

CLASIFICACION DE LAS EPILEPSIAS: ESTUDIO EN 385 NIÑOS

INSTITUTO DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
(GRUPO DE INVESTIGACIONES EN EPILEPSIA)

Dr. Gustavo Pineda Pineda, Dr. Norberto Sardiñas Hernández,**
Dr. Otto Hernández Cossi*** y Dra. Edelsia Rojas Massipe*****

Se presenta los resultados de la aplicación de la Clasificación Internacional de las Epilepsias de la ILAE y de las Crisis Epilépticas en pacientes ingresados menores de 15 años. Se determina la frecuencia relativa de los diferentes tipos de epilepsias. Se demostró, además, el predominio por sexos en las diferentes formas de epilepsia.

INTRODUCCION

Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto al nivel mundial, altas cifras de prevalencia de epilepsia,¹⁻⁴ las que en nuestro país alcanzan una tasa de 6,8 por 1 000 habitantes⁵ y constituye en orden de frecuencia la segunda causa de consulta en Neurología.⁶

Particular importancia presenta esta enfermedad en los niños, pues la epilepsia como afección altera el sentido de control y competencia del niño enfermo y de los padres. Esto a su vez modifica el proceso familiar, que fomenta el establecimiento de un creciente sentido de autonomía y competencia en el menor,⁷ y le imprime en su desarrollo las deformaciones derivadas de la sobreprotección o del rechazo.

Se conoce que el primer paso hacia una terapéutica antiepiléptica eficaz, es identificar correctamente el tipo clínico de las crisis, y para la elaboración de un pronóstico acertado precisar el tipo de epilepsia. Es por esto que se hace necesario utilizar un sistema de clasificación funcional⁸ que al igual que el adoptado por la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y basado en las características clínicas y electroencefalográficas, permite una

* Especialista de I Grado en Neurología.

** Especialista de II Grado en Neurología. Jefe del Servicio de Neuropediatría.

*** Especialista de II Grado en Neurología. Profesor Auxiliar. Jefe del Servicio de Epilepsia.

**** Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar.

agrupación más racional de los distintos tipos de crisis y de epilepsias, y tiene además la ventaja de que al haber sido aceptado en todo el mundo facilita la comunicación e intercambio de información entre quienes trabajan en este campo de la Neurología y lo utilizan.

Este trabajo nos brindará la oportunidad de comprobar la utilidad, posibilidades de aplicación y ventajas derivadas del uso de esta clasificación en nuestro medio, y a la vez obtener algunos datos epidemiológicos que consideramos necesarios para un mejor conocimiento de esta afección y beneficio de nuestros pacientes.

MATERIAL Y METODO

Fueron estudiados 385 niños epilépticos, de 0 a 15 años de edad, ingresados en el Instituto de Neurología y Neurocirugía de La Habana, en el período comprendido de enero de 1978 a diciembre de 1984, lo cual corresponde con el total de niños epilépticos hospitalizados en estos 7 años. Para el diagnóstico de epilepsia se tuvo en cuenta que cumplieran con los requisitos enunciados por Kurland,⁹ los que definen como epiléptico a todo paciente que haya presentado varias crisis ciertamente epilépticas y que aún las muestre, o que sin volverlas a presentar se halle todavía sometido a tratamiento, excluyendo a aquellos que presentaron convulsiones febriles solamente o crisis ocasionales por procesos agudos. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de estos pacientes por un mismo investigador.

La clasificación del tipo de epilepsia se basó en la Clasificación Internacional de las Epilepsias adoptada por la OMS¹⁰ y revisada en 1982 por la ILAE.¹¹ Los tipos de ataques fueron clasificados de acuerdo con la Clasificación Internacional de Ataques Epilépticos revisada en 1981.¹² En aquellos pacientes con crisis generalizadas desde el punto de vista clínico, pero con un electroencefalograma en el que se demostraban descargas epilépticas focales, sus crisis se consideraron como parciales secundariamente generalizadas, al igual que otros autores.¹³⁻¹⁵ Se realizó electroencefalograma (EEG) en más de una ocasión en los casos en que éste resultó normal inicialmente, utilizando técnicas de activación.

RESULTADOS

Clasificación de los ataques epilépticos: en 357 pacientes fue posible clasificarlos (92,7 %) mientras que 28 quedaron sin clasificar (7,3 %). De estos primeros, 246 fueron de origen parcial o local (63,8 %) mientras que 111 eran desde su inicio generalizados (28,9 %). Los ataques parciales se caracterizaron por crisis elementales en 30 pacientes (7,7 %), crisis complejas en otros 30 (7,7 %) y crisis secundariamente generalizadas en 186 (48,4 %). Las crisis generalizadas desde su inicio se distribuyeron en crisis de ausencias en 14 casos (3,6 %), 9 típicas y 5 atípicas; crisis mioclónicas en 26 pacientes (6,7 %); crisis tónicas en 5 (1,3 %); crisis atónicas en 10 (2,6 %) y tonicoclónicas en 16 (4,1 %); no se observaron crisis clónicas aisladas y 40 pacientes presentaron combinaciones de las anteriores (10,4 %) (tabla 1).

TABLA 1. Frecuencia de los distintos tipos de ataques (de acuerdo con la clasificación internacional de la ILAE)

	Número	%
<i>Total de pacientes</i>	385	100
Inclasificables	28	7,3
Clasificables	357	92,7
<i>Ataques parciales</i>	246	63,8
Elementales	30	7,7
Complejos	30	7,7
Secundariamente generalizados	186	48,4
<i>Ataques generalizados</i>	111	28,8
Ausencias ✓	14	3,6
Mioclónicos ✓	26	6,7
Clónicos ✓	0	
Tónicos ✓	5	1,3
Tonicoclónicos ✓	16	4,1
Atónicos ✓	10	2,6
Mixtos ✓	40	10,4

Frecuencia de los distintos tipos de epilepsias: entre nuestros 385 pacientes, la forma de epilepsia más frecuente correspondió a la epilepsia parcial secundaria (EPS) con 246 pacientes (63,9 %), seguida de la epilepsia generalizada secundaria (EGS) con 96 pacientes (24,9 %) y la epilepsia generalizada primaria (EGP) con 15 pacientes (3,9 %). No se encontró ningún paciente con epilepsia parcial primaria (EPP) (tabla 2).

En las EGP el tipo de ataque de mayor incidencia fue la ausencia típica con 9 pacientes, lo que constituyó el 60 % de las crisis de esta variedad de epilepsia y en segundo lugar las crisis tonicoclónicas con 6 pacientes, para el 40 % de las EGP. En las EGS encontramos 26 crisis mioclónicas, 10 tonicoclónicas, 10 atónicas, 5 tónicas y 5 ausencias atípicas, así como 40 pacientes con 2 o más tipos de crisis generalizadas de las antes mencionadas.

Distribución de acuerdo con el sexo: los resultados obtenidos evidenciaron un predominio del sexo masculino en general (56,5 %) sobre el feme-

nino (43,5 %). También en los distintos tipos de epilepsia se encontró un predominio del sexo masculino, excepto en la EGP, en la que el 60 % de los pacientes fueron femeninos.

Distribución según la edad de comienzo: se pudo determinar que la enfermedad aparece con mayor frecuencia en el grupo etario de 1 a 4 años (34,7 %), seguido por los grupos de 1 mes a 11 meses (27,7 %) y de 5 a 9 años (25,7 %). Observamos un escaso número de pacientes con inicio de enfermedad entre 0 y 29 días (5 %) y de 10 o más años (6,7 %) (tabla 3).

TABLA 2. Frecuencia de los distintos tipos de epilepsias (de acuerdo con la clasificación internacional de la ILAE)

Tipo de epilepsia	Número de pacientes	%
Epilepsi generalizada primaria	15	3,9
Epilepsia generalizada secundaria	96	24,9
Epilepsia parcial primaria	0	
Epilepsia parcial secundaria	246	63,9
No clasificables	28	7,3
Total de pacientes	385	100

TABLA 3. Edad de comienzo en los distintos tipos de epilepsias

	EGP	EGS	EPS	Total
0-29 días	0	9,3	3,6	5,0
1-11 meses	0	43,1	23,1	27,7
1-4 años	40,0	31,2	35,7	34,7
5-9 años	46,6	14,5	28,6	25,7
10-14 años	13,3	1,0	8,5	6,7
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

En las diferentes formas de epilepsias analizadas individualmente, se encontró una distribución según la edad de aparición de la enfermedad similar a la encontrada cuando se analizaron los pacientes en general; excepto en las EGP, donde no hubo ningún caso en niños menores de 1 año; las

crisis comenzaron en el 46,6 % en el grupo de 5 a 9 años y en el 40 % en pacientes de 1 a 4 años, sólo se encontró el 13,3 % en los que sobrepasaron los 10 años.

En la EGS existe predominio en los pacientes que comenzaron sus ataques entre 1 mes y 11 meses de edad (43,7 %) y entre 1 y 4 años (31,2 %). Se presentó con poca frecuencia en los grupos de 5 a 9 años (14,5 %), 0 a 29 días (9,3 %) y 10 o más años (1,0 %).

En la EPS el grupo etario con inicio de ataque más frecuente fue el de los pacientes de 1 a 4 años (35,7 %), sin grandes diferencias con los pacientes en que la enfermedad apareció entre 5 y 9 años (28,6 %). En los niños de 1 a 11 meses se presentó en el 23,1 % y fue menos frecuente en los de 0 a 29 días (3,6 %) y 10 o más años (8,5 %).

DISCUSION

Al comparar nuestros resultados con otros trabajos, encontramos que la incidencia de casos clasificables (92,7 %) fue similar a la informada por *Alving*¹³ (91,8 %), *Granieri*¹⁶ (92 %) y *Danesi*¹⁷ (97 %); aunque otros como *Joshi*¹⁸ (78 %) y *Gastaut*¹⁹ (71,5 %) mostraron un menor porcentaje de pacientes clasificados. Creemos que las diferencias con los resultados de estos últimos se debe a que nuestra serie estuvo formada por pacientes ingresados, a los que se les realizó un estudio metódico por personal médico especializado, mientras que los últimos autores citados incluían en su serie a pacientes de consulta externa. Los estudios que se han realizado en enfermos mayores de 15 años muestran una incidencia superior de pacientes clasificables.^{13 20}

El tipo de epilepsia más frecuentemente encontrado fue la EPS, lo que coincide con otros autores, tanto en menores de 15 años^{13 17 18 21} como en mayores de esa edad.^{13 17 18 20} En segundo lugar resultó la EGS (26,9 %) con un amplio predominio sobre la EGP (4,2 %). Estos datos difieren de la mayoría de las investigaciones publicadas,^{13 17-19} las que muestran un mayor número de EGP. Esta, por tener un mejor pronóstico en cuanto al control de las crisis, al igual que la EPP, es tratada en los niveles de atención primaria o secundaria, lo que explica nuestros resultados.

Al comparar estos hallazgos con el estudio realizado en nuestro centro en mayores de 15 años,²⁰ encontramos que es más frecuente la epilepsia generalizada en niños que en adultos, tal como se ha afirmado,¹⁹ aunque en los adultos fue algo mayor la incidencia de pacientes con EGP que en nuestra serie.

El tipo de crisis más frecuente en las epilepsias parciales fue el de ataques parciales secundariamente generalizados, lo que está de acuerdo con los resultados y criterios actualmente reconocidos,^{15 20 22-24} de que constituyen en mucho la forma de expresión comicial de mayor incidencia.

En las EGS existió un mayor número de crisis mioclónicas, seguido en orden de frecuencia por las crisis tonicoclónicas y las tónicas; y en las EGP el más alto número de crisis correspondió a las ausencias típicas, tal como informan algunos autores.^{18 19}

En general, se demostró un ligero predominio del sexo masculino en el conjunto de epilépticos analizados; resultados similares han sido publicados.^{2 16 20} En igual sentido se comportó la distribución por sexos para los

distintos tipos de epilepsias, excepto en la EGP, en que predominó la población femenina, tal como ya había sido encontrado por *Juul-Jensen*.²⁵

La mayor parte de los pacientes epilépticos presentaron un comienzo de las crisis en las edades comprendidas de 1 mes a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 9 años, para ser ligeramente superior en el segundo de estos grupos. Particularmente bajo fue el comienzo en recién nacidos y en niños de 10 a 14 años, aunque algunos trabajos han mostrado resultados diferentes en este último grupo,^{16 26} lo que se explicaría por la frecuencia con que comienzan en estas edades las epilepsias primarias y el hecho ya señalado que nuestra casuística prácticamente obvia estos grupos por no requerir generalmente ingreso. Los resultados fueron similares para las epilepsias parciales, pero en la EGS la mayoría comenzó los ataques antes de cumplir el primer año de vida y sobre todo después del primer mes; en el grupo de EGP no se encontró ningún caso que comenzara los ataques antes del año, y la mayor parte estaba en el grupo de comienzo entre 5 y 9 años.

SUMMARY

The results of the implementation of the International Classification of Epilepsy of the ILAE and of Epileptic Seizures in in-patients under 15 years of age are reported. The relative frequency of the different types of epilepsy is determined. In addition, sex prevalence in the different forms of epilepsy is demonstrated.

RÉSUMÉ

On présente les résultats de l'application de la Classification Internationale des Epilepsies de l'ILAE et des Crises Epiléptiques chez des patients admis mineurs de 15 ans. On détermine la fréquence relative de différents types d'épilepsies. En plus, on a démontré la prédominance par sexe dans les différentes formes d'épilepsie.

BIBLIOGRAFIA

1. *Cavazzuti, G. B.*: Epidemiology of different types of epilepsy in school age children of Moderna, Italy. *Epilepsia* 21: 57-62, 1980.
2. *Hauser, W. A.; L. T. Kurland*: The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935-1967. *Epilepsia* 16: 1-66, 1975.
3. *Kurtzke, J. F.*: Neuroepidemiology. *Ann Neurol* 16: 265-277, 1984.
4. *Shamansky, S. L.; G. H. Glaser*: Socioeconomic characteristics of childhood seizure disorders in the New Haven area: an epidemiologic study. *Epilepsia* 20: 457-474, 1979.
5. *Pascual, M. A.*: Prevalencia de las epilepsias: un estudio de la población. CNICM, La Habana, 1975.
6. *Hernández-Cossío, O.*: Estudio estadístico de la patología neurológica en la provincia de Pinar del Río. Resumen de la 2da. Jornada Científica Est. FMC, Pinar del Río, 1974.
7. *Ziegler, R.*: Impairments of control and competence in epileptic children and their families. *Epilepsia* 22: 339-346, 1981.

8. *Vasconcelos, D.*: Clasificación y tratamiento de las crisis epilépticas. Conceptos actuales. *Rev Med IMSS* 21: 275-286, 1983.
9. *Kurland, L. T.*: The incidence and prevalence of convulsive disorders in a small urban community. *Epilepsia* 1: 143-161, 1959.
10. *Gastaut, H.*: Diccionario de epilepsia. Parte 1: definiciones OMS, Ginebra, 1973.
11. *Florez, J.; J. M. Martínez-Lage*: Neurofarmacología Fundamental y Clínica. T. 2. Eunsa, España, 1983 pp. 280-282.
12. *Dreifuss, F. E. et al.*: Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 22: 489-501, 1981.
13. *Alving, J.*: Classification of the epilepsies. *Acta Neurol Scand* 58: 205-211, 1978.
14. *Camfield, P. R.*: Epilepsy after a first unprovoked seizures in childhood. *Neurology* 35: 1657-1660, 1985.
15. *Scarpa, P.*: Partial epilepsy in childhood: clinical and electroencephalographical study of 261 cases. *Epilepsia* 23: 333-340, 1982.
16. *Granieri, E. et al.*: A descriptive study of epilepsy in the district of Copparo, Italy, 1964-1978. *Epilepsia* 24: 502-514, 1983.
17. *Danesi, M. A.*: Classification of the epilepsies: an investigation of 945 patients in a developing country. *Epilepsia* 26: 131-136, 1985.
18. *Joshi, V.*: Profile of epilepsy in a developing country: a study of 1000 patients based on the Internacional Classification. *Epilepsia* 18: 489-497, 1977.
19. *Gastaut, H.*: Relative frequency of different types of the epilepsy: a study employing the classification of the ILAE. *Epilepsia* 16: 457-461, 1975.
20. *Araujo, F.; O. Hernández-Cossío*: Clasificación de las epilepsias: estudio en 450 adultos. (Pendiente de publicación.)
21. *Pazzaglia, P. et al.*: Classification of partial epilepsies according to the symptomatology of seizures: practical value and prognostic implications. *Epilepsia* 23: 333-340, 1982.
22. *Begh, E. et al.*: Quality of care of epilepsy in Italy: a multi-hospital survey of diagnostic and treatment. *Epilepsia* 23: 133-148, 1982.
23. *Sotijanov, N. G.*: Clinical evolution and prognosis of childhood epilepsy. *Epilepsia* 23: 61-69, 1982.
24. *Todt, H.*: The late prognosis of epilepsy in childhood. Results of a prospective follow-up study. *Epilepsia* 25: 137-143, 1984.
25. *Juul-Jensen, P. et al.*: Natural history of epileptic seizures. *Epilepsia* 24: 297-312, 1983.
26. *Okuma, T. et al.*: Natural history and prognosis of epilepsy: report of a multi institutional study in Japan. *Epilepsia* 22: 33-53, 1981.

Recibido: 26 de septiembre de 1986. Aprobado: 11 de enero de 1987.

Dr. *Gustavo Pineda Pineda*. Instituto de Neurología y Neurocirugía. 29 y D, Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.