

MINISTERIO DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL PELTIER
REPÚBLICA DE DJIBOUTÍ

INFORME DE CASO

LA EPILEPSIA EN UN PAÍS AFRICANO. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

MSc. Dra. Ileana Ferrat Clark¹, Dra. Dayana Pérez Brunet² y Dra. Yanetsy Pablo Noa³

1. Especialista de I y II Grados en Psiquiatría Infantil. Máster en Psicología Médica. Centro Comunitario de Salud Mental. Policlínico Santa Clara. Profesora Auxiliar. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Capitán Roberto Fleites". Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de primer año de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. UCM-VC.

Descriptor DeCS:
EPILEPSIA

Subject headings:
EPILEPSY

La epilepsia es un trastorno provocado por el aumento de la actividad eléctrica de las neuronas en alguna zona del cerebro. La persona afectada puede sufrir una serie de convulsiones o movimientos corporales incontrolados, de forma repetitiva. A esto se le llama "ataque epiléptico"¹. Para considerar epiléptico a alguien, los ataques deben ser recurrentes. La epilepsia tiene su origen en unos cambios breves y repentinos del funcionamiento del cerebro; por esta razón, se trata de una afección neurológica. Algunas personas con retraso mental pueden experimentar ataques epilépticos, pero ello no implica necesariamente el desarrollo de una deficiencia mental². La epilepsia puede aparecer a causa de una lesión o una cicatriz cerebral que se produce, en muchos casos, durante el nacimiento o inmediatamente después. Otro tipo de epilepsia es la idiopática, que no tiene ninguna señal cerebral; por tanto, no se puede conocer la causa de estos ataques epilépticos. A pesar de ello, es posible que esté provocada por algún tumor o malformación cerebral o por otras enfermedades, como la meningitis y la encefalitis.

Presentación del paciente

Se trata de un joven de 23 años de edad, natural del país Djiboutí, al Noreste de África, con tercer grado de escolaridad, soltero, que acude a la consulta de Psiquiatría por haber presentado pérdida de la conciencia y movimiento involuntario del hemicuerpo izquierdo, referida desde los nueve años de edad y diagnosticado como una epilepsia por un médico general. Refiere que a pesar del tratamiento no mejora, por lo que se remite a la especialidad de Psiquiatría para su más exacta valoración, ya que en este país no hay neurólogos. Se le realizaron los siguientes exámenes complementarios:

1. Tomografía axial computarizada
2. Glucemia

3. Test psicológico, que resultó muy difícil, por la barrera idiomática y por lo extraña que resulta esta prueba para los pacientes de estos países.

Se cita para conocer su evolución a los 15 días de la primera consulta y retorna con el resultado de glucemia normal; en la tomografía se informa hipertrofia en los lóbulos temporales, lo que confirma el diagnóstico clínico de epilepsia; por ello, se decide tratamiento con carbamazepina en dosis de 600 mg al día, compartido en tres dosis, pero se le orienta sobre la necesidad de continuar el tratamiento sistemático durante años, y se le informa acerca de las manifestaciones y complicaciones de su enfermedad y cómo enfrentarlas para lograr bienestar.

El paciente fue tratado durante los dos años del transcurso de nuestra misión y no sufrió más crisis. Durante la entrevista, llama la atención el desconocimiento de la enfermedad diagnosticada con anterioridad, así como el tiempo de evolución e, incluso, la tendencia al incremento. El paciente no reconoce señal alguna del advenimiento de una crisis ni refiere antecedentes familiares, por lo que se decide realizar un estudio completo desde el punto de vista clínico y psicológico.

Durante la entrevista se obtuvieron los siguientes datos:

Antecedentes evolutivos personales: Constituye el quinto hijo de una familia extensa, en que ambos progenitores han fallecido, sin saber las causas, y desconoce todo lo concerniente a sus antecedentes personales y familiares.

Es importante señalar que se desarrolla en un primer entorno social con carencias emocionales y ausencia física de sus padres, agravadas, además, por grandes dificultades económicas. Su desarrollo intelectual, al ser entrevistado, resultó normal, pero funcionalmente es iletrado, a pesar del deseo que tenía por asistir a la escuela cuando era pequeño. En la entrevista psiquiátrica se muestra inhibido; se necesita dirigirla para conocer las razones por las que asiste a la consulta; es muy limitado al exponer lo que le preocupa: las reiteradas crisis de temblor de un miembro, sin que pueda recordar después lo sucedido, pero ante la repetición de estas, se cuestiona si su padecimiento no tiene solución. Es necesario señalar que por problemas económicos no cumple el tratamiento sistemáticamente.

Se le indican otras investigaciones, como electroencefalograma, que no pudo realizarse por falta de recursos.

Comentario

No resulta suficiente el diagnóstico de una enfermedad, es necesario su seguimiento evolutivo; la información adecuada sobre esta le permite al paciente controlarla, así como responsabilizarse con el cumplimiento terapéutico sistemático, además del tratamiento psicológico y familiar-social, que contribuye a mejorar su calidad de vida y la de sus familiares.

Hay autores, como se describe en la Guía Clínica para pacientes epilépticos³, que plantean la necesidad de enfrentar al paciente al conocimiento y dominio de su enfermedad, y ofrecerle una serie de recursos clínicos, psicológicos y sociales.

Teodoro Martínez, citado por Angus-Leppan⁴, en su revisión sobre el tema, argumenta la importancia de poseer criterios sólidos diagnósticos, así como esquemas de tratamiento y pronóstico para cada uno de los pacientes.

En la Guía Clínica para pacientes epilépticos³ se señala la importancia del diagnóstico y lo necesario de determinar la clasificación según el tipo de crisis, para permitir una mejor orientación al momento de aplicar esquemas de tratamiento, evaluar la evolución del paciente y definir pronósticos (Figura); asimismo, se plantea que es fundamental, no solo el análisis positivo, sino el diferencial^{6,7}.

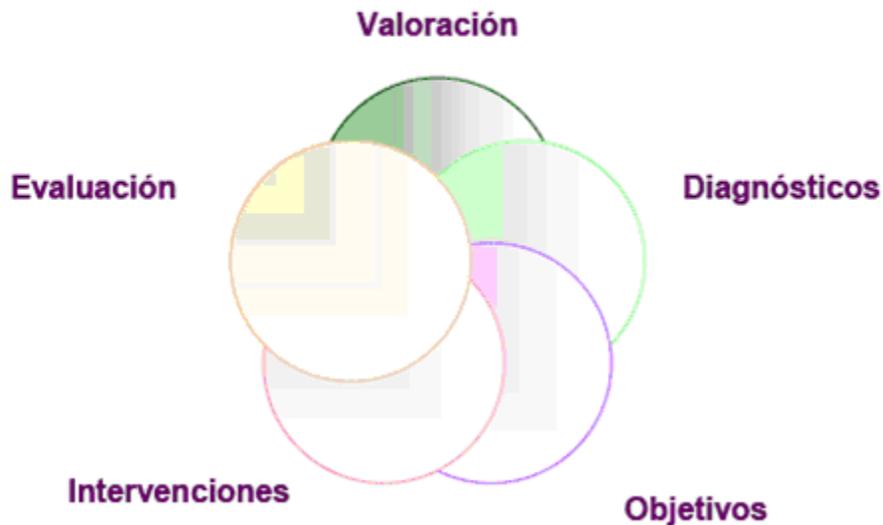


Figura Valoración integradora ante un paciente epiléptico.
Fuente: Guía Clínica, año 2005.

El criterio de benignidad de la epilepsia guarda relación con la edad de comienzo y el uso de esquemas de tratamientos oportunos y específicos, según la crisis. Cuando se presenta con posterioridad a la etapa de la adolescencia, es necesario investigar otras causas para lograr una evolución y pronóstico favorables^{7,8}.

La encefalografía constituye un recurso complementario de invaluable efectividad, que puede indicar las manifestaciones clínicas según el lóbulo afectado; en el paciente que presentamos, por la ausencia de este recurso, se sugirió realizar la tomografía axial computarizada, que evidenció una hipertrofia temporal, lo que justifica el criterio clínico y el seguimiento evolutivo en los aspectos emocionales del paciente^{9,10}.

Referencias bibliográficas

1. Rogel Ortiz FJ. Epilepsia del adulto. Estudio prospectivo de 130 casos. Gac Méd Méx. 1999;135(4):363-8. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=27543&id_seccion=210&id_ejemplar=2829&id_revista=48
2. MedlinePlus. Información de Salud para Usted. Epilepsia en adultos - qué preguntarle al médico [Internet]. Estados Unidos: Biblioteca Nacional de medicina; © 1997-2011 A.D.A.M., Inc. [actualizado 15 Dic 2010; citado 3 Ene 2011];[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000221.html>
3. Ministerio de Salud. Guía clínica. Epilepsia en el adulto. Santiago: Minsal; 2005.
4. Angus-Leppan H. Diagnosing epilepsy in neurology clinics: a prospective study. Seizure. 2008;17:431-6.
5. Alexian Brothers. Health Systems. Epilepsia en adultos - qué preguntarle al médico [Internet]. Estados Unidos: Biblioteca Nacional de medicina; © 1997-2011 A.D.A.M., Inc. [actualizado 15 Dic 2010; citado 5 Ene 2011];[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://alexianbrothershealth.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=61&gid=000221>

6. D Medicina. Enfermedades: Epilepsia [Internet]. Madrid: Unidad Editorial, Revistas; ©2009 [actualizado 6 Ago 2010; citado 16 Feb 2011]. Disponible en:
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/epilepsia>
7. Soler B, Godoy J, Mellado P. Tratamiento del estado epiléptico refractario con topiramato oral. Rev Méd Chile. 2009 Jul;137(7):936-9.
8. Salud y Plantas. Tratamiento natural contra la epilepsia [Internet]. © 2010 [citado 15 Feb 2011]. Disponible en:
<http://www.saludyplantas.com/2009/06/03/tratamiento-natural-contra-la-epilepsia/>
9. Sánchez-Álvarez JC, Serrano-Castro PJ, Cañadillas-Hidalgo FM. Epilepsia refractaria del adulto [revisión]. Rev Neurol. 2002;35(10):931-53. PMID: 12436398.
10. Grupo Normativo en Epilepsia. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica: Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años de edad. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2005. (GES, Decreto Ley N° 170 del 26 de noviembre de 2004).

Recibido: 24 de enero de 2011

Aprobado: 7 de junio de 2011