

Comprendiendo las convulsiones

Las convulsiones nos son comunes en los niños; de hecho, solo un 3% de todos los niños las experimentan. Sin embargo, la incidencia de las convulsiones en niños con Síndrome de Cornelio de Lange es mayor – por razones no muy claras – ocurriendo en aproximadamente el 15% de los niños con el síndrome.

Aunque las convulsiones son aterradoras para los niños y su familia, habitualmente no producen daños. Sin embargo, debido al riesgo de lesiones accidentales, los niños con convulsiones, o posibles convulsiones, no deberían estar sin vigilancia en la bañera o las áreas de baño, y deberían evitar subir a lugares donde la caída pueda causar heridas.

Si tu niño está teniendo una convulsión, asegúrate de que está en un lugar donde no pueda caer o golpearse con objetos. No intentes poner nada en su boca. Controla cuanto dura la convulsión. Si se prolonga más de cinco minutos, llama a emergencias y pide ayuda. Si la convulsión para por sí misma pero es la primera convulsión de tu niño, lleva a tu niño a tu centro de urgencias para que lo evalúen.

La primera pregunta que considera un profesional médico es si el episodio fue de hecho una convulsión o algún otro tipo de episodio. En niños con SCDL, las arcadas causadas por los episodios de reflujo pueden parecer convulsiones. Otros episodios que imitan las convulsiones incluyen los espasmos del llanto, soñar despierto y tics.

La siguiente pregunta que considera el médico es la causa de la convulsión. Es importante descartar fallos de funcionamiento agudos del cerebro debido a enfermedades como meningitis, perturbaciones metabólicas, como deshidratación durante una enfermedad gastrointestinal; o sangrado en el cerebro debido a un trauma. La evaluación inicial de un niño con una convulsión nueva busca cambios agudos que puedan haber causado la convulsión y que deben ser tratados inmediatamente. Este procedimiento a menudo incluye exámenes de laboratorio e imágenes del cerebro realizadas con TC (tomografías computerizadas) o MRI (imágenes por resonancia magnética).

Asumiendo que las causas agudas han sido descartadas, el próximo paso es determinar el tipo de convulsión que el niño ha tenido. Se les pregunta a los observadores que describan la convulsión; donde comenzó en el cuerpo y si se esparció a otras partes del cuerpo o comenzó en todo el cuerpo al mismo tiempo. Esto determina si es una convulsión generalizada o parcial.

Algunas convulsiones son fáciles de reconocer, como grand mal o convulsiones generalizadas tónico clónicas. Estas son muy dramáticas. A veces el niño se muerde la lengua o se orina durante la convulsión. El niño que experimenta este tipo de convulsiones estará muy adormilado y desorientado durante rato después de la convulsión. Esto se llama estado postictal y no es en realidad parte de la convulsión.

Petit mal o ataques de ausencia son mucho más difíciles de reconocer. Estas pueden ocurrir muchas veces al día – a veces hasta 50 veces – y duran unos pocos segundos con movimientos faciales leves, como parpadeo de los ojos. El niño no queda adormilado después de la convulsión. Una manera de diferenciar estas convulsiones de los sueños despiertos es que se interrumpe la actividad del niño – paran de caminar, sorber de un vaso o caminar por la habitación.

Algunas veces las convulsiones son convulsiones parciales, afectando solo a una parte del cerebro. Estas son notablemente difíciles de diagnosticar, ya que pueden ser motoras, con sacudidas en una mano, o sensoriales, con el niño experimentando un olor divertido o luces parpadeantes. Estas algunas veces se convierten en las típicas, convulsiones generales.

Hay varios tipos de convulsiones, y algunos tienden a ocurrir a ciertas edades (ej., convulsiones por ausencia en la infancia y epilepsia mioclónica durante la infancia). Algunos tipos no requieren tratamiento, tales como las convulsiones febriles simples o un tipo de convulsión hereditaria que ocurren por la noche (epilepsia infantil benigna con picos centrotemporales).

Si el médico cree que el episodio representa una convulsión, puede realizar un electroencefalograma, un test no doloroso que implica la aplicación de electrodos en la cabeza para grabar las ondas cerebrales. Los electroencefalogramas no se realizan a menos que haya una fuerte sospecha clínica de un trastorno convulsivo. Se realiza para guiar el tratamiento, no para diagnosticar la convulsión.

Ya que a menudo es difícil decir si un episodio particular es una convulsión, se le puede pedir a los miembros de la familia que guarden un registro de los eventos de unas pocas semanas, e incluso grabar en vídeo estos eventos. Se planifica un seguimiento con el neurólogo.

Es importante que la medicación no se use hasta que esté claro que el niño está experimentando convulsiones. Todas las medicaciones para convulsiones pueden tener efectos secundarios y no merece la pena arriesgarse a tomarlos si no es necesario.

Si se diagnostican las convulsiones, el médico a menudo pide pruebas adicionales, incluyendo resonancias magnéticas del cerebro y posiblemente pruebas metabólicas – si no se han realizado durante la evaluación previa – para determinar las causas de la convulsión.

Aunque el tipo de convulsión y la edad del niño guían la elección de la medicación, se debe considerar la conveniencia y el costo para la familia. Toda medicación para las convulsiones tiene potenciales efectos secundarios, incluyendo cambios en el humor, niveles de actividad y aprendizaje. Las nuevas drogas antiepilépticas, tales como Keppra y Topamax, son menos propensas a tener estos efectos que las antiguas drogas antiepilépticas, tales como Depakote, Tegretol y especialmente Phenobarbital. Sin embargo algunos tipos de convulsiones pueden responder mejor a los viejos medicamentos. Cada familia debería asegurarse que han sido informados a fondo con respecto a los beneficios y los riesgos de la medicina que ha sido prescrita para su niño.

El tipo de convulsión y los problemas neurológicos subyacentes determinan cuanto tiempo necesita el niño medicarse.

Generalmente, es más difícil retirar la medicación si hay problemas neurológicos subyacentes. Incluso con el desarrollo típico de los niños, el médico espera entre dos y cuatro años desde la última convulsión antes de retirar la medicación.

Las cuestiones referentes a la correcta medicación y cuando cesar la medicación deben ser discutidas con el neurólogo del niño. Ayuda encontrar un neurólogo familiarizado con el SCdL cuando sea posible.

Para más información sobre desórdenes convulsivos, visita www.medhomeportal.org, www.epilepsyfoundation.org o www.epilepsy.com.

TIPOS COMUNES DE CONVULSIONES

Convulsiones generalizadas

Las convulsiones generalizadas afectan a ambos lados del cerebro desde el principio de la convulsión. Producen falta de consciencia, ya sea brevemente o por un periodo largo de tiempo.

Tipo	Duración	Síntomas	Síntomas post-convulsión
Ausencia(convulsión pequeño mal)	2 a 15 segundos	Mirada • Ojos moviendose rapidamente Automatismos (tal como relamerse los labios, agarrar la ropa, torpeza) si se prolonga	Amnesia relacionada con los eventos de la convulsión Sin confusión Rapidamente reanuda la actividad
Generalizada tonico-clonica (grand mal)	1 a 2 minutos	Estado clónico (sacudidas) • Puede tener cianosis (azulado de los labios, uñas, cara)	Amnesia relacionada con los eventos de la convulsión Confusión Sueño profundo

Convulsiones parciales

En las convulsiones parciales, la perturbación eléctrica esta limitada a una area específica en un lado del cerebro. Las convulsiones parciales están subdivididas en convulsiones simples parciales (en las que se mantiene la consciencia) a convulsiones complejas parciales (en las que la consciencia se deteriora o pierde).

Tipo	Duración	Síntomas	Síntomas post-convulsión
Parcial simple	90 segundos	Sin perdida de consciencia. Sacudidas repentinas • Fenómeno sensorial	Posible debilidad transitoria o falta de sensación
Compleja parcial	1 a 2 minutos	Pueden tener aura Automatismos • Ignora el entorno Puede vagar	