

EPILEPSIA FOCAL CON CRISIS DE INICIO MOTOR DEL LÓBULO FRONTAL

Focal epilepsy with motor-onset frontal lobe seizures

Hector Julio Piñera-Castro¹  

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.



Citar Como: Piñera-Castro HJ. Epilepsia focal con crisis de inicio motor del lóbulo frontal. SPIMED [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso];4(2):e95. Disponible en: <http://revspimed.sld.cu/index.php/spimed/article/view/95>



Correspondencia a:

Hector Julio Piñera-Castro

Correo Electrónico:

hectorpinera18100@gmail.com

Conflicto de Intereses:

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Recibido: 12-02-2022

Aceptado: 06-06-2023

Publicado: 24-06-2023

Palabras Clave: Epilepsia del Lóbulo Frontal /tratamiento farmacológico; Epilepsia Parcial Motora /tratamiento farmacológico; Epilepsia Tónico-Clónica /tratamiento farmacológico.

Keywords: Epilepsy, Frontal Lobe /drug therapy; Epilepsy, Partial, Motor /drug therapy; Epilepsy, Tonic-Clonic.

RESUMEN

Introducción: La epilepsia del lóbulo frontal continúa siendo un desafío, tanto en la comprensión de cómo se organizan las crisis epilépticas, como en términos de tratamiento.

Presentación del caso: Paciente femenina de 21 años de edad que acudió a consulta con crisis epilépticas no controladas. Estas comenzaron a los 16 años de edad y fueron tratadas con carbamazepina hasta los 20 años, momento en el cual quedó embarazada y cesaron las crisis por un año. Entre las investigaciones complementarias, el electroencefalograma en vigilia mostró un trastorno ligero e intermitente de presentación paroxística localizado en las regiones frontotemporales de ambos hemisferios cerebrales; luego se le indicó uno evolutivo, que evidenció una actividad paroxística intercrítica en ambas regiones frontotemporo-centrales, a predominio del hemisferio izquierdo. El estudio neuropsicológico reportó una afectación en el rendimiento del proceso mnésico. Se arribó a la conclusión diagnóstica de epilepsia focal con crisis de inicio motor del lóbulo frontal y síndrome depresivo, y se comenzó tratamiento farmacológico con carbamazepina, lamotrigina y diazepam, cuya administración fue reajustada en las próximas 16 consultas, hasta lograr el mejor control de las crisis. Se realizó manejo psiquiátrico debido a intento suicida.

Conclusiones: En el tratamiento del paciente con epilepsia, el objetivo es proporcionar a cada paciente el máximo control de las crisis epilépticas, sin efectos adversos significativos de los antiepilépticos y la comorbilidad psiquiátrica que afecta profundamente la calidad de vida.

ABSTRACT

Background: Frontal lobe epilepsy continues to be challenging, both in the understanding of how epileptic seizures are organized and in terms of treatment.

Case Presentation: 21-year-old female patient who came for medical consultation with uncontrolled epileptic crises. These crises started at the age of 16 and were treated with carbamazepine until the age of 20, at that time she became pregnant and the crises ceased for a year. Among the complementary research, the awake electroencephalogram showed a mild intermittent disorder with paroxysmal presentation located in fronto-temporal regions of both brain hemispheres; then an evolutionary one was indicated, which evidenced an intercritical paroxysmal activity in both fronto-temporal-central regions, predominantly in the left hemisphere. The neuropsychological study reported an impairment in the performance of mnemonic processing. A diagnosis of focal epilepsy with motor onset seizures of the frontal lobe and a depressive syndrome was reached, and pharmacological treatment with carbamazepine, lamotrigine and diazepam was started, whose administration was readjusted for the next 16 consultations, to achieve the best crisis control. Psychiatric management was performed because of a suicide attempt.

Conclusions: In the treatment of patients with epilepsy, the objective is to provide each patient with maximum crisis control, with no significant adverse effects of antiepileptic drugs and psychiatric comorbidity that profoundly affects quality of life.

INTRODUCCIÓN

Se considera que la epilepsia puede presentarse en cualquier persona, sin distinción de edad, sexo, color de la piel, origen social o características geográficas⁽¹⁾. Es una condición clínica con auto-remisión hasta en el 50 % de los casos.⁽²⁾

Según reportes de la Organización Mundial de Salud, más de 50

millones de personas la padecen, lo que la convierte en una de las enfermedades neurológicas más comunes; cerca del 80 % de los pacientes viven en países de bajos ingresos. Afecta al 1-2 % de la población.⁽³⁾

En 2017 la ILAE publicó una clasificación sobre los tipos de crisis epilépticas, en la que las dividía en tres grupos, de acuerdo a su inicio (motor o no motor): focal, generalizado o desconocido.⁽⁴⁾

Aquellas epilepsias en las que se tiene ausencia de control satisfactorio de las crisis epilépticas, a pesar del tratamiento médico adecuado con las dosis máximas toleradas de los fármacos anti-epilépticos (FAE), se les denomina refractarias.

La epilepsia del lóbulo frontal (ELF) constituye la segunda causa de crisis focales refractarias a tratamiento médico.⁽⁵⁾

La ELF sigue siendo un desafío, tanto en la comprensión de cómo se organizan las crisis epilépticas, como en términos de tratamiento.⁽⁶⁾ En este contexto, la comunicación científica de casos con este tipo de epilepsia contribuye al enriquecimiento del acervo de conocimiento médico en torno a este problema de salud y, en consecuencia, coadyuva a la mejor comprensión de sus características clínicas y posibilidades de tratamiento.

Se presenta en este artículo un caso de epilepsia focal con crisis de inicio motor del lóbulo frontal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 21 años de edad, de piel negra y nacionalidad cubana, maestra, que acudió al Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN) con crisis epilépticas no controladas. Su desarrollo prenatal y perinatal fue normal. Durante la infancia requirió tratamiento logopédico por retardo del lenguaje. En cuanto a sus antecedentes patológicos familiares, su madre padeció de síncope vasovagales; y un tío paterno, de epilepsia.

Desde los 16 años comenzó a sufrir de episodios que fueron considerados crisis epilépticas, caracterizadas por una sensación inicial de calambre en los miembros inferiores, seguida por movimientos tónico-clónicos y relajación del esfínter vesical. Fue tratada con carbamazepina hasta los 20 años. En aquel momento las crisis acontecían con una frecuencia de 3-4 al mes. A esa edad tuvo un embarazo, durante el cual no presentó crisis. Al año siguiente comenzó a sufrir crisis frecuentes como se refirieron, para lo cual llevó tratamiento con lamotrigina (100 mg) ¼ de tableta v. o. cada 8 h.

Al ser atendida por vez primera en el CIREN, refirió que las 2 últimas habían iniciado con una sensación de pérdida de la visión. El examen físico no develó ninguna alteración. Los datos obtenidos en la anamnesis y la exploración clínica condujeron a una impresión diagnóstica inicial de crisis epilépticas refractarias de difícil control. La conducta médica asumida se precisa en la tabla 1.

Tabla 1. Conducta médica seguida ante la paciente.

Consultas	Conducta médica	Observaciones relevantes
1ra consulta	<ul style="list-style-type: none"> Carbamazepina (200 mg): 2 tabletas v. o. cada 8 h. Lamotrigina (100 mg): ¼ de tableta v. o. cada 12 h. Clonazepam (1 mg): 2½ tabletas/día v. o. con distribución: 1 - ½ - 1. 	Ninguna.
	<ul style="list-style-type: none"> Se indicaron: hemograma completo, hemoquímica, EEG en vigilia y TC simple de cráneo. Registrar número de crisis al mes y momento del día en que ocurren. Reconsulta en 1½ - 2 meses. 	

1ra reconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Carbamazepina: 4½ tabletas/día (2 - ½ - 2). Clonazepam: 1 tableta cada 8 h. Resto del tratamiento: S/M. Reconsulta en un mes. 	Hemograma completo, hemoquímica y TC simple de cráneo dentro de los parámetros normales. EEG en vigilia: trastorno ligero e intermitente de presentación paroxística localizado en las regiones frontotemporales de ambos hemisferios cerebrales, especialmente evidente durante la hiperventilación. La paciente refirió que en los 2 meses precedentes, la frecuencia disminuyó de 8 crisis/mes a 5 crisis/mes, todas durante el día.
2da reconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Lamotrigina: 1 tableta cada 12 h. Se indicó evaluación neuropsicológica. Resto del tratamiento: S/M. Reconsulta en 4 meses. 	La paciente refirió una frecuencia de 3 crisis/mes, todas durante el día.
3ra reconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Reposo laboral. Resto del tratamiento: S/M. Reconsulta en un mes. 	Evaluación neuropsicológica: afectación en el rendimiento del proceso mnésico, lo cual se consideró congruente con una disfunción de las regiones prefrontales. La paciente refirió estar muy estresada.
4ta reconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Carbamazepina: 2 tabletas cada 8 h. Lamotrigina: 1½ tabletas/día (1 - ½). Clonazepam: 4 tabletas/día (1½ - 1 - 1½). Resto del tratamiento: S/M. Reconsulta dentro de un mes. 	La paciente refirió un descenso de las crisis epilépticas en cuanto a frecuencia e intensidad (severidad). También refirió estar menos estresada.
5ta reconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Lamotrigina: 1½ tabletas cada 12 h. Resto del tratamiento: S/M. Reconsulta dentro de un mes. 	La paciente refirió una frecuencia de 9 crisis/mes, todas durante el día.
6ta reconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento: S/M. Reconsulta dentro de 3 meses. 	La paciente refirió una frecuencia de 4 crisis/mes, toda durante el día. La paciente refirió dolor en miembros inferiores, sin precisarse focalización neurológica al examen físico.
7ma reconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Lamotrigina: 2 tabletas cada 12 h. Se indicó TC simple de cráneo (evolutiva). Reconsulta dentro de un mes. 	En el período ocurrieron 8 crisis, con una frecuencia máxima de 3 crisis/mes, todas durante el día.
8va reconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento: S/M. Reconsulta dentro de 4 meses. 	TC simple de cráneo: dentro de los parámetros normales. La paciente refirió una reducción de la frecuencia de las crisis.
9na reconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Lamotrigina: 2¾ tabletas/día (1¾ - 1). Clonazepam: 3 tabletas cada 12 h. Resto del tratamiento: S/M. Reconsulta dentro de un mes. 	La paciente se mostró evolutivamente mejor.
10ma y 11na reconsultas	Paciente estable. No fue modificado el tratamiento. En la 10ma reconsulta se precisó que la paciente se encontraba asténica. En la 11na se indicó un EEG evolutivo, y reconsulta dentro de 6 meses.	
12ma reconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Piridoxina [(vitamina B6) tableta 10 mg]: 100 mg/día v. o. Resto del tratamiento: S/M. Reconsulta dentro de un mes. 	EEG: actividad paroxística intercrítica en ambas regiones fronto-témporo-centrales, a predominio del hemisferio izquierdo. La paciente refirió control de las crisis epilépticas. Se constató marcada astenia.
13ra reconsulta	<ul style="list-style-type: none"> Carbamazepina: 6½ tabletas/día (2 - 2¼ - 2¼). Lamotrigina: 2 tabletas cada 12 h. Resto del tratamiento: S/M. Reconsulta dentro de un mes. 	Mejoría de la astenia evolutivamente. La paciente refirió haber tenido una crisis en fecha cercana a la reconsulta.

14ta, 15ta y 16ta
reconsultas

Paciente estable, con muy pocas crisis epilépticas de corta duración. En la 14ta se le indicó suspender el reposo laboral recomendado en la 3ra reconsulta. En la 16ta reconsulta ya había comenzado a recibir tratamiento psiquiátrico a causa de un intento suicida referido.

Leyenda: S/M: sin modificaciones; EEG: electroencefalograma; TC: imagen por tomografía computarizada.

Estos datos permitieron arribar a la conclusión diagnóstica de epilepsia focal con crisis de inicio motor del lóbulo frontal y síndrome depresivo. Evolutivamente, la paciente continuó con estabilidad emocional, activa laboralmente y con control de las crisis epilépticas. En la actualidad continúa su seguimiento en consulta externa de neurología del CIREN, y de psiquiatría en su área de salud.

DISCUSIÓN

En series quirúrgicas, los pacientes con ELF representan el 10-20 % de los casos, pero la prevalencia de esta enfermedad es mucho mayor en la población general.⁽⁶⁾ Es la segunda más frecuente entre las epilepsias focales en el mundo.⁽⁷⁾

Desafortunadamente, es difícil definir sus características generales, pues las series habitualmente las integran pacientes estrictamente seleccionados, mientras que los estudios realizados en pacientes con formas menos severas de este tipo de epilepsia están limitados por la dificultad que representa definir certeramente la localización del foco epiléptico.⁽⁸⁾

Su diagnóstico es más complejo comparado con la epilepsia del lóbulo temporal, teniendo en cuenta que la semiología de las crisis es variable y compleja por las múltiples funciones que cumplen los lóbulos frontales, así como sus interconexiones con los lóbulos temporales, parietales y occipitales. Además, puede ser difícil diferenciar las crisis originadas en el lóbulo frontal, de las manifestaciones presentadas en las crisis psicógenas no epilépticas.⁽⁷⁾

Son muy sugestivas de crisis frontales: la ausencia de confusión posictal, la brevedad de las crisis, la rápida evolución de las crisis a tónico-clónicas bilaterales y las manifestaciones tónicas de inicio.^(9,10) Tales signos clínicos convergieron en el caso en cuestión.

El diagnóstico puede oscurecerse también desde la perspectiva de los exámenes paraclínicos, con una mayor dificultad en la interpretación del EEG de superficie, donde la presencia de descargas claramente identificables como frontales ocurre en el 14-63 % de los pacientes con diagnóstico comprobado de ELF; y hay hallazgos falsamente localizadores o ausencia de actividad eléctrica ictal en el 33-36 % de los pacientes, especialmente relacionados con focos frontales profundos. Asimismo, la resonancia cerebral realizada en el grupo de pacientes con ELF puede ser no lesional en el 69 % de ellos.⁽⁷⁾

En la paciente cuyo caso se presentó en este artículo —en lo adelante: la paciente —, los resultados de los EEG y de la evaluación

neuropsicológica tuvieron valor localizador durante el diagnóstico.

El momento del día en que se producen las crisis es importante en las ELF, pues la mayoría de ellas acontecen durante las 2 a. m. y el mediodía.⁽¹²⁾ En su estudio, Calle-López y otros⁽⁷⁾ reportaron un predominio nocturno de las crisis (50 %). Sin embargo, las crisis experimentadas por la paciente tuvieron lugar durante el día.

El tratamiento de las epilepsias se puede resumir en tres grandes grupos: profiláctico/preventivo, farmacológico y no farmacológico (cirugía y tratamientos alternativos), sin dejar de mencionar el manejo psicológico/psiquiátrico.⁽¹⁾

En torno a la farmacoterapia para el manejo de la epilepsia, resulta necesaria la instauración progresiva de la medicación⁽¹⁾, principio que fue cumplido en el tratamiento de esta paciente. Se prescribió la carbamazepina, como FAE de primera elección en estos casos⁽⁹⁾, así como el clonazepam y un FAE de segunda generación: la lamotrigina.

La epilepsia reporta perjuicios psicológicos y sociales a los pacientes que la padecen, relacionados con el estigma particular que lleva consigo esta enfermedad, el cual se ha transmitido por generaciones a través de milenios. Estos pacientes experimentan un comportamiento discriminatorio en muchos ámbitos de la vida, frecuentemente con una comorbilidad psiquiátrica asociada.^(12,13) Se estima que el 20–30 % de los pacientes con epilepsia tiene trastornos psiquiátricos.⁽¹²⁾

Las tasas de prevalencia del suicidio en pacientes con epilepsia son de 5 a 10 veces superiores que en la población general.^(12,14) En el manejo de la paciente de este caso, la evaluación y tratamiento psiquiátricos oportunos permitieron un mejoramiento del cuadro.

En el tratamiento del paciente con epilepsia, el facultativo jamás ha de soslayar el siguiente principio, sobre el cual alertan Bender del Busto y Hernández-Toledo⁽¹⁾: el objetivo es proporcionar a cada paciente el máximo control de las crisis epilépticas, sin efectos adversos significativos de los antiepilépticos y la comorbilidad psiquiátrica, que afecta profundamente la calidad de vida.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

HJPC: Conceptualización, investigación, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bender del Busto JE, Hernández Toledo L. Consideraciones en el tratamiento del paciente con epilepsia. Artículo de revisión. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2017 [citado 21 Dic 2022];16(6):912-26. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v16n6/rhcm08617.pdf>
- Bender del Busto JE. La epilepsia, un problema de salud a escala mundial. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2018 [citado 21 Dic 2022];17(4):660-663. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2491>
- OMS. Epilepsia [Internet]. Ginebra: OMS; 2023. [citado 24 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/epilepsy>
- 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* [Internet]. 2017 [cited 2022 Dec 21];58(4):522-530. Available from: https://www.ilae.org/files/dmfile/Operational-Classification-Fisher_et_al-2017-Epilepsia.pdf
- Bender del Busto JE. Epilepsia Refractaria. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2007 [citado 21 Dic 2022];6(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000100010&lng=es&nr=iso&lng=es
- Targas-Yacubian EM, Kochen S. Crisis epilépticas. São Paulo: Leitura Médica Ltda; 2014.
- Calle-López Y, Bedoya-Rodríguez P, Solarte-Mila RA, Aguirre-Acevedo D. Semiología de crisis en probable epilepsia del lóbulo frontal. *Med* [Internet]. 2018 [citado 21 Dic 2022];40(3):291-298. Disponible en: <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1367/1668>
- Calle-López Y, Bedoya-Rodríguez P, Solarte-Mila RA, Aguirre-Acevedo D. Frontal lobe epilepsy. *Epileptic Disorders* [Internet]. 2004 [cited 2022 Dec 21];6:223-239. Available from: https://www.jle.com/fr/revues/epd/e-docs/frontal_lobe_epilepsy__265691/article.phtml?tab=download&pj_key=doc_attach_1689
- Maya Entenza CM. Epilepsia [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. [citado 21 Dic 2022]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/epilepsia/>
- Wyllie E, Gidal BE, Goodkin HP, Luddenkemper T, Sirven JI. *Wyllie's Treatment of Epilepsy*. 6ta ed. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2015.
- Pavlova MK, Woo Lee J, Yilmaz F, Dworetzky BA. Diurnal pattern of seizures outside the hospital: Is there a time of circadian vulnerability. *Neurology* [Internet]. 2012 [cited 2022 Dec 21];78(19):1488-92. Available from: <https://n.neurology.org/content/neurology/78/19/1488.full-text.pdf>
- Bender del Busto JE, Hernández-Toledo L, Rodríguez-Matuberría L, Menéndez-Imamura K. Trastornos psiquiátricos asociados a las epilepsias. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2016 [citado 21 Dic 2022];15(6):890-905. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600005
- M Baker, R Kale, M Menken. "The wall between neurology and psychiatry." *BMJ : British Medical Journal* 324 (2002). [citado 21 Dic 2022] 1468 - 1469. Disponible: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:27846047>
- Garibi-Pérez A, Torres-Imaz F, Mingote-Adán C. Epilepsia y psiquiatría. *Aten Primaria* [Internet]. 2000 [citado 21 Dic 2022];26(10):703-710. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656700787579>