

Algunas consideraciones en relación al método clínico en la epilepsia

Juan Enrique Bender del Busto

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de primer y segundo grado en Neurología. Profesor e Investigador Titular. Centro Internacional de Restauración Neurológica. La Habana, Cuba

Recibido: 14.6.17 Aceptado: 16.6.17 Publicado: 7.10.17

Correspondencia: Dr.C. Juan Enrique Bender del Busto. Servicio de Neurología. Centro Internacional de Restauración Neurológica. La Habana, Cuba. Correo electrónico: jbender@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo (Estilo NLM): Bender del Busto JE. Algunas consideraciones en relación al método clínico en la epilepsia. Rev Cubana Neurol Neurocir. [Internet] 2017 [citado día, mes y año];7(1):1-5. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/324>

© 2017 Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía – Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía

www.sld.cu/sitios/neurocuba – www.revneuro.sld.cu

Editor: Dr. P. L. Rodríguez García y Dr.C. R. J. García García

Palabras clave. Epilepsia. Guía de práctica clínica. Método clínico. Neurología.

Some considerations related with clinical method in epilepsy

Keywords. Clinical method. Clinical practice guidelines. Epilepsy. Neurology.

El método clínico fue fundado por Hipócrates (460-376 a.n.e.), que fue de los primeros médicos eminentemente clínicos, de la Escuela de Cos, en la antigua Grecia Jónica del Asia Menor. Los griegos fueron los primeros en utilizar el vocablo “clínica”, que se deriva del griego “*klinikos*”, que significa lecho; de ahí que se relaciona la clínica con el arte médico que prescribía reglas para la curación de los enfermos a la cabecera del lecho (1).

Hipócrates y los miembros de su escuela daban mucha importancia a la observación del paciente por su médico; interrogaban al enfermo y sus familiares, con mucho detenimiento y acuidad; lo inspeccionaban, procedían a palparle y tocar cualquier parte del cuerpo y aún auscultaban directamente el tórax si era necesario; lo visitaban a diferentes horas del día y confeccionaban un registro de lo que iban hallando y hacían (2).

En ese momento, el método clínico consistía en: formulación (el enfermo decía sus quejas de salud), información (el médico interrogaba y examinaba), hipótesis (el médico daba su diagnóstico) y en algunos casos una discutible comprobación, por medio del tratamiento. El mismo Hipócrates lo dijo: “La observación, la anamnesis, el examen, el análisis, es pues necesario, es imprescindible, todo

lo cual debe hacerse con un régimen riguroso de examen prolijo, a fin de robustecer vuestra cada vez mayor experiencia”. Así se mantuvo el método por más de 17 siglos (1,2).

En la segunda mitad del siglo XIX, el siglo de la clínica, asistimos al nacimiento y desarrollo de los primeros exámenes complementarios. Dio inicio la época del laboratorio clínico, que se extendió por más de un siglo, donde los análisis se hacían por los médicos y técnicos y agigantó las posibilidades de diagnóstico (1,2).

El método clínico seguiría integrado por los cinco pasos: 1) Formulación; 2) Información; 3) Hipótesis diagnósticas presuntivas; 4) Contrastación, y finalmente 5) Comprobación o no de las hipótesis. No obstante, en las últimas décadas, muchos de estos pasos han sido eclipsados por la imagenología incorporada al quehacer médico y se obvia, por tanto, el diagnóstico clínico, lo que nunca debe ser sustituido por el desarrollo de la tecnología (1,2).

Actualmente es considerado como el método científico de la ciencia clínica, la que tiene como objetivo de estudio el proceso salud enfermedad. Toda práctica médica que no se base en el método clínico será ajena a la ciencia clínica y, en gran parte, responsable de la “mala práctica médica” (3).

Para algunos, el método clínico no es más que el método científico aplicado al trabajo con los pacientes.

Al tener en cuenta estas consideraciones, debemos resaltar que si en algún área de la neurología es importante la aplicación del método clínico es en la epilepsia, la cual es considerada por muchos, la segunda enfermedad de la especialidad y una de las más difíciles de manejar, por la complejidad del sistema nervioso, a través de la relación con la neuroanatomía, la neurofisiología y la neuropatología (4).

De esta forma, la segunda enfermedad neurológica, constituye un reto para el facultativo y es uno de los aspectos en los que el método clínico debe cumplirse, por predominar los síntomas del paciente, sin menospreciar el apoyo de las investigaciones complementarias.

EPIDEMIOLOGIA Y DEFINICIÓN PRÁCTICA DE LA EPILEPSIA

La epilepsia es un problema de salud pública mundial que requiere una adecuada respuesta. Es una condición clínica con auto-remisión en aproximadamente el 50 % de los casos. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 50 millones de personas padecen esta enfermedad, la mayoría viviendo en países en desarrollo, donde la calidad de vida es peor y la incidencia de infecciones del sistema nervioso central (SNC) es mayor. Muchas más personas, sin embargo, (un estimado de 200 millones) también se ven afectados por este trastorno, ya que son los miembros de la familia y amigos que conviven con estos pacientes. Se puede aseverar que la epilepsia afecta al 1-2 % de la población (5).

La incidencia anual de crisis epilépticas no provocadas es 33-198 por 100 000 personas/año, y la incidencia de la epilepsia es 23 a 190 por 100 000 personas /año. Hay dos millones de nuevos casos que ocurren en el mundo cada año. Hasta el 70 % de las personas con esta enfermedad podrían llevar una vida normal si se tratan adecuadamente, pero para la gran mayoría de los pacientes este no es el caso. (5).

La incidencia global de la epilepsia en los rangos de Europa y América del Norte son del 24 al 53 por 100 000 personas /año, respectivamente, lo cual coincide con los reportes de Hauser. La incidencia en los niños es superior e incluso más variable, de 25 a 840 por 100 000 personas/año, la mayor parte de las diferencias se explican por las diversas poblaciones en riesgo y por el diseño del estudio (6).

La prevalencia global de la epilepsia varía desde 2,7 hasta 41 por cada 1000 personas, aunque en la

mayoría de los informes la tasa de epilepsia activa está en la variación de 4-8 por 1000 personas. Hay estudios en la población mundial que muestran, una prevalencia entre 1,5 y 30 casos por 1000 personas (7,8).

Uno de los dilemas más difíciles a los que se enfrenta el facultativo, en la práctica médica, es el intentar discernir ante un paciente, la presencia o no de esta enfermedad. La Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1973 definieron la epilepsia como una afección crónica y recurrente de crisis paroxísticas (crisis epilépticas), desencadenadas por descargas eléctricas anormales que tienen manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial y que se asocian a trastornos paraclínicos (anormalidades electroencefalográficas) que se presentan de manera no provocada (9).

Treinta años más tarde, la definición conceptual de crisis y epilepsia según el informe del grupo de trabajo de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) del 2005, precisa que se denomina "crisis epiléptica" a la aparición transitoria de signos y/o síntomas provocados por una actividad neuronal anómala excesiva o simultánea en el cerebro y que la epilepsia es un trastorno cerebral que se caracteriza por una predisposición continuada a la aparición de crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta enfermedad. La definición de epilepsia requiere la presencia de al menos una crisis epiléptica (10).

En el año 2014 se ha publicado por un grupo de expertos de la ILAE, con el consenso de los epileptólogos de los diferentes capítulos, la definición clínica operativa (práctica) de la epilepsia. Se considera por consenso que la epilepsia es una enfermedad cerebral que se define por cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. Al menos dos crisis no provocadas (o reflejas) con >24 horas de separación.
2. Una crisis no provocada (o refleja) y una probabilidad de presentar nuevas crisis durante los 10 años siguientes similar al riesgo general de recurrencia (al menos el 60 %) tras la aparición de dos crisis no provocadas.
3. Diagnóstico de un síndrome de epilepsia (11).

Acorde a estos criterios, presenta epilepsia un paciente que ha sufrido una crisis y cuyo cerebro, por el motivo que sea, muestra una tendencia anormal y continuada a sufrir crisis recurrentes. Esta tendencia puede imaginarse como una reducción anormal del umbral de crisis en

comparación con las personas que no presentan la enfermedad.

Los aspectos polémicos y los avances de la anterior definición fueron abordados desde una amplia perspectiva en la Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía (2015) a través de una guía de diagnóstico y tratamiento médico de la epilepsia. También aquí se enfatiza en la necesidad de potenciar y dotar de consultas clínicas de epilepsia a los servicios de Neurología para potenciar el diagnóstico y el tratamiento de dicha enfermedad (12).

No obstante, y teniendo en cuenta las definiciones descritas, hay que añadir que es de significativa importancia la diferenciación de las crisis epilépticas y las pseudocrisis porque: 1) Puede fallarse en el reconocimiento, y por ende no instaurar el tratamiento de la verdadera enfermedad; 2) El error de diagnóstico de la epilepsia puede conllevar al consecuente estigma social. Además, el riesgo innecesario de usar fármacos antiepilépticos, puede conllevar a diversas reacciones adversas evitables.

EVALUACION DIAGNÓSTICA DE LA EPILEPSIA

En el diagnóstico positivo de la epilepsia se tienen en cuenta los siguientes elementos: 1) Historia de las crisis (anamnesis de la enfermedad), 2) Exploración física general y neurológica, y 3) Investigaciones de laboratorio e imágenes (exámenes complementarios).

Anamnesis de la enfermedad

Tiene importancia relevante el interrogatorio con un adecuado cronopatograma de las crisis que refiere el paciente y el familiar y es el mayor baluarte que cuenta el facultativo para discernir entre una crisis epiléptica y una de otro tipo. Además de las características semiológicas de las crisis, que incluyen los síntomas perceptuales al inicio y si es posible durante los episodios, debe incluirse en el interrogatorio las enfermedades asociadas y la posibilidad de cambios conductuales, la pérdida del tono muscular, las alteraciones en el estado de conciencia y en la respiración (5). La reciente clasificación de las crisis epilépticas de la ILAE (2017) estandariza y hace más concretos los términos sobre algunos síntomas relacionados con la enfermedad (13).

Del adecuado interrogatorio depende que pueda definirse, cuales alteraciones tanto neurológicas y no neurológicas puedan ser confundidas con epilepsia. Es importante el diagnóstico correcto, ya que estos no requieren tratamiento antiepiléptico, además que pueden deberse a otra causa que (al no ser identificada) no recibe la terapia adecuada.

Se hace más difícil definir el tipo de crisis, pues estos eventos, además, pueden asociarse con crisis epilépticas y coincidir en el mismo paciente ambas enfermedades y ser una causa atribuible a la falla en el tratamiento antiepiléptico.

Examen físico general y neurológico

En el examen neurológico debe tenerse en cuenta el intervalo de tiempo transcurrido desde la última crisis epiléptica. Esto permite precisar elementos tales como parálisis de Todd, afasia transitoria, debiendo separarse estos de la confusión postictal. El objetivo principal es determinar si los síntomas o signos son permanentes. En el período intercrítico, la exploración, en la mayoría de los pacientes, puede ser normal o no ser diferente del estado habitual previo.

En la exploración general es preciso resaltar la importancia de incluir la piel, la visión y ojos, así como el examen visceral (cardiovascular: arritmias), además de una breve evaluación cognitiva, social y del funcionamiento conductual (5).

Investigaciones de laboratorio e imágenes

Los procedimientos de laboratorio (sangre y orina, electrocardiograma, electroencefalograma [EEG], imágenes del encéfalo y otros tales como estudios metabólicos o investigaciones toxicológicas, monitoreo sérico de fármacos antiepilépticos, análisis del líquido cefalorraquídeo y las pruebas genéticas-moleculares) deben ser convenientemente priorizados y adaptados a las manifestaciones clínicas del paciente concreto.

El EEG es la investigación más significativa en el diagnóstico de las epilepsias, y es a menudo mal interpretado y ordenado. Es un instrumento de valor para el epileptólogo, en la topografía de los diferentes síndromes epilépticos y tiene indicación precisa en las diferentes afecciones en las que pueden presentarse grafoelementos, de gran valor semiológico y pronóstico. Pueden realizarse estudios de sueño, con privación e inducción del mismo, de siesta y con monitoreo video-EEG, siendo este último de gran utilidad en la precisión de la semiología de las crisis y la disquisición diagnóstica de las crisis cerebrales no epilépticas.

La imagenología (Tomografía computarizada y Resonancia Magnética [RM]), RM con espectroscopia y funcional, Tomografía por emisión de Positrones, Tomografía por emisión de fotón simple) incluye a procedimientos de diagnóstico invaluable, que proporciona la visualización *in vivo* de las causas estructurales de la epilepsia como la esclerosis del hipocampo, desarrollo de malformaciones y tumores de cerebro, así como otras enfermedades cerebrales.

Las pruebas genéticas se han convertido en un medio disponible, para un creciente número de trastornos hereditarios asociados con crisis epilépticas. Su uso en los casos indicados, son de inestimable valor diagnóstico y por ende pronóstico.

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial de los eventos transitorios, no solo se hace necesario precisar de qué se trata de crisis epilépticas, sino también distinguir entre los ataques epilépticos provocados por una alteración aguda y los que son una condición epiléptica crónica (5).

El diagnóstico erróneo en epilepsia, es un colosal problema médico, al considerar sus dimensiones y consecuencias. Trastornos comunes y fenómenos normales, pueden imitar las crisis epilépticas y, ciertos tipos de crisis epilépticas, pueden imitar los síntomas de otras enfermedades.

Un diagnóstico erróneo tiene graves repercusiones. Los pacientes con trastornos no epilépticos diagnosticados incorrectamente como portadores de crisis epilépticas son susceptibles de ser maltratados con fármacos antiepilépticos. Del mismo modo, los pacientes con ataques epilépticos erróneamente diagnosticados como crisis psicógenas (14), migraña, encefalitis u otras enfermedades, es probable que se manejen con tratamientos inadecuados y también privados de terapias específicas.

En el diagnóstico diferencial se incluyen todas las causas de deterioro episódico de la conciencia, las alteraciones de la función mental, caídas, fenómenos sensoriales/motores y trastornos motores generalizados, que son síntomas de presentación comunes de las crisis epilépticas.

Las crisis febriles en infantes y niños pequeños y las convulsiones en los alcohólicos por abstinencia, son ejemplos comunes de las crisis epilépticas provocadas que no justifican el diagnóstico de epilepsia. Si las crisis son recurrentes, es necesario buscar una causa tratable subyacente.

Una historia inadecuada es la causa más frecuente de diagnóstico erróneo. En el pensamiento del facultativo que interroga al paciente, debe prevalecer el diagnóstico diferencial que puede incluir las siguientes afecciones: síncope, *drop attacks*, enfermedades cerebrovasculares, migraña, arritmias cardíacas, trastornos del sueño, encefalopatía/demencia, elevación aguda de la presión intracraneal, trastornos vestibulares, trastornos tóxicos y metabólicos, movimientos involuntarios, trastornos psiquiátricos, trastornos sensitivos, síntomas visuales y auditivos, trastornos autonómicos, afecciones neonatales, crisis tónicas

en la esclerosis múltiple, parasitismo y trastornos digestivos. Varios de estos trastornos pueden incluirse en el diagnóstico etiológico de las crisis cerebrales recurrentes. No obstante a ello, debemos tener en cuenta que las crisis epilépticas pueden a su vez, provocar ataques sincopales: crisis epilépticas anóxicas y las crisis epilépticas imitando síncope (15).

Todo lo anterior muestra que el diagnóstico diferencial de las crisis cerebrales, es muy diverso y debe tenerse presente la importancia del interrogatorio, con vistas a intentar definir la naturaleza del evento que analizamos. Se hace necesario no considerar una crisis epiléptica como un evento paroxístico no epiléptico, ni a este como un evento ictal. Pero para ello, debe tenerse en cuenta el método clínico por su inestimable valor en la epilepsia.

RELEVANCIA DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL MÉTODO CLÍNICO EN LA EPILEPSIA

El interés por la epileptología en Cuba se refleja en un amplio número de artículos relevantes y actualizados divulgados en la Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía, así como en otras en el ámbito nacional. Los estudios sobre el diagnóstico y el tratamiento de la epilepsia son un tema priorizado de investigación para las neurociencias.

En el presente número de la revista aparece publicado un artículo que resulta interesante por tratarse de un paciente joven con epilepsia farmacorresistente cuyo diagnóstico etiológico inicial fue incorrecto. Inicialmente se planteó que el cuadro era secundario a encefalitis varicelosa en la niñez. Sin embargo, en la biopsia de la lesión la zona de lesión reseca se diagnosticó un oligodendroglioma frontal (16). Se debe tener en cuenta que los estudios complementarios, pueden apoyar u orientar en el diagnóstico, pero nunca debe obviarse la importancia del diagnóstico diferencial y por ende, pensarse en las diferentes causas, sobre todo en los pacientes refractarios al tratamiento, lo cual es parte del método clínico.

Asimismo, la Dra. Estupiñán Díaz et al, realizan una detallada descripción de los tumores cerebrales asociados con otras lesiones en los pacientes sometidos a cirugía de epilepsia en el Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN – La Habana, Cuba), así como el impacto en la evolución clínica posterior a la resección guiada por electrocorticografía (17). Se observó que la resección del tumor guiada por este proceder, permitió diagnosticar otras lesiones no identificadas por la imagenología y cuya epileptogenicidad ha sido demostrada. Con estos resultados se hace evidente que la orientación diagnóstica de los

estudios de imágenes, no implican la certeza etiológica, haciéndose necesarios los procedimientos quirúrgicos descritos.

Otra investigación original hace un estudio muestral de una casuística hospitalaria y se acerca a la epidemiología de la epilepsia de debut (18). Se realiza una caracterización clínica, etiológica y del manejo terapéutico en la fase inicial que puede servir de guía metodológica para investigaciones multicéntricas. Debe apuntarse que los estudios epidemiológicos en epilepsia, además de la caracterización casuística, tienen un interés preventivo y con fines de intentar acciones de salud que mejoren el manejo de la enfermedad. No obstante, no siempre los resultados son satisfactorios, teniendo en cuenta que se necesitan estudios con similitud en las características muestrales, en los criterios de selección y diseños metodológicos. Estas investigaciones poblacionales, deben estandarizar los modelos en los que se defina el concepto de epilepsia activa y se incluyan no solo la incidencia, sino la prevalencia y sería muy útil hacer un análisis también de la mortalidad, lo cual implicaría la inclusión de una casuística más amplia y uniforme y en la que la comorbilidad este matizada por los trastornos psiquiátricos que son parte de la enfermedad.

El método clínico en epilepsia conlleva, por tanto, un análisis multifactorial que incluye las consideraciones descritas, haciéndose patente la importancia del interrogatorio sobre el examen físico, sin dejar de tener en cuenta las investigaciones complementarias y por supuesto, el diagnóstico diferencial.

Conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bacallao GC, Bello B. El método clínico, situación actual. Revisión Bibliográfica. *Acta Médica del Centro*. 2014 [citado 14.6.2017];8(2). Disponible en: www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/136/115
2. Moreno Rodríguez MA. ¿Análisis Complementarios vs. Método Clínico? *Rev Cien Med Hab*. 2014 [citado 14.6.2017];13(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000500001
3. Fernández Sacasas JÁ. La triangulación epistemológica en la interpretación del proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina. *Educ Med Super* [Internet]. 2012 Sep [citado 2.5.2017];26(3):459-66.
4. Approach to the patient with neurologic disease. En: Ropper AH, Samuels MA, Klein JP. *Adams and Victor's Principles of Neurology*. 10 ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
5. Bender del Busto JE. *Atención al paciente con epilepsia*. Nicaragua: Edit Univ UNAN-Leon; 2014.

6. From the editors: The discrepancy between accumulative incidence and lifetime prevalence of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(7):956-7.
7. Bell GS, Neligan A, and Sander JW. An unknown quantity-The worldwide prevalence of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(7):958-62.
8. Beghi E, Hesdorffer D. Prevalence of epilepsy-An unknown quantity. *Epilepsia*. 2014;55(7):963-7.
9. Terra VC, Sakamoto AC. Clasificación de las crisis epilépticas para la programación terapéutica. En: Targas Yacubian EM, Contreras-Caicedo G, Ríos-Pohl L (eds). *Tratamiento Farmacológico de las Epilepsias*. São Paulo: Leitura Médica Ltda.; 2014.
10. Fisher RS, van Erpde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005;46:470-2.
11. Fisher R, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross H, Elger C, et al. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82. doi: 10.1111/epi.12550.
12. Rodríguez García PL. Diagnóstico y tratamiento médico de la epilepsia. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. [Internet] 2015 [citado 14.6.2017];5(2):164-85. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/206>
13. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017 Apr;58(4):522-530. doi: 10.1111/epi.13670.
14. Curt W, Hamad H. Psychogenic nonepileptic seizures. *Wyllie's treatment of epilepsy principles and practice*. 6 ed. Wolters Kluwer Health; 2015. Chapter 40.
15. Pestana E, Pellock J. Other nonepileptic paroxysmal disorders. *Wyllie's treatment of epilepsy principles and practice*. 6 ed. Wolters Kluwer Health; 2015. Chapter 41.
16. Romero Esteban J, Mauri Llerda JA, Sáenz de Cabezón-Álvarez A, Valero Torres A, García Arguedas C, Bellosta Diago E, et al. Epilepsia farmacoresistente en un paciente con oligodendroglioma frontal y antecedentes de encefalitis varicelosa. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. [Internet] 2017 [citado 14.6.2017];7(1):54-9. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/201>
17. Estupiñán Díaz BO, García Maeso I, Morales Chacón LM, Báez Martín MM, Lorigados Pedre L, Quintanal Cordero N, et al. Tumores cerebrales en el programa de cirugía de la epilepsia del Centro Internacional de Restauración Neurológica (La Habana). *Rev Cubana Neurol Neurocir*. [Internet] 2017 [citado 14.6.2017];7(1):25-33. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/197>
18. Celorrio Castellano SY, Labrada Gálvez Y, Rodríguez García LR. Características clínico-epidemiológicas de la epilepsia de debut en adultos del municipio Las Tunas. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. [Internet] 2017 [citado 14.6.2017];7(1):34-42. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/325>