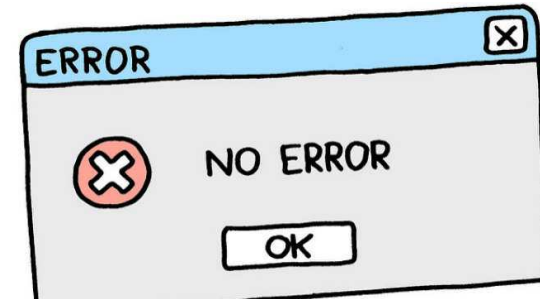


Idees clau



- No establir mai el diagnòstic sense una clínica convincent, encara que el EEG mostri signes irritatius
- Tenir sempre present quadres d'origen psiquiàtric
- Recordar que alguns anticomicials poden disminuir l'eficàcia dels ACO
- Nens amb convulsions febrils → Diazepam rectal durant la crisi

Errors freqüents



- Diagnosticar una epilèpsia per una crisi convulsiva
- Davant episodis estranys, recurrents i paroxístics no prensar en crisis focals com a possible causa
- Adults amb pèrdua de consciència, no descartar la crisi convulsiva com a causa
- En estudi de pèrdua de consciència no interrogar als testimonis per diagnosticar o descartar crisis
- En adult amb una primera crisi, no fer un estudi d'imatge

Bibliografía

- Guia clínica Fisterra
 - <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/epilepsia/>
- Guia Actuación en atención Primaria (4ª edición)
- Benbadis, S. (2015) The differential diagnosis og epilepsy. A critical review. *Epilepsy & behaivour*