RESUMENES DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

TRATAMIENTO SINTOMATICO DE LA EPILEPSIA

LUIS LOMBARDO *

Existe una "Clasificación Internacional de la Epilepsia" que conviene tener presente (cuadro 1) pero la mayoría de los productos anticonvulsivos son útiles para el control de todas las formas de epilepsia aunque hay algunos que son particularmente efectivos en ciertos tipos. Una "clasificación terapéutica" de la epilepsia, más escueta, la reduce a tres grupos:

1. Tratamiento de las epilepsias generalizadas tipo gran mal y sus diversas expresiones.
2. Tratamiento de las epilepsias parciales: focales, psicomotoras y otras.
3. Tratamiento de las epilepsias generalizadas tipo pequeño mal y sus variantes.

Tratamiento genérico

La fenil-etil-malonil-urea, el ácido barbitúrico y todos sus derivados son indispensables en todas las formas de epilepsia. Tanto para el manejo diario del paciente, por vía bucal, como por vía parenteral, intramuscular o intravenosa en el *status epilepticus*.

Tratamiento del gran mal

Los medicamentos útiles en estos casos son los hidantoinatos; aunque el que más se usa es el difenilhidantoinato de sodio, en algunas formas rebeldes el metil-difenilhidantoinato puede ser útil, no obstante sus efectos colaterales indeseables. Estos fármacos son

dantoinato de sodio, en algunas formas rebeldes el metil-difenilhidantoinato puede ser útil, no obstante sus efectos colaterales indeseables. Estos fármacos son

Cuadro 1 Clasificación internacional de las crisis epilépticas

- I. Crisis parciales
 - A. Crisis parciales con sintomatología elemental. (Generalmente sin pérdida del conocimiento)
 1. Con síntomas motores (incluyendo crisis jacksonianas)
 2. Con síntomas sensitivos o somatosensoriales
 3. Con síntomas autonómicos
 4. Formas combinadas
 - B. Crisis parciales con sintomatología compleja, generalmente con trastornos de la conciencia, llamadas también crisis psicomotoras o del lóbulo temporal
 1. Únicamente con pérdida de la conciencia
 2. Con sintomatología cognoscitiva
 3. Con síntomas afectivos
 4. Con síntomas psicosensores
 5. Con síntomas psicomotores (automatismos)
 6. Formas combinadas
 - C. Crisis parciales secundariamente generalizadas
- II. Crisis generalizadas (bilaterales, simétricas, sin inicio focal)
 1. Ausencia (Petit-Mal)
 2. Ataques masivos bilaterales (epilepsia mioclónica)
 3. Espasmos infantiles
 4. Ataques clónicos
 5. Crisis tónicas
 6. Crisis tónico-clónicas (Grand-Mal)
 7. Crisis atónicas
 8. Ataques aquinéticos
- III. Crisis unilaterales (o predominantemente lateralizadas)
- IV. Ataques epilépticos no clasificables (por insuficiente información)

* Académico numerario.

útiles también para llevar a cabo un control efectivo de las crisis parciales las cuales pueden ser focales y psicomotoras.

Tratamiento de las epilepsias parciales (focales y crisis psicomotoras)

Primidona. Al ser metabolizada en el hígado produce el radical barbitúrico. Esta sustancia mitiga con mayor eficacia las crisis psicomotoras, aunque también actúa en las diversas manifestaciones del gran y pequeño mal.

Carbamazepina. Clínicamente efectivo en los casos de crisis psicomotoras, menos como anticonvulsivo en el gran mal.

Tratamiento del pequeño mal

Dionas (trimetadiona, parametadiona): productos útiles en algunos casos. Sus efectos colaterales indeseables requieren de una observación cuidadosa.

Metosuccimida, etosuccimida: eficaces en el control de ciertas formas de pequeño mal, no obstante que también tienen efectos colaterales poco deseables.

Cuadro 2 Antiepilépticos

Nombre genérico y presentación	Dosis y vía de administración	Indicaciones	Efectos indeseables * Contraindicaciones †
Fenobarbital, tabletas de 100 mg.	100 mg. a 300 mg. en 24 horas, bucal	Epilepsia tipo gran mal	Somnolencia * Ataxia * Dermatitis * Psicosis del anciano * Porfiria aguda intermitente †
Fenobarbital sódico inyectable, ampollita de 2 ml. con 300 mg.	Una ampollita cada 8 a 12 horas, I.M. o I.V. lentamente	Estado de mal epiléptico	Insuficiencia hepática o renal †
Fenobarbital de acción prolongada, cápsulas de 64.8 mg. o 97.2 mg.	Cada 12 ó 24 horas, bucal	Epilepsia tipo gran mal	
Difenilhidantoinato de sodio, tabletas, grageas o cápsulas de 0.100 g.	300 a 400 mg. en 24 horas, bucal	Epilepsia tipo gran mal, temporal o focal	Ataxia * Hipertrofia gingival * Hirsutismo * Nistagmos * Leucopenia * Anemia aplásica * Lupus eritematoso † Linfomas † Con precaución durante el embarazo †
Difenilhidantoína inyectable. Cada ml. contiene 50 mg., ampollita de 5 ml.	250 mg. a 750 mg. cada 24 horas, I.M. o I.V. No más de 50 mg. por minuto por vía endovenosa	Estado de mal epiléptico	
250 a 750 mg. en 24 horas, bucal en forma gradual: 1/4 x 3 x día 1/2 x 3 x día 1 x 2 x día 1 x 3 x día y subsecuentes	Primidona, tabletas de 250 mg.	Epilepsia tipo gran mal y focal	Ataxia * Vértigo * Hepatotoxicidad * Durante el embarazo, la mujer deberá recibir dosis profilácticas de vitamina K
Carbamazepina, tabletas de 200 mg.	200 a 600 mg. en 24 horas, bucal. (Dosificación gradual iniciando con 100 mg.)	Neuralgia del trigémino y del glosofaríngeo, anticonvulsivo de 2o. orden en crisis psicomotoras	Marco * Ataxia * Náusea * Confusión * Hipo o hipertensión arterial * Retención urinaria * Anemia aplásica † Se recomienda hacer cuentas leucocitarias y plaquetarias, antes y durante su uso
Diazepam, tabletas de 5 y 10 mg. Diazepam inyectable, ampollita de 2 ml. con 10 mg.	2.5 a 10 mg. en 24 horas, bucal 10 a 30 mg. en 24 horas, I.M. o I.V. Debe administrarse en jeringa individual	Antiepiléptico de 2o. orden <i>Status epilepticus</i>	Hiporreflexia * Ataxia * Temblor digital fino * Somnolencia * Miasia † Potencialización con el alcohol y los barbitúricos †
Clenazepam, tabletas de 2 mg. Nitrazepam, comprimidos de 5 mg.	3 a 6 tabletas en 24 horas, bucal 5 a 20 mg. en 24 horas, bucal	Anticonvulsivante de 2o. orden, epilepsia mioclónica, ansiolítico, miorelajante Hipnótico	Somnolencia * Hipotonía * Potencialización con el alcohol y los barbitúricos † Somnolencia * Ataxia * Hipotensión arterial * Potencialización con el alcohol y los barbitúricos †

Derivados benzodiazepínicos: útiles en ciertas formas de epilepsia centroencefálica del tipo gran mal, pequeño mal, mioclónico y otras variedades (cuadro 2).

Recomendaciones generales

10. Indicar el producto de mayor utilidad, según el tipo de crisis de que se trate.
20. Iniciar el tratamiento con un solo producto y no emplear varios simultáneamente, ya que sus efectos secundarios indeseables se acumulan, lo cual dificulta su manejo.
30. Debido a la acción sedante e hipnótica de algunos de ellos iniciar el tratamiento con dosis bajas e incrementarlas gradualmente.
40. Calcular la dosis de acuerdo con la talla del individuo, el tipo y gravedad del padecimiento; incrementarla hasta observar el resultado deseado y disminuir al aparecer fenómenos de intolerancia o tóxicos.
50. No adicionar otro fármaco hasta haberse convencido que el que se está usando no es suficientemente útil. Evitar las asociaciones de varios fármacos. Los productos comerciales que contienen varias sustancias anticonvulsivantes dificultan la dosificación adecuada de cada una de ellas.
60. No interrumpir bruscamente la administración de un fármaco; si hay intolerancia, sustituirlo por otro. Tampoco interrumpir el tratamiento porque el paciente esté asintomático; quizá sea por la acción del medicamento.
70. Esperar un mínimo de dos años en que el paciente esté asintomático y si el electroencefalograma no muestra alteraciones, podrá suspenderse la medicación muy gradualmente. Recuerde que no hay tratamientos breves.
80. Cerciorarse que el paciente toma la medicina como se le prescribió. Es frecuente que el enfermo al sentirse bien, la tome con irregularidad, o la suspenda. Otros factores que interfieren con el tratamiento son el tránsito intestinal acelerado, mala absorción del medicamento o que se agreguen otros factores precipitantes de las crisis; deben evitarse los

estimulantes corticales, como café, alcohol, y otros.

90. El epiléptico debe evitar situaciones de riesgo. No debe conducir vehículos o manejar maquinaria que en caso de ocurrir una crisis lo exponga a una catástrofe; tampoco trabajar en lugares altos sin protección, nadar o realizar actividades que lo coloquen a él o a los demás en una situación de peligro.
100. Debe advertirse al paciente los efectos colaterales de ciertos productos como la somnolencia. Así mismo vigilar la fórmula hemática cuando se administran diones, derivados succinimídicos, metildifenil-hidantoinato, y otros; al principio cada semana o cada 15 días y posteriormente cada uno o dos meses.
110. No fiarse de un trazo electroencefalográfico intercrítico normal: interpretarlo de acuerdo con los datos clínicos.
120. Es frecuente que el paciente epiléptico consulte en relación a su descendencia: ¿Será su hijo epiléptico? ¿Debe casarse? ¿Debe la epiléptica embarazarse? En estos casos, como en los difíciles de controlar, debe recurrirse al especialista. El neurólogo y en ocasiones el geneticista, son los únicos que pueden indicar al enfermo las posibilidades o probabilidades de que sus descendientes tengan la misma afección.

Lo mismo en lo referente a los efectos biológicos de las drogas anticonvulsivas. Aunque hay informes acerca del efecto teratogénico que pueden tener todas las sustancias mencionadas, se considera que es un riesgo calculado mínimo y que no contraindica su administración.

El enfermo epiléptico es un ser humano con un padecimiento común, que requiere cuidado médico, medidas higiénicas especiales, consejo genético y programas de rehabilitación social con objeto de reincorporarlo a la comunidad; es un ser útil que puede funcionar como cualquier otro individuo si se le proporcionan las condiciones óptimas para superar sus limitaciones.

OFTALMOLOGIA A PRINCIPIOS DE SIGLO

Un nuevo caso de cisticerco sub-retiniano que voy á presentar ante esta H. Academia, me proporciona la oportunidad de llamar la atención de mis estimados consocios, sobre algunos puntos interesantes en el estudio de esta afección.

Estas observaciones clínicas demuestran que el helecho macho, cuando entra en la circulación, ejerce influencia nociva sobre el sistema nervioso en general y particularmente sobre los nervios opticos y sobre la retina: por lo tanto, es de suponerse, que inyectado en el ojo directamente, sus efectos sean mucho más funestos.

La electrolisis en el caso en que fué aplicada en México, no tuvo exito; a los quince dias fué necesario hacer la enucleación por panoftalmía. Tampoco en Europa se han obtenido resultados felices con ella, y otro tanto puede decirse de la gálvano-puntura.

La extirpación del cisticerco es el único medio que cuenta con algunos éxitos y en mi concepto el que debe de una manera general aplicarse, por ser la intervención que cuanta, repito, con algunos triunfos. (*Chávez, Lorenzo: Algunas consideraciones sobre el cisticerco intraocular. GAC. MÉD. MÉX. Vol. IV, segunda serie, p. 159, 1904.*)