



Definiendo Epilepsia Idiopática Generalizada

GUÍA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

¿Qué es la epilepsia idiopática generalizada?

La epilepsia idiopática generalizada, abreviada EIG, es un grupo de epilepsias que tiene muchas características diferentes. También es llamada epilepsia generalizada “primaria” o “genética.” El término “idiopática” lleva al pensamiento equivocado de que significa que la “causa es desconocida”, lo cual no es cierto en este caso.

**Doctors
of USF Health**

CARACTERÍSTICAS

Las epilepsias generalizadas idiopáticas tienen las siguientes características:

- Son genéticas y no causadas por ninguna anomalía cerebral física. Lo que significa que el cerebro es anatómicamente normal.
- Básicamente representan un umbral genético bajo (o alta susceptibilidad) para las convulsiones.
- Por lo tanto, muchas veces, pero no siempre, existe el antecedente familiar de epilepsia. (Si cada persona tuviera 50 hermanos, los pacientes con EIG tuvieran más frecuentemente un familiar afectado).
- Para algunos tipos específicos (por ejemplo, epilepsia mioclónica juvenil) el cromosoma y el gen han sido identificados. En otros tipos será probablemente identificado en el futuro.
- Las crisis son especialmente sensibles a la falta de sueño.
- Tienen a comenzar en la niñez o adolescencia, aunque pueden no ser diagnosticadas hasta la adultez.

- Las personas con EIG tienen inteligencia normal, exámenes neurológicos normales, e IRM normales.
- Aunque son claramente genéticas, no se transmiten de manera predecible como, por ejemplo, la hemofilia o la fibrosis quística.

TIPOS DE CRISIS

- Los pacientes con EIG tienen uno o más de 3 tipos de convulsiones (primarias generalizadas): mioclónica, ausencia y generalizada tónico-clónica.
- Un tipo puede ser el único o principal tipo en un paciente.
- Las crisis generalizadas tónico-clónicas son convulsiones de todo el cuerpo que duran 1-2 minutos, y son el tipo más común y más dramático de convulsión.
- Las crisis de ausencia son episodios de mirada perdida con pérdida de contacto detenimiento de la actividad, frecuentemente acompañados de parpadeo involuntario, que dura solo unos pocos segundos.
- Las crisis mioclónicas son contracciones musculares muy breves y aisladas que tienden a ocurrir en las mañanas.

Definiendo

Epilepsia idiopática generalizada

¿CÓMO HACEMOS EL DIAGNÓSTICO?

- Puede ser difícil, y algunas veces imposible, hacer un diagnóstico preciso del tipo de epilepsia (a parte de solo “epilepsia” o “trastorno convulsivo”).
- Usualmente inicia a edad temprana.
- Los tipos de convulsiones vistos en la EIG fueron descritos anteriormente.
- Las funciones intelectuales, el examen neurológico, y las imágenes IRM están normales en la EIG.
- La electroencefalografía (EEG) es el único test definitivo para confirmar el diagnóstico de EIG. Desafortunadamente, un solo EEG es frecuentemente normal en pacientes con epilepsia, y en estos casos no es útil. Cuando el EEG es anormal en EIG es muy característico, con varias combinaciones de complejos de punta-onda, puntas o polipuntas generalizados, algunas veces desencadenados por una luz intermitente (fotosensibilidad).

SUBTIPOS DE EIG

Dependiendo de la edad de inicio, el tipo predominante de convulsión, y los hallazgos en EEG, varios subtipos de EIG existen:

- La ausencia infantil: típicamente comienza entre los 4 y los 10 años de edad. El tipo principal de crisis es la ausencia típica, que es breve (alrededor de 10 segundos), pero ocurre frecuentemente (usualmente > 10 diarios). Alrededor de 50% de los pacientes también tienen convulsiones tónico-clónicas generalizadas, y algunos pocos también convulsiones mioclónicas. El EEG muestra patrones de complejos de punta-onda muy característicos.
- La epilepsia mioclónica juvenil (EMJ): típicamente comienza en la adolescencia (12-18 años), y es caracterizada por contracciones mioclónicas, particularmente en las mañanas. Cuando ese ataques (mioclónicos) se repiten, a menudo sigue una convulsión completa tónico-clónica. El EEG muestra patrones muy característicos llamados polipuntas generalizadas, frecuentemente con complejos de punta-onda de 3-5 Hz generalizados.
- La Epilepsia con convulsiones del gran mal consiste principalmente en convulsiones tónico clónicas generalizadas, que pueden ser más frecuentes en las mañanas. El EEG puede mostrar cualquiera

de los patrones mencionados anteriormente o puntas generalizadas.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER EL TIPO DE EPILEPSIA QUE TENGO?

- Porque las opciones de tratamiento no son exactamente las mismas para las EIGs que para las epilepsias parciales. Algunos fármacos funcionan mejor que otros para este tipo de epilepsia (vea más adelante).
- Por otro lado, la cirugía nunca es una opción en este tipo de epilepsia.
- Porque el pronóstico es muy diferente.

TRATAMIENTO

- Las EIGs son generalmente fáciles de tratar, es decir, responden bien a la medicación en un 90% de los pacientes.
- Muchas EIGs pueden desaparecer acerca de la adolescencia.
- Muchas EIGs son diagnosticadas erróneamente como “crisis parciales complejas” (epilepsia parcial), lo que resulta en una selección pobre de medicamentos como, por ejemplo la fenitoína (Dilantín), la carbamazepina (Tegretol), o la gabapentina (Neurontin).
- Muchos medicamentos están disponibles para el tratamiento de la epilepsia, pero no todos son apropiados para este tipo de epilepsia.
- La fenitoína (Dilantín), la carbamazepina (Tegretol), la gabapentina (Neurontin), la tiagabina (Gabitril), la oxcarbamazepina (Trileptal) son medicamentos excelentes para las crisis parciales (focales), pero no son eficaces en las EIGs. De hecho, pueden empeorar algunas crisis. Esto es problemático ya que la fenitoína y la carbamazepina son los medicamentos más usados para las convulsiones en USA.
- El clásico fármaco de elección para las EIGs es el ácido valproico (Depakote), pero tiene efectos secundarios, especialmente en las mujeres. Las siguientes medicaciones pueden por igual ser una opción: lamotrigina (Lamictal), topiramato (Topamax), levetiracetam (Keppra), zonisamida (Zonegran).
- Para los paciente con crisis de ausencia solamente (usualmente niños), también es una opción la etosuximida (Zarontin).

Doctors of USF Health

Los expertos en el
USF Epilepsy Program
ofrece la atención más avanzada para
pacientes con convulsiones.



Llame para hacer una cita:

(813) 396-9478

USF Comprehensive Epilepsy Program

epilepsy.usf.edu



Los expertos:

Selim R. Benbadis, MD

Professor of Neurology
Director, Comprehensive Epilepsy
University of South Florida &
Tampa General Hospital
813-259-8577
sbenbadi@health.usf.edu

Valerie Kelley, RN

Coordinator, Comprehensive Epilepsy
Program
University of South Florida &
Tampa General Hospital
813-844-4675
vkelly@tgh.org

Traducción en Español por
Natalia Cabrera Almonte, MD

doctors.usf.edu

Turning Research on Edge[®]



Definiendo

Epilepsia idiopática generalizada

- Otras medicaciones que pueden ser usadas en la EIG. El fenobarbital y la primidona (Mysoline) son fármacos viejos que tienden a causar sedación.
- Algunos de los nuevos medicamentos todavía no han estado probados para tratar las EIGs, así que es desconocido si se deberían usar en el tratamiento.

OTROS TRATAMIENTOS

Tratamientos no-farmacológicos como la dieta cetogénica y la estimulación del nervio vagal son rara vez considerados en la EIG ya que la respuesta a la medicación es usualmente excelente. Como mencionado anteriormente, la cirugía para la epilepsia no es una opción nunca para las EIGs.

¿CUÁNTO DURA EL TRATAMIENTO?

- Con la excepción de la epilepsia mioclónica juvenil (EMJ), estas desaparecen frecuentemente con la adultez (alrededor de un 50%), así que puede intentarse la discontinuación del tratamiento.
- La EMJ es el único tipo que no desaparece con la adultez, por lo que los intentos de parar el tratamiento usualmente fallan.

LECTURAS ADICIONALES

- Benbadis SR. Observations on the misdiagnosis of generalized epilepsy as partial epilepsy: causes and consequences. *Seizure* 1999;8:140-145.
- Benbadis SR, Lüders HO. Epileptic syndromes: an underutilized concept. *Epilepsia* 1996;37:1029-1034.
- Benbadis SR. Epileptic seizures and syndromes. *Neurologic Clinics* 2001;19:251-270.
- Benbadis SR, Tatum WO, Gieron M. Idiopathic generalized epilepsy and choice of antiepileptic drugs. *Neurology* 2003;61:1793-5.
- Benbadis SR. Practical management issues for idiopathic generalized epilepsies. *Epilepsia* 2005;46 Suppl 9:125-32.
- Berkovic S, Benbadis SR. Childhood absence epilepsy and juvenile absence epilepsy. In: Wyllie E (ed). *The treatment of epilepsy: Principles and practice*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2001, pp. 485-490.
- Lancman ME, Asconapé JJ, Penry JK. Juvenile myoclonic epilepsy: an underdiagnosed syndrome. *J Epilepsy* 1995;8:215-218.
- Reutens DC, Berkovic SF. Idiopathic generalized epilepsy of adolescence: are the syndromes clinically distinct? *Neurology* 1995;45:1469-1476.
- Serratosa JM. Juvenile myoclonic epilepsy. In: Wyllie E (ed). *The treatment of epilepsy: Principles and practice*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2001, pp. 491-507.