

Rev. Chil. Pediatr. 59 (4); 246-249, 1988

## Evolución de una crisis epiléptica generalizada, no tratada: Convulsiones benignas del desarrollo

Dr. Marcelo Devilat B.<sup>1, 2</sup>; Dr. Carlos Acevedo Sch.<sup>3</sup>; Dr. Rodrigo Chamorro O.<sup>1</sup>

### First generalized non treated epileptic seizure: Prognosis

The first epileptic crisis of a child force physicians to therapeutic decisions involving knowledge of its evolution and prognosis. This study was aimed to delineate prognosis, throughout an at least three years long follow up, in 50 children after their first non provoked nor treated generalized epileptic crisis, all free from known predisposing factors for recurrence. Eleven (22%) patients had a second seizure, 9 (81%) within the following 2 years after the first episode. Epilepsy among second grade relatives, age, sex, type of generalized crisis and previous morbidity were not significant variables for recurrence ( $p > 0.05$ ). The second seizure was similar to the first one in 1:2 patients. This report demonstrates that few recurrences can be expected in children with a first non treated epileptic seizure, if the characteristics of every patient are properly considered.

(Key words: epilepsy, first crisis, generalized, rate of recurrence, time of recurrence, predisposing factors, untreated.)

Cuando un niño presenta epilepsia, la indicación de iniciar un tratamiento con anticonvulsivantes es perentoria, pero la situación es diferente si el enfermo ha tenido sólo una convulsión. Esto último plantea numerosas interrogantes acerca de la conducta a seguir ante una primera crisis epiléptica, razón por la cual las opiniones

al respecto están divididas<sup>1-9</sup> y generalmente basadas en la tradición clínica. Por otra parte, últimamente ha aparecido la idea<sup>10</sup> de posponer el tratamiento en aquellos niños portadores de "convulsiones benignas del desarrollo" o "epilepsia benigna de la infancia", cuyas características clínicas pueden predecir un buen pronóstico.

El conocimiento del curso que adopta una primera crisis epiléptica no provocada y de los factores relacionados con las recurrencias, es esencial para sugerir un plan terapéutico racional<sup>11</sup>. A pesar de la importancia del tema, sólo en los últimos años se han emprendido investigaciones metodológicamente bien estructuradas para abordar el problema en adultos<sup>11, 12</sup> y en

- 
1. Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna.
  2. División Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
  3. Departamento de Neurología Infantil, Hospital San Juan de Dios, Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

niños<sup>11, 13-15</sup>, habiéndose descrito además aquellas variables que son significativas para predecir las recurrencias<sup>11-15</sup>.

El objetivo de esta comunicación es determinar el riesgo y la oportunidad de las recaídas, en 50 niños que presentaron una primera crisis epiléptica generalizada, no provocada y no tratada, quienes fueron seguidos al menos por 3 años. Asimismo, se analizarán los factores predictivos de recurrencia, excluyendo a aquellos que son significativos en la literatura. Por último, se describirán las características clínicas de las crisis con las que recurren los enfermos.

### MATERIAL Y METODO

En una publicación anterior se describieron las características de la presenta muestra y la metodología empleada<sup>16</sup>.

Ochenta y ocho niños ingresaron al estudio hasta mayo de 1983. En todos se registró el electroencefalograma (EEG) poco después de la primera crisis, en vigilia o sueño, con hiperventilación o fotoestimulación—según la edad— en el momento del examen. Al finalizar el período de observación, 50 pacientes cumplían con el requisito de haber sido controlados al menos por 36 meses ( $\bar{x}$  39,84, rango 36 a 54 meses). Estos últimos enfermos constituyen el material de esta publicación.

Veintiocho eran hombres, sólo ocho tenían antecedentes de epilepsia en familiares de segundo grado, seis niños habían tenido alguna alteración perinatal, uno estaba en tratamiento prolongado con prednisona, uno padecía del síndrome de Goldenhart y 42 no tenían antecedentes mórbidos. Veintiún enfermos presentaron un gran mal tónico-clónico generalizado, 18 crisis tónica generalizada y 11 crisis atónicas. La edad promedio de la primera crisis fue de 6,43 (DE 4,34), rango 0,5 a 15 años. En ocho pacientes ésta ocurrió antes de los 2 años de edad. En el EEG un niño presentó lentitud de la actividad basal, 6 actividad paroxística lenta generalizada y en los demás el EEG era normal.

### RESULTADOS

Treinta y nueve de los 50 enfermos (78%) estuvieron libres de crisis durante el tiempo de control. En 11 (22%), ocurrió un segundo episodio a los 4 (2 pacientes), 5 y 6 (2 niños en cada caso), 10, 11, 17, 19, 30 y 34 (un niño en cada caso) meses después de la primera crisis. El sexo era masculino en 7 casos de recurrencias. Tres pacientes tenían antecedentes de epilepsia en familiares de 2º grado y 8 no. El primer episodio había sido en 4 enfermos gran mal, en 6, ataques tónicos y en 1, episodios atónicos. Un paciente,

cuya primera crisis aconteció antes de los 2 años de vida y 10 en los que se presentó después de esa edad, tuvieron un segundo episodio crítico. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas (Chi cuadrado y prueba de Fisher,  $p > 0,05$ ) de sexo, edad, antecedentes familiares y tipo de la crisis entre pacientes con y sin recurrencias.

De 4 pacientes que presentaron gran mal en su primera crisis y recurrieron, en 3 el segundo episodio fue similar al primero, y en uno fue focal. De los 6 enfermos con crisis tónicas, que recayeron, 3 recurrieron con el mismo tipo de crisis, en 2 el segundo episodio fue gran mal y en otro focal. Sólo un niño cuya primera crisis fue atónica recurrió, esta vez, con un episodio de tipo focal. En síntesis, 6/11 pacientes (54,54%) recurrieron con crisis similares a la primera y 5 (45,45%) con tipos diferentes.

### DISCUSION

Es difícil comparar estos resultados con los de otras series (ver tabla) por cuanto en ellas los pacientes presentaban factores de riesgo que se excluyeron en este grupo<sup>16</sup>. En algunas publicaciones las cifras son semejantes a las que ofrecemos<sup>9, 11, 13</sup>; en otras son diferentes<sup>14, 15</sup>. La diversidad de resultados está en relación con métodos de estudio y características de las muestras no comparables entre sí. No obstante, en niños con crisis generalizadas o focales secundariamente generalizadas con examen neurológico y EEG normales, el porcentaje estimado de recurrencias es muy similar al de este estudio<sup>14</sup>.

El momento en que ocurren las recaídas depende de la duración del período de observación. Al final del primer año de control se habían acumulado 12,8% de recurrencias; al tercer año o más, 22%. Lo importante, sin embargo, es cuando sucede la mayor cantidad de recurrencias, por el valor pronóstico que esto involucra. La mayoría de las recaídas se observaron dentro de los 2 años después de la primera crisis, hecho que ocurre tanto en niños<sup>11, 14, 15</sup> como en adultos<sup>12</sup>. Esto también ha sido visto en pacientes en tratamiento por epilepsia<sup>17</sup> y en aquellos en que la terapia se suspende<sup>18, 19</sup>. Lo anterior es relevante, pues determina el tiempo de observación a que deben someterse los enfermos.

Los factores con significación estadística que predicen recurrencias en niños con crisis epilé-

Tabla  
Recurrencia de primera crisis epiléptica generalizada en niños

Año	Período de observación (Meses)	Pacientes tratados %	Recurrencias	
			n	%
Thomas	1958	100	13/48	27
Hauser y cols.	1982	69	20/101	19,80
Hirtz y cols.	1984	27	152/315	48,25
Camfield y cols.	1984	52	33/75	44
Camfield y cols.	1984	52	-	30
Camfield y cols.	1985	100	4/27	14,81
Devilat y cols.	1987	0	11/50	22

$\bar{x}$  = promedio.

$\tau$  = rango.

ticas únicas, generalizadas o parciales, son variados: antecedente de epilepsia en familiares de primer grado<sup>11</sup>, convulsiones neonatales<sup>15</sup>, crisis sintomáticas<sup>11-15</sup>, crisis parciales<sup>13-15</sup>, examen neurológico anormal<sup>14</sup> y EEG específico para epilepsia<sup>11, 14</sup>. Otras variables estudiadas por nosotros, algunas como tipo de crisis generalizada no incluidas en la literatura, no demostraron ser factores predictores de recurrencias. En consecuencia, se puede demostrar que 22% de recaídas de esta investigación no está sesgada por variables de importancia y, por lo tanto, es una cifra que tiende a acercarse a la realidad.

De nuestros resultados se puede inferir que uno de cada dos enfermos (54,5%) que recae, lo hará con un tipo de crisis similar a la primera, hecho importante, pues puede contribuir a disminuir la ansiedad que provoca en los padres un segundo episodio epiléptico. La mitad de los pacientes recurren con una crisis diferente a la primera: no se sabe por qué y en la literatura no hay referencias al respecto. Es posible que factores maduracionales del SNC estén involucrados, pero es difícil probarlo, ya que 98% de los enfermos tenía ritmo basal normal en el EEG.

Ninguno de los pacientes recibió tratamiento anticonvulsivante, hecho que da a la presente muestra un carácter distintivo respecto al resto de las publicaciones<sup>11, 13-15, 20</sup>, con una excepción, donde se mezclaron niños con crisis ocasionales y crisis no provocadas<sup>9</sup>. Nuestra investigación, considerando lo anterior, debería haber demostrado cifras de recurrencia superiores; sin embargo, se ha probado que el tratamiento no influye en las recaídas<sup>11, 15, 19</sup>, por lo que se puede deducir que serán los factores anteriormente aludidos los que definirán el pronóstico. Lo an-

terior destaca la importancia de una correcta evaluación de cada paciente, antes de recomendarle iniciar o no un tratamiento.

Esta investigación proporciona dos hechos de interés que no han sido enfatizados en la literatura: que 1 de cada 4 niños con una crisis epiléptica generalizada, no tratada y sin factores significativos de recurrencias, vuelve a presentar un segundo episodio y que éste es en el 50% de los casos similar al primero. Se confirma, además, que las recurrencias son precoces y que pocas recaídas se pueden esperar si el enfermo está libre de crisis por 2 ó 3 años. Esto último plantea un problema adicional si un paciente presenta un segundo episodio epiléptico, uno o dos años después del primero: ¿debería recibir tratamiento o habría que esperar una tercera crisis? La interrogante conduce al tema de la oligoepilepsia<sup>21</sup>, para el cual tampoco existe una respuesta definitiva. Futuras investigaciones deberían contribuir a resolver el problema.

Por último, es necesario destacar que, con algunas pequeñas diferencias, los niños de la investigación que se comenta, parecen ser portadores de lo que se ha llamado "convulsiones benignas del desarrollo"<sup>10</sup> y que se ha logrado identificar un grupo de pacientes que no necesitan tratamiento, de acuerdo a la proposición de Freeman y cols.<sup>10</sup>, bajo la premisa que el "remedio puede ser peor que la enfermedad"<sup>22</sup>.

## RESUMEN

La presentación de una primera crisis epiléptica en un niño obliga al médico a tomar una decisión terapéutica, para lo cual se debe conocer

la evolución y pronóstico de ella. En esta investigación se ha intentado responder a dicha interrogante, a través del seguimiento de al menos 3 años, de 50 niños que presentaron una primera crisis epiléptica generalizada, no provocada, no tratada y sin los factores significativos de recurrencia, comunicados en la literatura. El 78% de los enfermos no recayó y el 81% de los que volvieron a presentar crisis lo hicieron dentro de los 2 años siguientes del primer episodio. Epilepsia en familiares de 2º grado, edad, sexo, tipo de crisis generalizada y morbilidad previa no fueron variables significativas de recurrencias. Uno de cada 2 enfermos que recae lo hace con una crisis similar a la primera. Esta comunicación demuestra que pocas recurrencias se pueden esperar en niños con una primera crisis epiléptica no tratada si se considera adecuadamente las características de cada paciente.

#### REFERENCIAS

1. *Janz D.*: Indikationen zur Einleitung und Beendigung einer antiepileptischen Therapie bei Jugendlichen und Erwachsenen. In: Kruse R., Hrg.: Epilepsie, Stuttgart, Germany: Thieme, 1971; 15-19.
2. *Degen R.*: Die Kindlichen Anfallsleiden. Epileptische und nichtepileptische Anfälle, Stuttgart, Germany: Hippokrates, 1976; 69-71.
3. *Matthes A.*: Epilepsie. Diagnostik und Therapie für Klinik und Praxis, Stuttgart, Germany: Thieme, 1977; 82.
4. *Penrose R., Wilder J.B.*: Epilepsy, Philadelphia: F. A. Davis, 1968; 177-178.
5. *Weber M., Loisseau P.*: Epilepsies et epileptiques, Paris: Ligue Française contre l'épilepsie, 1980.
6. *Janz D.*: Problems encountered in the treatment of epilepsy. In: Birkmayer W., ed.: Epileptic seizures-behaviour-pain. Viena: Hans Huber, 1976; 65-75.
7. *Doose H.*: Indikationen zur Einleitung im Kindesalter. In: Kruse R., Hrg.: Epilepsie, Stuttgart, Germany: Thieme, 1971; 9-15.
8. *Reynolds E.H.*: Drug treatment of epilepsy. In: Jones O.M., ed.: Epilepsy 79, London 79, London: The British Epilepsy Association, 1979; 31-42.
9. *Thomas M.H.*: Single seizure-its study and management. JAMA 1959; 169: 457-459.
10. *Freeman J.M., Tibbles J., Camfield C., Camfield P.*: Benign epilepsy of childhood: a speculation and its ramifications. Pediatrics 1987; 79: 864-868.
11. *Hauser W.A., Anderson V.E., Loewenson R.B., McRoberts S.M.*: Seizure recurrence after a first unprovoked seizure. New Engl J Med 1982; 307: 522-528.
12. *Cleland P.G., Mosquera I., Steward W.P., Foster J.B.*: Prognosis of isolated seizure in adult life. Brit Med J 1981; 283: 1364.
13. *Camfield P.R., Camfield C.S., Smith E.C., Tibbles J.A.R.*: Newly treated childhood epilepsy: a prospective study of recurrences and side effects. Neurology 1985; 35: 722-725.
14. *Camfield P.R., Camfield C.S., Dooley J.M., Tibbles J.A.R., Fung T., Garner B.*: Recurrence after a first unprovoked afebrile seizure in childhood. Ann Neurol 1984; 16: 379.
15. *Hirtz D.G., Ellenberg J.H., Nelson K.B.*: The risk of a recurrence of nonfebrile seizures in children. Neurology 1984; 34: 637-641.
16. *Devilat M., Menéndez P., Chamorro R., Acevedo C.*: Seguimiento de niños con una crisis epiléptica no tratada. Rev Chil Pediatr 1984; 55: 9-10.
17. *Shorvon S.D., Reynolds E.H.*: Early prognosis of epilepsy. Brit Med J 1982; 285: 1699-1701.
18. *Devilat M., Valenzuela B., Blumel J.E.*: Riesgos de recaídas en niños con epilepsia después de suspender medicamentos anticonvulsivos. Rev Chil Pediatr 1987; 58: 29-33.
19. *Devilat M., Gernain L., Valenzuela B.*: Pronóstico a largo plazo en niños con crisis epilépticas tratadas por 5 años. Rev Chil Pediatr 1983; 54: 319-324.
20. *Blom S., Heijbel J., Bergfors P.G.*: Incidence of epilepsy in children: follow-up study three years after the first seizure. Epilepsia 1978; 19: 343-350.
21. *Devilat M., Menéndez P.*: La oligoepilepsia. ¿Una manera diferente de ser epiléptico? Rev Chil Pediatr 1985; 56: 53-56.
22. *Reynolds E.H.*: Chronic antiepileptic toxicity. Epilepsia 1975; 16: 319-352.