

# EPILEPSIA

\*Dr. Pedro Perez Quispe; \*Dra. Erika Torrez Laime; \*Dra. Gladys Torrico Montaña  
\*Médicos Familiares Policlínica El Alto CNS

## CONCEPTO

La epilepsia debe incluirse en un ámbito mayor que es el de la crisis cerebral, siendo este como cualquier disfunción transitoria de origen cerebral.

La epilepsia es una afección crónica, caracterizado, por la repetición de crisis epilépticas asociado a síntomas clínicos.

Crisis epiléptica es una crisis cerebral paroxística breve y de aparición espontánea rara vez refleja estímulo visuales o de otro tipo-, estereotipada de la conducta, emoción conciencia actividad motora ó sensitiva y es originada por descarga neuronal cortical.

Una crisis epiléptica es un síntoma y su recurrencia permite clasifica el paciente como epiléptico.

## CLASIFICACION.

Tras muchos intentos por la Internacional. League Against Epilepsy –ILAE- se elaboró en 1989 una clasificación de las epilepsias y síndromes epilépticos con avances en la unificación de términos y conceptos y haciendo comparables las experiencias de los pacientes epilépticos.

**CLASIFICACION DE LAS EPILEPSIAS Y SINDROMES** (Internacional league Against Epilepsy, 1989.)

## I. EPILEPSIAS Y SINDROMES GENERALIZADOS

### A. Idiomaticos

Convulsiones neonatales familiares benignas

Convulsiones neonatales benignas

Epilepsia mió clónica benigna del lactante

Epilepsia de ausencias infantiles

Epilepsia mioclonicas juvenil

Epilepsia con crisis de gran mal del despertar

Otras epilepsias generalizadas idiopáticas

Epilepsias provocadas por estímulos específicos.

### B. Criptogénicos ó sintomáticos

Síndrome de Best

Síndrome de lennox-Gastaut

Epilepsia con crisis mioclonica-astasicas –síndrome de Doose-

Epilepsia con ausencia mioclonica

## C. Sintomaticos

Etiología inespecífica

Encefalopatía mioclonica precoz

Encefalopatía epiléptica infantil precoz con patrón de supresión

Otras epilepsias generalizadas sintomáticas.

## II. SINDROMES FOCALES O RELACIONADOS CON UNA LOCALIZACION

### A. Idiopáticas

Epilepsia benigna infantil con paroxismos centro temporales

Epilepsia benigna infantil con paroxismo occipital

Epilepsia primaria de la lectura

### B. Criptogénicos

### C. Sintomaticos

Epilepsia parcial continúa

Epilepsia del lóbulo temporal

Epilepsia del lóbulo frontal

Epilepsia del lóbulo parietal

Epilepsia del lóbulo occipital

## III. SINDROMES INDETERMINADOS-CON CRISIS PARCIALES Y GENERALIZADAS

Crisis neonatales

Epilepsia mioclonica grave

Epilepsia con punta –onda continua durante el sueño

Epilepsia con afasia adquirida

## IV. SINDROMES ESPECIALES

Convulsiones febriles

Crisis provocadas por factor toxico metabólico

Crisis aislada, estado de mal aislado.

## EPIDEMIOLOGIA

La epilepsia es el trastorno mas frecuente después de la cefaleas afecta a más de 100 millones de personas en el mundo y varia su distribución de acuerdo al auserntismo a la

consulta medica por sus crisis, siendo no diagnosticados episodios epilépticos, ausencias. En nuestro país existen aproximadamente 120.000 epilépticos, que parecería estar relacionado con enfermedades infecciosas.

La prevalencia en una población definida se calcula que el 1-5 % sufrirá una ó múltiples crisis epilépticas a lo largo de su vida la prevalencia de un momento determinado revela 0,4-0,8 % sufre epilepsia, siendo superior en países en vías de desarrollo 0,5- 5.7 que en los países industrializados 0,5-0,8 % La incidencia en un periodo determinado alcanza 40-70 % por cada 100.000 habitantes por año en Europa cifras que se duplica en países en desarrollo la edad de aparición de distribuye en curva bimodal con 2 máximos de la infancia y senectud con discreto predominio de hombres sobre las mujeres.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

En 1981 la Liga Internacional de la Epilepsia (ILAE). Clasifica la crisis epiléptica a base de datos clínicos y electroencefalografía la que actualmente sigue su vigencia. A pesar de las diferentes revisiones realizadas.

#### Crisis Parciales:

La característica clínica y EEG se limita a un área del hemisferio cerebral y se divide en crisis parciales simples (CPS) sin afectación del nivel de conciencia y las crisis parciales complejas (CPC) hay afectación del nivel de conciencia independientemente de la semiología. El aura epiléptica es una sensación que precede a una crisis, en realidad son crisis parciales que duran segundos o minutos, que a diferencia de pródromos que es un estado de ansiedad o nerviosismo que pueden darse horas o días previos a una crisis que no se manifiesta en ECG. Las crisis parciales simples se pueden dividir en 4 categorías dependiendo de la activación de diferentes áreas de la corteza cerebral; Con síntomas motoras, con sintomatología somatosensorial, con signos y síntomas autónomos y síntomas psíquicos. Las crisis parciales complejas con alteración de conciencia sin actividad tónico clónica, se caracteriza por ausencias parciales o completa (generalmente con caída al suelo) y posterior ausencia

La semiología de la crisis varía en función del aria cerebral activada. En la crisis del lóbulo temporal tenemos dificultad de distinguir entre crisis parcial simple y compleja, es frecuente la aparición de los

fenómenos de aura la duración de CPC Puede ser de segundos a 2 minutos con periodo de Confusión post critica. La crisis del lóbulo frontal suele tener un inicio súbito de breve duración como la post crisis, no es facil hacer la diferencia entre CPS y CPC, dada la frecuente afectación del lenguaje y afectación motora y su valoración de afectación de conciencia o no. Semiológicamente afecta el hemicuerpo contralateral del aria activado. Las crisis del lóbulo parietal dominados por la semiología sensitiva (parestias, sensación de frialdad e incluso sensación de perdida o deformidad de una parte del cuerpo. Las crisis originadas en Lóbulo occipital los síntomas visuales dominan presentan; escotomas, hemianopsia, fopsias o amaurosis en casos de crisis occipital pura.

#### Crisis Generalizadas:

Crisis que se caracteriza de inicio disfunción de ambos hemisferios con afectación de la conciencia desde el primer momento del ataque (excepto la mioclonica sin alteración de conciencia) existiendo una descarga bilateral electroencefalicamente. El tipo más común es la crisis tónico-clónica generalizada (CTCG). Existen cinco fases en CTCG aunque no todas se presentan en una crisis. Primera fase premonitoria el paciente presenta una vaga sensación de inminencia de crisis en forma de irritabilidad o cefalea en los días previos. La segunda fase previo a tónica pequeñas sacudidas mioclónicas. La tercera fase es la contracción tónica de los diferentes grupos musculares, inicialmente de la musculatura axial incluido la musculatura respiratoria originando un grito al inicio de la crisis, se observa desviación ocular hacia arriba junto con la contracción de la musculatura mandibular que puede producir lesiones de mordedura en la lengua y mucosa oral. Esto dura 15 a 40 segundos observándose cianosis por la contracción de los musculos respiratorios, descarga autonómica como la taquicardia, hipertensión arterial y sialorrea. Cuarta fase por aparición de sacudidas clónicas que aumenta de amplitud progresivamente con posible relajación de esfínteres. La última fase quinta o post crisis caracterizada por hipotonía muscular generalizada, somnolencia, amnesia de lo ocurrido de duración variable. Las crisis tónicas pueden ser aisladas sin clónicas. En las crisis atónicas generalizadas el paciente cae al suelo bruscamente. Las crisis acinéticas caracterizadas por pérdida del movimiento sin hipotonía pero tiene afectación de conciencia. Dentro de las

crisis generalizadas no convulsivas, se consideran las crisis de ausencia. La típica es la pérdida de conciencia sin afectación del tono postural de 10 a 30 segundos de duración seguido de amnesia post crisis. Suele ser provocado por la hiperventilación, fatiga o somnolencia. Existen otro tipo de crisis de ausencia atípicas se suelen iniciar de forma más prolongada, con mayor duración asociado frecuentemente manifestaciones motoras.

### Manifestaciones clínicas de los síndromes epilépticos.

Actualmente se mantiene vigente la clasificación de ILAE de 1989, en el que se mantiene entre síndrome generalizado y focal añadiendo diferentes subapartados dentro de cada uno de ellos que hacen referencia a la etiología de la misma.

### Causa frecuente de la epilepsia sintomática según edad de presentación de crisis

Edad (años)	Etiología
0 a 20	Problemas congénitos, Trastornos del desarrollo cortical, TCE, Tumores del SNC, Infecciones del SNC
21 a 40	TCE, Tumores del SNC, Etilismo crónico, Drogas, Malformaciones vasculares, Infecciones del SNC
41 a 60	Tumores del SNC, Etilismo crónico, TCE, Enfermedades cerebrovasculares
Más de 60	Enfermedad cerebrovascular, Tumores cerebrales, Demencia.

### Síndromes epilépticos Generalizados.

*Idiopáticos.* Serie de síndromes que comparten características comunes como ser; la edad, existencia de antecedentes familiares, presencia de diferentes tipos de crisis generalizadas sin asociar retraso mental, suele tener respuesta favorable al tratamiento con ácido valproico.

*Convulsiones neonatales familiares benignas.* Caracterizada por la aparición de crisis breves en los primeros días de vida, que se resuelve espontáneamente pasada las semanas y meses, que tiene un patrón de herencia autonómica, es benigna con 15 de presentar crisis en la adolescencia.

*Convulsión neonatal benigna de la infancia.* Caracterizada por crisis mioclónicas generalizadas breves antes de dos años de vida, que produce frecuentemente caídas al suelo, en EEG presenta descargas de punta o polipunta generalizada e ínter crítico normal. El pronóstico en bueno, algunos casos con trastornos de aprendizaje.

*Epilepsia con ausencia infantil.* Se presenta entre 6 a 8 años de edad, niños con desarrollo normal que presenta crisis de ausencia, generalmente provocadas por hiperventilación. EEG descarga bilateral de punta onda a 3Hz.

*Epilepsia con ausencias juveniles.* Se inicia en la pubertad, pero frecuentemente aparecen CTCG.

*Epilepsia mioclónica juvenil.* Se inicia en la adolescencia caracterizada por mioclonia predominantemente en extremidades superiores aunque pueden ser generalizados, favorecida por la privación del sueño, el estrés y consumo de alcohol. El 90% ocurre CTCG y 30% ausencias. EEG punta - onda o polipunta - onda. La inteligencia es normal y el pronóstico es favorable.

*Epilepsia con crisis gran mal del despertar.* Se presenta en la adolescencia en forma de CTCG se produce poco tiempo después del despertar.

*Epilepsia con crisis provocadas por estímulos provocados.* Crisis provocadas directamente por estímulos; sensitivos (luz) o emocionales como la escritura, lectura, etc.

*Sintomáticos o criptogénicas.* Tenemos a los siguientes: Síndrome de West con triada clínica de espasmos, detención del desarrollo psicomotriz, ipsarritmia en el EEG intercrítica. Las crisis se inician antes del año de edad con promedio de 3 y 7 meses. La etiología es variable como anoxia, malformaciones cerebrales, genéticos e infecciones. Síndrome de Lennox-Gastaut. Caracterizado por; ausencias atípicas, atónicas y tónicas, EEG intercrítico de fondo lenta y descargas de puntas-ondas y lentas de 1.5 a 2.5 Hz. Las crisis se inician entre 1 a 7 años de edad, generalmente de crisis generalizadas frecuentemente de afectación frontal, las crisis suelen ser refractarias al tratamiento antiepiléptico. Epilepsia con estado-mioclónicas o síndrome de Doose. Dada entre 1 y 6 años de

edad, presenta crisis de ausencia y estato-mioclónicas con pronóstico mejor que la anterior.

**Sintomático.** Encefalopatía mioclónica precoz. Se inicia antes de los 3 meses con mioclonías fragmentarias, con transformación posterior miclonías y tónicas. Encefalopatía epiléptica orecoz infantil con brotes de supresión. Se inicia entre primer mes y los dos años de vida EEG presenta descarga supresión, el pronóstico es malo. Epilepsias mioclónicas progresivas. Grupo eterogenio de epilepsias mayoría por trastornos genéticos que provoca errores innatos del metabolismo, la principal manifestación son las mioclonías produciendoci deterioro cognitivo y trastornos neurológicos progresivos.

### Síndrome epilépticos Focales.

Idiopáticos.

*Epilepsia benigna infantil con paroxismos centrotemporales.* Llamada epilepsia rolándica. Las crisis se inicia entre 4 y 5 años de edad, en forma de crisis focales motoras sobre todos faciales y guturales, generalmente durante el sueño. EEG paroxismo de punta o de punta-onda localizado en región centrotemporal activada durante el sueño NREM.

Epilepsia benigna infantil con paroxismos occipitales. Se inicia entre 3 y 5 años crisis de predominio nocturno con desviación tónica de los ojos y vómitos.

Sintomáticos.

*Epilepsia parcial continua de la infancia.* Dos formas; síndrome de Kojewnikow, en que se presenta crisis parciales motoras de difícil control, secundaria habitualmente a lesiones cerebrales pudiendo aparecer a cualquier edad, habitualmente de 2 a 10 años. Presenta crisis parciales motoras con tendencia a la generalización cuya etiología es frecuente a infección viral o a un proceso autoinmune del SNC.

Epilepsia del lóbulo temporal. Frecuente en la esclerosis medial temporal que se presenta en pacientes con antecedentes de crisis febriles o una agresión cerebral persisten las crisis después del tratamiento convirtiéndose en farmacoresistente.

### Síndromes especiales.

*Crisis febriles.* Que se presenta entre 6 mes y los 5 años de edad en 2 a 5% de los niños sobre todo en varones transitorio CTCG de corta duración. El tratamiento es bajar de temperatura y el riesgo de

epilepsia posterior es 3% en crisis febriles complejas.

*Estado epiléptico.* Crisis epiléptica de al mesón de 30 minutos de duración, de dos o más crisis entre las que no existe recuperación completa del estado de conciencia.

### Epilepsia en situaciones especiales.

*Epilepsia en la mujer.* En las mujeres epilépticas la frecuencia de crisis varía en relación al ciclo menstrual probablemente al incremento de progesterona y estrógenos. Durante el embarazo puede existir incremento en frecuencia de crisis en 30%. Puede presentar complicaciones obstétricas como sufrimiento fetal. los fármacos antiepilepticos tienen efectos teratogénicos. Cada caso deber de ser analizado individualmente.

*Epilepsia en el anciano.* La prevalencia aumenta en 1.5 % en población mayor a 65 años de edad. El tipo de epilepsia suele ser focal como consecuencia de patología cerebrovascular las epilepsias suelen ser parciales con generalización. Las dosis de Fármacos antiepilepticos deberán de disminuirse de acuerdo a la respuesta individual.

### TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS.

- EEG (Electroencefalografía) Primordial, basado en registro de potenciales cerebrales, por electrodos ubicados en cuero cabelludo.
- TC. Tomografía computarizada craneal indicado en todos los pacientes con primer crisis epiléptica.
- RM Resonancia magnética. Con cortes dirigidos a regiones temporales y frontales es muy útil en el diagnóstico etiológico.
- Biometría hemática.
- Química sanguínea.
- PL. Punción lumbar.
- EGO

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Hay que hacer diferencia principalmente con trastornos neurológicos como: Espasmo del sollozo en niños. Síncopes vasovagales, crisis de migraña, Amnesia global transitoria, Fenómenos psicógenos, narcolepsia-catalepsia y vértigos psicógenos paroxísticos.

Otras. Crisis metabólicas y cardiopatías.

### CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

Cuando las crisis son sostenidas independientemente de su clasificación los pacientes deben de ser internados.

**TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA:**

Las diferencias entre fármacos antiepilépticos (FAE) son pequeñas mientras que el perfil de efectos adversos difiere entre unos y otros.

En general los FAE nuevos tienen menos interacciones farmacocinéticas y menos efectos adversos cognitivos que los FAE clásicos.

**Inicio de tratamiento:**

Debe considerarse iniciar el tratamiento en pacientes con un a primera crisis con alteraciones estructurales en la resonancia magnética; la exploración física es importante al igual que la actividad epileptiforme en el electroencefalograma EEG. En niños con exploración normal no suele estar indicado en tratamiento tras una primera crisis, para el inicio y suspensión del tratamiento se deben tener en cuenta factores individuales como la repercusión que pueda tener otra crisis en la actividad laboral y social.

**Situaciones especiales:**

Durante el embarazo debe planificarse con antelación y seguirse como embarazo de alto riesgo, mientras que en el anciano deben utilizarse dosis bajas y pautas de incremento más lentas para reducir los efectos secundarios cognitivos.

**Carbamacepina:**

Relacionado con antidepresivos tricíclicos, sus efectos secundarios se presentan en relación a su efecto máximo en el período pico de dosis por lo cual se debe repartir la dosis diaria total, dentro de ellos están la hiponatremia leve, leucopenia, elevación de enzimas hepáticas trombocitopenia leve, aplasia medular, exantema cutáneo, síndrome de Stevens-Johnson, asterixis, distonía, hipercolesterolemia

**Fenitoína:**

Es similar a los barbitúricos, las dosis deben ser inferiores en pacientes renales, insuficiencia hepática o hipoalbuminemia, los antiácidos suplementos de calcio y nutrición enteral reducen su absorción, puede producir reacción alérgica cutánea, Síndrome de Stevens-Johnson atrofia cerebelosa polineuropatía, hiperplasia gingival, osteoporosis, disminución de factores vitamínicos K dependientes anemia megaloblástica hirsutismo hiponatremia hiperglucemia. La aplasia medular lupus eritematoso sistémico, agranulocitosis trombocitopenia hipotensión arritmias cardíacas depresión del sistema nervioso central por vía

intravenosa, necrosis de tejido celular subcutáneo por extravasaciones sus complicaciones.

**Fenobarbital:**

En adulto produce sedación osteoporosis y en niños irritabilidad, es una de las últimas opciones en crisis generalizadas y parciales a cualquier edad.

**Acido valproico:**

Puede provocar temblor posicional, caída de cabello, aumento de peso, encefalopatía que evoluciona a estupor y coma irreversible al suspender el fármaco, fallo hepático agudo, irregularidades menstruales, ovario poliquístico, infertilidad, hiperamonemia, las náuseas vómitos anorexia mejoran tomándolo con alimentos,

**Primidona:**

Sus efectos secundarios son en el sistema nervioso central, es una de las últimas opciones en epilepsias focales y generalizadas.

**OTROS FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS CLÁSICOS:**

Las Benzodiazepinas con efectos antiepilépticos ocasionan somnolencia, alteraciones psicomotrices y desarrollan tolerancia entre ellas el Clonazepam, y el Clobazam empleados en epilepsias con mioclonías, epilepsia con punta de onda continua durante el sueño crisis neonatales, porfiria aguda intermitente, hiperreflexia.

La Etosuximida empleada en el tratamiento de ausencias típicas y en el síndrome de punta de onda continua durante sueño lento, no tiene ninguna eficacia en crisis focales y generalizadas tónico clónicas.

**NUEVOS FÁRMACOS:****Oxcarbacepina:**

Derivado de 10-ceto de carbamazepina, mejor tolerable que la carbamazepina y menos hepatotóxica. Produce reacciones cutáneas alérgicas, hiponatremia, alteraciones cognitivas menos marcadas que con carbamazepina, eficaz en epilepsias que no respondan a tratamiento con carbamazepina.

**Felbamato:**

Se asocia con insuficiencia hepática por su metabolismo hepático, se emplea en epilepsia parcial severa o Síndrome de Lennox-Gastaut

**Gabapentina:**

Se emplea en monoterapia en crisis parciales y secundariamente generalizadas en adultos y niños. No es eficaz en ausencias y mioclonías.

#### Lamotrigina:

De poca acción sedante, rara vez ocasiona psicosis, agresividad, irritabilidad, confusión, alucinaciones y agitación que remiten al suspender la droga, puede incrementar mioclonías en epilepsias generalizadas idiopáticas y epilepsia mioclónica del lactante, puede producir exantema y Síndrome de Stevens-Johnson, el inicio del tratamiento debe ser lento, puede ocasionar reacciones autoinmunes con fiebre, artralgias, linfadenopatías y eosinofilia, con exantema, debe emplearse en monoterapia para epilepsias parciales, eficaz en epilepsias fotosensibles, generalizadas primarias y generalizadas criptogénicas y sintomáticas como el síndrome de Lennox-Gastaut.

#### Levetiracetam

Empleado en epilepsias parciales, generalizadas primarias.

#### Pregabalina:

No tiene interacciones farmacocinéticas con otros medicamentos pues no inhibe enzimas del citocromo P450.

#### Tiagabina:

De poco efecto sedante, ocasionalmente produce psicosis, depresión, status epiléptico no convulsivo, empleado en epilepsias parciales asociada a otros fármacos, es útil en pacientes con Insuficiencia renal.

#### Topiramato:

Empleado en monoterapia para epilepsias parciales, epilepsias generalizadas idiopáticas, síndrome de Lennox-Gastaut y epilepsia mioclónica severa de la infancia.

#### Vigabatrina:

Reduce el campo visual por afectación de la retina siendo irreversible en una tercera parte de los casos, tiene pocos efectos secundarios cognitivos puede causar estado de ausencia o empeorar la crisis mioclónica y de ausencia, se emplea en epilepsia parcial de adultos y niños, en espasmos infantiles y en síndrome de West y epilepsia asociada a esclerosis tuberosa, pero su uso se restringe en niños por las complicaciones visuales.

#### Zonisamida:

Empleado como tratamiento adyuvante en epilepsias generalizadas sintomáticas mioclónica severa de la infancia, crisis generalizadas idiopáticas, síndrome de West y epilepsia mioclónica progresiva.

Tabla 1  
Presentaciones De Los Fármacos Antiepilépticos En Vía Oral, Dosificación Y Niveles Plasmáticos

NOMBRE DEL FARMACO	INICIO Y DOSIS DIARIA TOTAL (No TOTAL DE TOMAS AL DIA)	AUMENTO DE DOSIS	DOSIS DE MANTENIMIENTO
CARBAMAZEPINA	A: 200mg(3) N: 4-5mg/kg (3)	A: 100 mg/d cada 5d N: 5 mg/kg/d cada sem.	A: 800-1800 mg/d Ancianos 600 mg/d N: 10-30 mg/kg/d
CLOBAZAM	A: 10-15 mg (3) N: 0,25 mg/kg (3)	A: 10 mg/d cada sem N: 0,25 mg/kg/d cada sem	A: 30-60 mg/d N: 0,5-1 mg/kg/d
CLONACEPAM	A: 1mg (2) N: 0,05-0,1 mg/kg (3)	A: 0,5 mg/d cada sem	A: 1,5-6 mg/d N: 0,05-0,2 mg/kg/d
ETOSUXIMIDA	A: 500 mg (2) N: 10 mg/kg (2)	A: 250 mg/d cada sem Ancianos: 125 mg/d c/sem N: 10 mg/kg/d cada sem	A: 750-2000 mg/d N: 20-40 mg/kg/d

FENITOINA	Dosis de carga VO: A: 20 mg/kg (3) N: 15 mg/kg (3) Inicio: A: 300 mg (2) N: 6-10 mg (2)	No precisa.	A:300-600 mg/d Ancianos 200 mg/d N: 6-10 mg/kg/d Lactantes 20 mg/kg/d
FELBAMATO	A: 400-600 mg/d (2) N: 7,5-15 mg/kg (2)	A: 400-600 mg/d c/sem N: 7,5-15 mg/kg/d c/sem	A:1600-3000 mg/d N:45mg/kg/d (max.3600mg/dia)
FENOBARBITAL	A: 100 mg (1) N: 3 mg/kg (1)	A: 50 mg/d cada 3 sem N: 1mg/kg/d cada sem	A:150-300 mg/d Ancianos 100 mg/d N: 3-5 mg/kg/900-3600 mg/d
GABAPENTIN A	A: dia 1. :400 mg (1) Dia 2. 800 mg (2) Dia 3. 1200 mg (3) N: dia 1. :4 mg /kg (3)	A: 400 mg/d c/ sem N: 4 mg/kg/d cada sem	A:900-3600 mg/d N:10-60 mg/kg/d
LAMOTRIGINA	A: 50 mg (12,5 mg si se asocia con VPA (3) N: 2 mg /kg (0,2 mg/kg)  con VPA (3)	A: 50- 100 mg/dc/sem (25 mg/d/sem con VPA) N: 5 mg/kg/d c/sem ( 0,5 mg/kg/d)  mg/kg/d /sem con VPA	A:200-500mg/d (con VPA 100-200 mg/d) N:5-15 mg/kg/d ( con VPA 1-5  1-5\ 1-51-51-5 mg/kg/d  N:
LEVITIRACETAM	A: 1000mg/dia (2) N: 20 mg/kg/d (2)	A: 500 -1000 mg c/sem N: 10 mg/kg c/sem	A: 1000-3000 mg/d N: 20-60 mg/kg/d
OXCARBACEPINA	A: 150-300 mg (2-3) N: 10 mg/kg	A: 150 mg/d c/ 2 dias N: 10 mg/kg/d c/2 dias	A:600-2400 mg/d N: 30mg/kg/d (max 45 mg/kg/d)
PREGABALINA	A: 150 mg (2) N: 25 mg (2)	A: 75-150 mg/d c/sem N: 25 mg/d c/ sem	A: 150-600 mg/d N: 15-20 mg/kg/d
PRIMIDONA	A: 125 mg(3) N: 5 mg/kg (3)	A: 125 mg/d c/ sem N: 5 mg/kg/d c/ sem	A: 750 - 1500 mg/d N: 15-20 mg/kg/d
TIAGABINA	A: 15 mg(3) N: 5 mg (3)	A: 5-10 mg/d c/ sem N: 5 mg/d c/ sem	A: 30- 70 mg/d N: 15 - 30 mg/d
TOPIRAMATO	A:25 mg (2) N: 1 mg/kg (2)	A: 25 - 50 mg/d c/sem N: 1 mg/kg/d c/sem	A: 200-1000 mg/d N: 3-9 mg/kg/d
VIGABATRINA	A: 500 mg (2) N:40 mg/kg (2)	A: 500 mg/d c/sem N: 25 mg/kg/d c/sem	A: 2-4 g/d N: 40 - 80 mg/kg/d ( hasta 200 mg en Síndrome de West
AC. VALPROICO VPA	A: crono 500 mg (2) Normal 200 mg (3) N: 15 mg/kg	A: 300-500 mg/d c/3dias N: 15 mg/kg/d c/ 3 dias	A: 1000-3000 mg/d N: 20-100 mg/kg/d (200mg/kg/d en epilepsias graves
ZONISAMIDA	A: 50 mg (1-2) N: 2-4 mg/kg (1-2)	A: 50-100 mg c/1 -2 sem N: 2 mg/kg/d c/ 2 sem	A: 100-500 mg/d N: 4-8 mg/kg/d

A: Adultos, N: Niños, VPA: Acido valproico, D: día, C: cada, Sem :semana  
Extractado de: Medicine. 2007;9(75):4820-4829.

Tabla 2  
Farmacos Antiepilepticos De Eleccion En Los Diversos Tipos De Epilepsia

TIPO DE EPILEPSIA	1º ELECCIÓN	2º ELECCIÓN	OTROS	USO CON CAUTELA (b)
Epilepsias parciales	Ac Valproico, Carbamacepina Gabapentina Lamotrigina Levitiracetam Oxcarbacepina Topiramato	Clobazam Fenitoína Tiagabina Pregabalina Zonisamida	Fenobarbital Primidona Vigabatrina Dieta cetogénica ENV	
Epilepsias focales benignas de la infancia	Ac. Valproico	Gabapentina Carbamacepina	Levitiracetam	Carbamacepina Lamotrigina Topiramato.
Epilepsias generalizadas sintomáticas (Sd. Lennox Gastaut)	Ac. Valproico Lamotrigina Levitiracetam topiramato	Clobazam Clonazepam	Felbamato Dieta cetogénica ENV	Carbamacepina fenitoína
Epilepsias de ausencias (infantil o juvenil)	Ac Valproico Etosuximida lamotrigina	Combinación Ac valproico y Etosuximida o Lamotrigina	Benzodiazepina (a) Levitiracetam Topiramato zonisamida	Carbamacepina Fenitoína Vigabatrina
Epilepsias mycological sintomáticas y criptogénicas	Ac valproico Levitiracetam Zonisamida	Asociación ácido valproico y benzodiazepina	Combinación ác valproico benzodiazepina y piracetam o lamotrigina Dieta cetogénica	Carbamacepina Fenitoína Gabapentina Vigabatrina
Epilepsia mioclónica juvenil	Ac valproico Lamotrigina levitiracetam	Fenitoína Topiramato zonisamida	Fenobarbital Oxcarbacepina primidona	
Epilepsia con crisis de gran mal al despertar	Ac valproico Lamotrigina Levitiracetam	Fenitoína Topiramato Zonisamida	Fenobarbital Oxcarbacepina Primidona	
Espasmos infantiles	Vigabatrina	Ac valproico ACTH Prednisone Zonisamida	Combinación de ác valproico y benzodiazepinas Topiramato Acetazolamida Dieta cetogénica	
Epilepsia fotosensible	Ac. Valproico Lamotrigina Levitiracetam	Clonazepam		

ENV: estimulador sensible del nervio vago, ACTH: adrenocorticotropina  
(a) clobazam, clonazepam o nitrazepam. (b) son fármacos que pueden dar lugar a un empeoramiento paradójico de la crisis

Extractado de: Medicine. 2007;9(75):4820-4829.

Tabla 3  
Dosificación De Fármacos Antiepilépticos Vía Parenteral

FARMACO	INICIO Y MANTENIMIENTO
ACTH	Tratamiento de espasmos infantiles: 0,2'0,4 mg-d Mantener el tratamiento 2 a3 semanas, si la respuesta inicial es Buena y 6 a 8 sem. Si la respuesta en menos favorable
Clonacepa n	A: 1 mg en 2 min. N y lactantes : 0,5 mg en 2 min.
Diacepam	A:10 mg en 2 min. N: 0,5 mg/kg en 2 min
Fenitoina	Infusion de 20 mg/kg a 50 mg/min (A) o 15-25 mg/min (ancianos) o 1mg/kg/min (N), seguido de infusiones de mantenimiento de 300-600 mg/d (A) o 15 mg/kg/d ( lactantes) o 10 mg/kg/d (N) en 3 a 4 dosis. Puede disolverse en suero fisiologico 50 a 250 cm3
Fenobarbit al	A: infusion de 20 mg/kg a 100 mg/min , seguido de infusion continua de 0,1 mg/kg/min (1-4 mg/kg/d) Neonatos: Infusion de 20mg/kg, seguido de dosis mantenimiento 3 - 4 mg/kg/d N: infusion de 20 mg/kg, seguido de dosis de mantenimiento de 1-4 mg/kg/d
Levitiraceta m	A: 500-1500 mg divided en dos dosis en infusion en 15 min N: 20-60 mg/kg, divided en dos dosis en infusion en 15 min.
Midazolam	A: bolo de 200 mg/kg seguido de infusion de 0,75-11 ug/kg/min N:150 mg/kg en bolo, seguido de infusi'on de 1-5 mg/kg/min
Acido valproico	A: 15 mg/kg en 3 min, seguido a los 30 min de bomba de infusion de 1 mg/kg/h (maximo 25 mg/kg/d) N y lactantes : 20 mg/kg en 3 min, seguido a los 30 min de bomba de infusion de 1 mg/kg/h ( maximo 40 mg/kg/d)

A: adulto, N: nino, D: días, S: sem, ACTH adrenocorticotropina  
Extractado de: Medicine. 2007;9(75):4820-4829.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- García E, Ristol A. Epilepsia historia. Rev. Medicine. 2007; 9 (75); 4801 - 4805.
- Gil A, Rein E, García Morales I. Epilepsia etiopatogenia y fisiopatología. Rev. Medicine. 2007; 9 (75); 4806 - 48013.
- Salas J, Rodríguez S. Epilepsia Clínica, síndromes epilepticos. Rev. Medicine. 2007; 9 (75); 4814 - 4819.
- Gil A, Rein E. Tratamiento de la epilepsia. Rev. Medicine. 2007; 9 (75); 4820 - 4829.
- TejeiroJ, Martínez A. Status epileptico. Rev. Medicine. 2007; 9 (75); 4830 - 4837.
- Díaz M, Santos O y Lopez B. Protocolo diagnostico de la epilepsia. Rev. Medicine. 2007; 9 (75); 4839 - 4841.
- Molina AL. Epilepsia. Guía Diagnóstica y Tratamiento en Neurología y Neurocirugía. Segunda edición. Agosto 2008: 54 - 64.
- Molina M. Epilepsia. Guía Diagnóstica y Tratamiento en Neurología y Neurocirugía. Segunda edición. Agosto 2008: 65 - 67.
- Salas J, Rodríguez S. Atención ambulatoria y hospitalaria de paciente epiléptico. Rev. Medicine. 2007; 9 (75); 4845 - 4847.

Figura 1

