ACTUALIDAD PEDIATRICA.

TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA

Por el Dr. CARLOS RUIZ (1)

Como muy bien lo apunta William Lennox en un reciente artículo (*Journal of Pediatrics*, setiembre 1946, pág. 356) los médicos prácticos comienzan a considerar el problema de la epilepsia con un criterio distinto al que lo encaraban hace algunos años. Lo más común era que se lo considerase como una situación irremediable.

El desconocimiento de la fisiopatología del proceso, el poco éxito de la terapéutica, y la creencia de que el epiléptico era, además, un sujeto psíquica e intelectualmente inferior —inútiles las reiteradas citas de hombres célebres que han sido epilépticos— daban cierta base al médico general para desentenderse un poco de estos enfermos.

Pero las cosas han ido cambiando. Y por dos caminos. Uno ha sido la búsqueda química de eficaces medicamentos anticonvulsivos, que han ampliado las posibilidades terapéuticas. El otro lo dió el descubrimiento de la electroencefalografía. El estudio de las ondas de actividad cerebral ha permitido orientarse, con un criterio bastante seguro, sobre las diversas formas clínicas de la epilepsia y ha dado al médico una base para su diagnóstico y, sobre todo, para apreciar la eficacia y buen rumbo de la terapéutica que ha instituido.

Como lo manifiesta Lennox, ya no se concibe hoy en día la buena asistencia de un enfermo afectado o sospechado de epilepsia, sin que le sea practicado un examen electroencefalográfico. La electroencefalografía es para el neurólogo,

(1) Publicado en *Día Médico*. Buenos Aires. 26 de junio de 1947.

dice Lennox, lo que el examen radiológico para el ortopedista o el electrocardiograma para el cardiólogo.

El examen eléctrico cerebral ha confirmado lo que la clínica había ya delimitado: que existe una real diferencia entre las distintas formas clínicas de la epilepsia. Si bien el "gran mal", el "pequeño mal" y los "equivalentes (o más propiamente "variantes") psicomotores" pueden ser englobados todos como manifestaciones epilépticas, cada una de ellas tiene características propias que el examen electroencefalográfico ha confirmado.

Seguimos desconociendo la causa del síndrome (la epilepsia es un síndrome y no una enfermedad) o, mejor dicho, los motivos desencadenantes del acceso convulsivo o de sus variantes, pero el examen eléctrico cerebral ayuda día a día a delimitar más los cuadros, y, sobre todo, orienta en la actitud terapéutica y explica el por qué del fracaso de una u otra droga en cada una de las distintas formas clínicas de la epilepsia.

Ante los promisoros resultados que ofrece la actual terapéutica en los epilépticos, no puede ya el médico general desentenderse de un enfermo que presenta accesos convulsivos con carácter recurrencial. Y ello nos toca especialmente a los pediatras. Siempre los neurólogos nos han estado llamando la atención sobre la relativa poca importancia que los pediatras dábamos, y damos, a las convulsiones en la infancia y especialmente a las "convulsiones por hipertermia". Es probable —casi seguro— que ellos tengan razón. Porque si bien es cierto que en un gran porcentaje de casos la evolución posterior de estos niños es prácticamente normal, no menos cierto es que también buen número de ellos son los que más tarde han de hacer manifestaciones epilépticas.

El problema de las convulsiones en la infancia es demasiado grande para abarcarlo aquí. Es posible que muy pronto lo abordemos desde las páginas de los "Temas al día" que "El Día Médico" nos ofrece. Allí podremos, con más amplitud, profundizar su delimitación diagnóstica, la actitud terapéutica, y, sobre todo, fundamentar el pronóstico que es el problema fundamental que se le plantea al médico. Pero como un anticipo, nos ha parecido que era conveniente hacer ya un breve comentario sobre las nuevas medicaciones anticonvulsivas.

Ante todo, estas medicaciones deben utilizarse con un criterio profiláctico. El acceso convulsivo hace casi siempre

su evolución —excepción hecha del status epiléptico— en forma espontánea. Toda la medicación que practicamos en pleno ataque convulsivo, en realidad la única eficacia que tiene es tranquilizar a los angustiados padres al ver que hacemos algo. ("La convulsión aguda requiere más bien diagnóstico que tratamiento". Peterman, Amer. Jour. Dis. Child., octubre 1946, pág. 399).

La cura del mal convulsivo está en evitar que se produzca. Porque cada convulsión que estalla aumenta la irritabilidad del foco cortical que la determina. Si se consigue calmar ese foco en forma tal que por meses o años no llegue a provocar un acceso convulsivo, es posible que ya no lo haga más. Por eso la terapéutica actual tiende a mantener una acción medicamentosa prolongada y sostenida, por lapsos grandes, sin hacer nunca supresiones bruscas del medicamento. Los beneficios de esta actitud se han visto confirmados por la clínica y por el examen electroencefalográfico. Casi todos los médicos hemos temido mantener prolongadamente una medicación bromurada o barbitúrica, aun faltando toda manifestación de intolerancia o de intoxicación, creyendo que ella pudiera tener una acción deprimente sobre la actividad psíquica o intelectual del paciente. Pero no parece ser verdad. Si algunos niños con manifestaciones epilépticas son retardados psíquicos o mentales, ello no es atribuible ni a la epilepsia ni a la medicación, sino a la misma causa que ocasiona el síndrome epiléptico.

Pero utilizar una medicación anticonvulsiva en forma profiláctica, durante años, en forma sostenida, no puede hacerse sin un conocimiento muy exacto del enfermo, de la clase y cantidad de droga necesaria y útil para ese enfermo, y de un control encefalográfico del efecto de la medicación sobre el mismo. Es evidente que será útil el consejo y control de un neurólogo, pero el enfermo puede y debe ser llevado de la mano por el pediatra. Para ello, debe conocer las directivas actuales de la conducta terapéutica, su criterio profiláctico y la indicación precisa de las diversas drogas actualmente a su disposición. Pues en igual forma que "las armas modernas de guerra no sirven más que una borquilla en manos de soldados que no las conocen" el buen éxito de las drogas anticonvulsivas depende del conocimiento y uso que los médicos sepan hacer de ellas (Lennox).

Los barbitúricos (fenobarbital, luminal, gardenal) siguen siendo las drogas más efectivas, las menos dañosas y las de menor costo para el tratamiento del gran mal. Su ac-

ción anticonvulsiva es más segura que la de los bromuros o la de los hidantoinatos, aunque su acción sedante es mayor que la de estos últimos.

Cuando la investigación experimental llegó al descubrimiento, por síntesis, de los hidantoinatos, se creyó encontrar la droga anticonvulsiva por excelencia, superior a los barbitúricos, más sedantes que anticonvulsivos. Pero en la práctica los barbitúricos han mantenido su supremacía por su mayor tolerancia y la mayor elasticidad de su dosificación.

Por eso el luminal sigue siendo la droga de elección para el gran mal epiléptico y los trastornos psicomotores (equivalentes o variantes epilépticos). Es difícil establecer la dosis exacta: cada enfermo requiere "su" dosis, pero como índice puede decirse que un niño de alrededor de 10 años requiere un mínimo de 0.03 gr., dos o tres veces en el día — dosis que se puede aumentar — y que esta dosificación debe ser mantenida meses y meses, y aun años, y sin que sea correcto suspenderla bruscamente, pues se corre el riesgo de provocar la reaparición del acceso convulsivo.

Cuando hay intolerancia al luminal, o su acción sedante es demasiado marcada, se debe recurrir a los hidantoinatos. El epamin (difenilhidantoinato de sodio) es el más usado y sus indicaciones son las mismas que las del luminal (gran mal y trastornos psicomotores), siendo superior a éste en el tratamiento de los trastornos psicomotores. El inconveniente del epamin es que su dosis terapéutica fácilmente se confunde con las dosis de intoxicación. La intoxicación se manifiesta por hiperplasia de las encías e incoordinación motriz y ataxia. En ese sentido parece ser mejor tolerado otro hidantoinato obtenido también por síntesis, el metilfenilhidantoinato, conocido con el nombre de mesantoína en Suiza y de fenantoína en EE. UU. Con todo, el epamin es aún el más usado de los hidantoinatos y sus dosis útil es de 0.10 gr., dos o tres veces en el día.

Muchos autores, y entre ellos Buchanan, opinan que una buena conducta es prescribir epamin, dos veces en las horas del día y luminal por la noche, buscando así la acción preponderante anticonvulsiva del primero y la sedante del segundo. Ello permite también una mayor tolerancia de las drogas, hecho importante, dado que lo ideal es mantenerlas durante muy largos períodos de tiempo. Puede decirse que las dosis de 0.60 gr. de bromuros, 0.10 gr. de epamin y 0.03 gr. de luminal son equivalentes en su acción anticonvulsiva

y que puede ser útil su asociación y su alternancia para poder prolongar el tratamiento.

Pero ninguna de estas drogas tiene mayor acción sobre el pequeño mal, aquella forma de la epilepsia caracterizada por frecuentísimas y breves interrupciones de la conciencia, casi siempre sin pérdida del tono postural, con convulsiones mioclónicas localizadas y con características encefalográficas propias (ondas y espigas). Hasta hace muy poco tiempo los bromuros seguían siendo el medicamento de elección de esta forma de epilepsia, aunque con poca eficacia. Pero últimamente, del grupo de las oxazolidinadionas se ha aislado un producto, al que se ha denominado "tridione", que ha dado excelentes resultados tanto en la aplicación experimental como clínica. Cada cápsula de tridione lleva 0.30 gr. de medicamento y en los niños de 2 a 4 años pueden prescribirse 2 cápsulas diarias y hasta 3 por arriba de los 5 años de edad. Tiene un inconveniente grave: provoca eclosión del gran acceso convulsivo en aquellos pacientes que conjuntamente con el pequeño mal sufren del gran mal, ya sea en forma ostensible o en forma latente. Dada la frecuencia de la asociación de pequeño y gran mal en un mismo enfermo puede ser una droga peligrosa si se usa sin un cuidadoso examen de los antecedentes y sin un previo examen electroencefalográfico que descarte la existencia de gran mal en forma latente.

Si se considera todo este nuevo arsenal terapéutico que se ofrece para el tratamiento de la epilepsia —material que aun no está agotado, pues el camino de la experimentación química hacia el anticonvulsivo por excelencia continúa en forma intensa— conjuntamente con el progreso realizado en la investigación clínica y diagnóstica (especialmente electroencefalográfica), y todo el campo promisor de la investigación bioquímica sobre el tejido cerebral que tal vez permitirá hallar el déficit o trastorno metabólico que desencadena el acceso convulsivo se comprenderá cuánto ha sido lo que se ha avanzado en el conocimiento de la epilepsia y los síndromes convulsivos.

Ello ha significado una nueva conducta para con estos enfermos. Conducta medicamentosa y conducta de actitud por decir así. Pues se ha comprendido que a la par de esta medicación, sostenida y prolongada, debe darse al niño epiléptico toda la libertad psíquica y motora necesaria a su edad y a su temperamento. Y hasta con una explicación lógica. Evidentemente las dietas cetógenas y deshidratantes que lle-

van hacia una desviación acidótica del equilibrio ácido-básico humoral tienen una acción beneficiosa sobre estos enfermos, probablemente por una acción antagónica sobre el desencadenamiento convulsivo a nivel de la corteza. Pero ningún niño tolera estas dietas por tiempo prolongado y siempre se ingenian para transgredirlas. Pues bien, manteniéndolos en actividad física y mental intensa, el ácido carbónico y el ácido láctico que se forman por esa actividad ayudan a las drogas a mantener al niño con menor número de accesos. Ello es otra de las interesantes revelaciones de la electroencefalografía: las manifestaciones disrítmicas son mucho menos acusadas cuando el niño está en períodos de actividad física y mental que cuando está en períodos de reposo y aislamiento.

Reintegrar estos niños a su vida normal, investigar al máximo la posible causa del síndrome epiléptico, tratarla, si se la halla, y medicarlos en forma sintomática con terapéutica anticonvulsiva hasta lograr la dosis necesaria para la desaparición de los accesos, manteniendo entonces la droga durante meses y meses, son las indicaciones actuales del tratamiento de la epilepsia.