

Epilepsia en edades pediátricas, aspectos a tener en cuenta
Epilepsy in pediatric ages, aspect to consider

Adriel Herrero Díaz , Eric Fuentes Rodríguez , Camila Vilorio Pérez 

1 Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande. Villa Clara, Cuba

Recibido: 22/04/2023
Aceptado: 19/05/2023
Publicado: 04/08/2023

Palabras clave: Niño;
Convulsiones; Epilepsia.

Keywords: Child; Seizures;
Epilepsy.

Citar como: Herrero Díaz A, Fuentes Rodríguez E, Vilorio Pérez C. Epilepsia en edades pediátricas, aspectos a tener en cuenta. UNIMED [Internet]. 2023. [citado fecha de acceso]; 5(2). Disponible en: ...

Introducción: las edades pediátricas comprenden el grupo etario comprendido desde el nacimiento hasta los 18 años 11 meses y 29 días. Una de las enfermedades neurológicas más comunes en esta etapa del desarrollo del menor es la epilepsia.

Objetivo: describir las características de la epilepsia en edades pediátricas.

Método: se realizó una revisión bibliográfica utilizando un total de 26 bibliografías de las bases de datos de SciELO, Elsevier, Pubmed y el motor de búsqueda Google Académico, se consideró como criterio de selección aquella literatura publicada más recientemente en concordancia con lo novedoso de esta enfermedad.

Desarrollo: la epilepsia es el trastorno neurológico más frecuente en los niños, con una expresividad clínica variable y que evoluciona de muy diversas formas y gravedad. El principal síntoma o manifestación de la epilepsia son las crisis con convulsiones producidas por descargas eléctricas excesivas de las neuronas del cerebro. Sin embargo, solo se considera epilepsia cuando ocurren más de una crisis no provocada y recurrente. El pronóstico de la epilepsia en la infancia varía mucho en función de la causa, la edad del paciente y el síndrome epiléptico que padezca. Conocer el origen de la epilepsia es lo que más condiciona su manejo.

Conclusiones: la epilepsia es una enfermedad crónica fruto de la descarga eléctrica anormal de las neuronas en la corteza, generalmente se debe a una lesión o una cicatriz cerebral, en la gran mayoría de los casos es congénita o adquirida inmediatamente después del nacimiento, aunque la idiopática se desconoce su origen.

ABSTRACT

Introduction: Pediatric ages comprise the age group from birth to 18 years 11 months and 29 days. Objective: describe the characteristics of epilepsy in pediatric ages.

Method: a bibliographic review was carried out using a total of 26 bibliographies from the SciELO, Elsevier, Pubmed and Google Scholar search engine databases. The most recently

published literature in accordance with the novelty of this disease was considered as selection criteria.

Development: epilepsy is the most frequent neurological disorder in children, with a variable clinical expressiveness and that evolves in very different forms and severity. The main symptom or manifestation of epilepsy is seizures caused by excessive electrical discharges from neurons in the brain. However, it is only considered epilepsy when more than one unprovoked and recurrent seizure occurs. The prognosis of epilepsy in childhood varies greatly depending on the cause, the patient's age and the epileptic syndrome they suffer from. Knowing the origin of epilepsy is what most determines its management.

Conclusions: epilepsy is a chronic disease resulting from the abnormal electrical discharge of neurons in the cortex, generally due to a brain injury or scar, in the vast majority of cases it is congenital or acquired immediately after birth, although the idiopathic its origin is unknown.

INTRODUCCIÓN

Se considera que las edades pediátricas son las comprendidas entre el nacimiento y los 18 años 11 meses y 29 días de edad. En este grupo etario, la enfermedad que suele afectar a los menores con mayor incidencia, es la epilepsia. Es una patología heterogénea de causa neurológica; ejerce un importante peaje físico, psicológico, económico y social en niños y cuidadores. Es una enfermedad crónica no transmisible, resultante de descargas paroxísticas originadas en las neuronas. Las crisis epilépticas pueden ser, en general, convulsivantes y no convulsivantes.^{1, 2,3}

Este vocablo tiene sus raíces etimológicas en el latín *epilepsia*, y este del griego *ἐπιληψία* (*epilēpsia*). Procede del verbo *ἐπιλαμβάνω* (*epilambano*), yo cojo, además, yo ataco, yo intercepto. El verbo *ἐπιλαμβάνω* a su vez viene del prefijo *ἐπι-* (*epi*), sobre y el verbo *λαμβάνω* (*lambano*), yo cojo, o sea ataque súbito que sobrecoge. El epiléptico durante sus crisis pierde el control de sus músculos realizando violentos movimientos espasmódicos. Hipócrates en su libro sobre La enfermedad sagrada, rechazó todo tipo de supersticiones y explicaciones religiosas relacionadas con esta enfermedad. Las descripciones más antiguas referentes a la epilepsia son de origen babilónico; mucho antes de los textos hipocráticos. Corresponden a textos de escritos cuneiformes compilados entre los años 1067 y 1046 A.C. incluidos en el libro llamado Sakikku.⁴

Se calcula que el 5 % de los niños experimenta una crisis epiléptica en su vida, y el 3 % tiene

convulsiones febriles (pequeñas crisis epilépticas provocadas por la fiebre alta que no son consideradas epilepsia).⁵

Unas 50 millones de personas tienen epilepsias globalmente, más de la mitad de ellos son niños. En el mundo hay 11 millones de niños menores de 15 años con epilepsia activa, que representan casi el 25 % de toda la población global con epilepsia. Anualmente, entre 3 y 5 millones de personas en el mundo debutan con esta enfermedad, y el 40 % de ellas son niños, más del 80 % de los cuales viven en países en vías de desarrollo.⁶

Los estudios epidemiológicos realizados en Latinoamérica indican tasas más altas de incidencia y prevalencia en la población general, en comparación con las informadas en los países desarrollados. La prevalencia de la epilepsia activa en la población infantil varía entre 3,4 y 11,3 casos por cada 1000 habitantes. En Cuba se diagnostican anualmente unos 330 000 casos de epilepsia. El 70 % del total responde a un tratamiento farmacológico, mientras que el 30 % restante corresponde a pacientes con epilepsia farmacorresistente. Se han llevado a cabo pocos estudios epidemiológicos de epilepsia en Cuba destacándose el estudio de prevalencia, mediante encuesta poblacional, realizado en La Habana que estudió a 14 450 niños en 1980 y obtuvo una prevalencia de 6 por 1 000 habitantes en la población general y 7,5 casos por 1 000 en menores de 15 años.^{7,8}

Al ser la epilepsia uno de los principales motivos de consulta en neurología pediátrica y presentar una elevada incidencia en la población infantojuvenil requiere cada vez más de un personal de la salud calificado para su correcto manejo. Por ello, se planteó como objetivo describir las características de la epilepsia en edades pediátricas

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica con relación al tema. La técnica principal de recolección de la información la constituyó la búsqueda online en las bases de datos de Scielo, PubMed, Dialnet, Elsevier y el motor de búsqueda de Google Académico. Se utilizaron los descriptores: epilepsia infantil, convulsiones, crisis epiléptica y sus traducciones al idioma inglés. Se seleccionaron un total de 26 artículos atendiendo a su actualidad, ajuste y enfoque del tema. Fueron utilizados métodos del nivel teórico como el de análisis-síntesis para la realización de la introducción y el desarrollo, y el de deducción-inducción para la estructuración de las conclusiones. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos. Se respetaron las bases de los enunciados de materiales citados. No se declaran conflictos

éticos.

DESARROLLO

La epilepsia es generalmente la primera manifestación que obliga a la consulta con neurología pediátrica. Es una enfermedad neurológica crónica caracterizada por el cambio temporal y reversible en la función cerebral, manifestado en convulsiones espontáneas y recurrentes, convulsivas o no convulsivas, causadas por descargas parcial o generalizada en el cerebro. Su etiología precisa es desconocida, pero puede estar relacionada con lesiones cerebrales, Accidente Vascular Cerebral (ACV), tumores cerebrales, infecciones, malformaciones del desarrollo cortical, (Heterotopias, Displasia Cortical Focal, Polimicrogiria), Hemimegalencefalia, tumores de bajo grado de malignidad como Gliomas y el Tumor Neuroepitelial Disembrioplásticos; malformaciones vasculares, Hamartoma hipotalámico, causa metabólica y mediadas por mecanismos inmunes tales como Tiroiditis de Hashimoto y Encefalitis de Rasmussen. Las crisis, caracterizadas en la enfermedad, son episodios breves relacionado con actividad neuronal anormal o excesiva en el cerebro y no tiene cura, pero puede ser controlado.^{8,9}

La epilepsia tiene una alta incidencia en los niños, debido a que en este grupo de edad el sistema nervioso está en proceso de desarrollo y más sujeto a infecciones y trauma, constituyendo así un grupo más susceptible.¹⁰

La ocurrencia de solo una convulsión no se considera epilepsia, excepto en situaciones específico. Para considerar a un paciente como portador de epilepsia se requiere la presencia de un fenómeno no provocado, crónico-recurrente (dos o más crisis separadas por un periodo de por lo menos 24 horas) .Para diferenciar los tipos de crisis, desde 1981 la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE, por sus siglas en inglés), divide a las crisis en cuatro apartados:¹¹

Crisis parciales (focales o localizadas): se inician en un grupo específico de neuronas de un hemisferio cerebral, que dependiendo de la pérdida o no de la relación del paciente con el medio externo, pueden ser simples o complejas. Los síntomas pueden ser motores focales, con movimiento clónico, tónico, versión del cuerpo o bien posiciones forzadas. Los síntomas sensitivos se pueden presentar como una parestesia (sensación de hormigueo en una parte del cuerpo), con disestesia (distorsión de la sensibilidad) o bien con síntomas de los órganos de los sentidos: visuales, olfatorios, auditivos, táctiles o, con menor frecuencia, gustativos. La tercera posibilidad son los síntomas autonómicos, con

cambio súbito en funciones que controla el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) como palidez, pilo-erECCIÓN, dolor abdominal, rubicundez, taquicardia. Los componentes psíquicos que pueden expresarse con miedo, ira, irritabilidad, alucinaciones visuales o auditivas bien estructuradas, risas inmotivadas, llanto sin causa aparente, entre las más frecuentes. Son eventos cortos, súbitos y paroxísticos.¹¹

Crisis primariamente generalizadas: pueden ser crisis de ausencia, mioclónicas, tónicas, clónicas, atónicas o bien la combinación de algunas de ellas.¹¹

Addendum. Eventos que se presentan sólo en circunstancias especiales como las epilepsias gestacionales, las catameniales (durante la menstruación) y las reflejas, entre otras. Existen asimismo eventos que no son epilepsia, pero sí crisis, como las crisis febriles. En este apartado se anotan los casos en que el paciente inicia su padecimiento con un estado epiléptico, esto es una crisis de más de treinta minutos de duración.¹¹

Crisis no clasificadas. Apartado destinado a aquellos casos en que no tenemos datos suficientes para clasificarlas, y las crisis del recién nacido que tienen una clasificación diferente basada en la correlación clínicoeléctrica de los eventos.¹¹

A su vez las crisis convulsivas pueden ser de distintos tipos:¹²

- Crisis de ausencia: también conocidas como crisis no convulsivas en las que se produce una breve pérdida de la conciencia.¹²
- Crisis atónicas: producen una pérdida brusca del tono muscular, causando la caída.¹¹
- Crisis tónicas: causan rigidez muscular.¹²
- Crisis clónicas: movimientos musculares espasmódicos repetitivos o rítmicos.¹²
- Crisis mioclónicas: produce una sacudida brusca y breve de todo el cuerpo.¹²
- Crisis tonicoclónicas: pueden causar una pérdida abrupta del conocimiento, rigidez muscular (fase tónica) y sacudidas del cuerpo (fase clónica).¹²

Clasificación

Las clasificaciones más recientes de la epilepsia, de los síndromes epilépticos y las crisis epilépticas y sus causas son los temas más frecuentes entre los profesionales dedicados a la atención de pacientes con epilepsia. La primera clasificación moderna fue publicada en 1960. Luego, se propuso la clasificación de las crisis epilépticas en 1981, y la de la epilepsia y síndromes epilépticos en 1985, esta

última modificada en 1989, donde se propuso utilizar los términos de epilepsia idiopática, sintomática y criptogénica, para reunir a las epilepsias según fuera conocida la causa (sintomática) o no (idiopática y criptogénica). La nueva clasificación del año 2017 incluye entre las causas de epilepsia, las genéticas, estructurales, metabólicas, inmunes, infecciosas y desconocida. Algunas pueden incluirse en dos acápite, como es el caso de la epilepsia en la esclerosis tuberosa (causa estructural y genética).⁸

Síndromes epilépticos neonatales

La clasificación semiológica de uso habitual en neonatos distingue cuatro categorías de crisis: clónicas, mioclónicas, tónicas y sutiles, cada una de ellas sub-divisible en focal, multifocal o generalizada.¹³

-Síndrome de Ohtahara: es el síndrome epiléptico más precoz pero menos frecuente. Suele aparecer en los primeros meses de vida, generalmente ante enfermedades metabólicas y genéticas, siendo los genes STXBP1 y ARX, entre otros, candidatos para su estudio.¹⁴

-Encefalopatía mioclónica precoz: similar al de Ohtahara, pero el tipo de crisis predominante son las mioclonías (axiales, segmentarias o erráticas). La frecuencia de las crisis es variable, pero puede ser casi continua. El inicio suele ser precoz, en las primeras horas o días de vida, y en algunos casos intraútero. Las convulsiones clónicas focales o sutiles pueden seguir a la mioclonía. A veces, pueden ser difíciles de clasificar como espasmo tónico o mioclonía axial masiva. Se asocia típicamente con trastornos metabólicos.¹⁴

-Epilepsia Ausencia Infantil: es una forma de epilepsia de fácil control farmacológico solo si se emplean criterios estrictos para la clasificación de los pacientes. Supone el 10% de las epilepsias infantiles de inicio antes de los 15 años y es más frecuente en niñas escolares. En ocasiones resulta complicado hacer el diagnóstico diferencial con la Epilepsia Ausencia Juvenil, puesto que en ambas el tipo de crisis más frecuente son las ausencias.^{9, 15}

Epilepsia Rolándica Benigna de la Infancia: se caracteriza principalmente por convulsiones nocturnas al inicio del sueño o justo antes del despertar. En el 75% de los casos, el trastorno comienza entre los 7 y 10 años de edad. Durante la fase activa, se pueden observar dificultades cognitivas, lingüísticas y de comportamiento de intensidad mínima a moderada.¹⁵

Epilepsia focal no lesional en niños sin discapacidad intelectual: este grupo de epilepsia se presenta con crisis focales (tanto en la semiología como en el electroencefalograma) sin alteración ni lesión en la neuroimagen, con un examen neurológico y una inteligencia normal. Estos jóvenes representan del

20 al 30% de los casos.^{14, 15}

La epilepsia del lóbulo temporal asociada con la esclerosis del hipocampo: la historia clínica característica, la semiología de las convulsiones y los hallazgos de la resonancia magnética han permitido establecer un síndrome de epilepsia. La aplicación de estos mismos criterios a niños y adolescentes revela que la esclerosis del hipocampo es la lesión más común responsable de su epilepsia del lóbulo temporal intratable.¹⁵

Síndromes epilépticos del lactante

Síndrome de West: aparece generalmente durante el primer año, frecuentemente entre los 3 y 7 meses de vida. Se caracteriza por presentar convulsión cada 5-30 segundos. La mayoría de las veces es consecuencia de anomalías cerebrales, aunque también puede deberse a anomalías genéticas (en muchos casos deriva en síndrome de Lennox-Gastaut).¹⁶

Síndrome de Dravet o epilepsia mioclónica severa de la infancia: suele aparecer entre los 4 y 12 meses de vida y se caracteriza segundos y son de corta intensidad) o tónico-clónicas (combinan las convulsiones clónicas con las tónicas, que provocan rigidez en partes del cuerpo). Suelen manifestar un retraso en el desarrollo cognitivo y discapacidad que suele apreciarse a partir de los 2 años de edad. Aproximadamente mutaciones espontáneas que no han sido heredadas; únicamente entre el 5-10% de los casos tienen un origen hereditario.^{16, 17}

Síndromes epilépticos juveniles

Poco se sabe sobre el efecto intrínseco de la pubertad en la etiopatogenicidad de la epilepsia, pero se han podido observar relaciones con los cambios hormonales en los individuos, como la asociación de las crisis con el ciclo menstrual durante muchos años. No se cree que la pubertad influya en la frecuencia de las convulsiones. Se piensa que el estrógeno aumenta la actividad epileptiforme; así como la testosterona y la progesterona disminuyen las descargas epileptiformes. Estos efectos están mediados por la transmisión del ácido gammaaminobutírico (GABA).¹⁷

Independientemente de los factores biológicos que determinen el inicio de algunos síndromes epilépticos en la adolescencia, o el final de otros típicos de la infancia, la presencia de esta enfermedad en esta etapa tan vulnerable del desarrollo físico y emocional del individuo, exige al médico responsable un conocimiento profundo de la evolución de la enfermedad, respuesta esperada al tratamiento, dificultades en la adherencia y posible aparición de síntomas cognitivos, atencionales,

emocionales y sociales.^{16, 17}

Síndrome de Lennox-Gastaut: puede presentarse entre el primero y los ocho años, aunque suele ser más frecuente entre los 3 y 5 años de edad, y es relacionado con caídas y crisis tónico-clónicas focales o generalizadas que ocurren de forma diaria.¹⁶

Epilepsia mioclónica juvenil: en la mayor parte de los casos se presenta entre los 12 y los 18 años. Se caracteriza por crisis mioclónicas al despertar, y alteraciones en los genes GABRA1, EFHC1 entre otros. Suele tener un buen pronóstico cuando se realiza un manejo correcto. La gran mayoría de los pacientes presentan crisis tónico-clónicas generalizadas en relación con la privación de sueño, alcohol o la menstruación.^{15, 17}

Epilepsia de ausencia juvenil: inicio en torno a los 10 años, puede darse desde los 5 hasta los 20 años. Cursa con ausencias típicas, menos frecuentes que las de la infancia. Además, hay otros tipos de crisis asociadas: tónico-clónicas (80 % de los casos) y mioclónicas (20 %). El Electroencefalograma (EEG) ictal se caracteriza por una punta-onda lenta generalizada a más de 3 Hz.¹⁷

Epilepsia occipital de la infancia de tipo tardío (tipo Gastaut): inicio en torno a los 8 años con crisis frecuentes que se caracterizan por una clínica visual con alucinaciones, amaurosis, desviación ocular, puede haber generalización secundaria y, en algunos casos, queda una cefalea residual migrañosa. El EEG interictal se suele encontrar alterado con complejos puntaonda en regiones occipitales o temporales posteriores activados con el cierre ocular. Se recomienda tratamiento con carbamacepina o clobazam.⁹

Epilepsia frontal nocturna autosómico dominante: crisis nocturnas distónicas, muy frecuentes por las noches, con manifestaciones al despertar de expresión de terror, automatismos o hiperquinetismo. Pueden generalizarse. Para diagnosticarlas es necesario hacer un EEG de sueño, en el que se objetiva alteraciones epileptiformes y crisis de origen frontal.

Epilepsia Fotosensible: Es un tipo de epilepsia que se engloba dentro de las epilepsias conocidas como epilepsias reflejas, cuyas crisis son provocadas por estímulos en su mayoría. Afecta a cerca de un 5 % de niños y adolescentes epilépticos de entre 7 y 18 años, periodo del desarrollo en el que se es más sensible a estímulos visuales, las luces fluorescentes o patrones geométricos son algunos de los elementos que pueden desencadenar estas crisis. Fue a finales de los 90 cuando este tipo de epilepsia cobró protagonismo debido a que un episodio de la serie Dragon Ball causó unos 700 casos de

epilepsia.^{10, 18}

Diagnóstico

Un diagnóstico de epilepsia varía para cada niño, pero los pasos principales del proceso suelen incluir revisión de los antecedentes familiares, relatos de las convulsiones, EEG, examen físico y pruebas de Imagen por Resonancia Magnética, además del examen y de las pruebas, un período de observación puede ayudar a determinar si un niño tiene epilepsia.^{16, 17}

Tratamiento

Se ha observado que el tratamiento con fármacos antiepilépticos puede disminuir el riesgo de recurrencia de crisis en corto plazo, pero no afecta el desarrollo de epilepsia en el largo plazo^{19,20}

Hoy en día contamos con tres generaciones de medicamentos antiepilépticos de diferentes mecanismos de acción y eficacia, siendo los más utilizados Carbamazepina, Fenitoína, Ácido Valproico, Oxcarbazepina, Lamotrigina, Gabapentina, Topiramato, Zonisamida y Fenobarbital. Un tercio de las epilepsias son refractarias, es decir, resistentes a tratamiento.¹⁷⁻²⁰

La estimulación del nervio Vago ha sido un procedimiento eficaz y paliativo en el tratamiento de la epilepsia desde 1990. Reduce la dosis de medicamentos anticonvulsivos, la intensidad y duración de la crisis. Su indicación es limitada, recomendándose como terapia adjunta para adultos y mayores de 12 años con epilepsia focal refractaria. Existen otros dispositivos en pleno proceso, y el uso de estimulación encefálica profunda mediante un estimulador talámico fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el tratamiento de epilepsia refractaria. Se encuentran en fase de prueba estimuladores encefálicos directos.^{20, 21}

La cirugía de representa la principal alternativa al tratamiento farmacológico, debe ser planteada en todo paciente con epilepsia resistente a terapia. Consiste en extirpar una porción del cerebro, pueden prevenir o reducir las convulsiones. Cumple un rol trascendental en aquellos casos con crisis originadas a partir de una lesión resecable, pudiendo planificarse un procedimiento quirúrgico con intención curativa. Cuando no es posible realizar una cirugía curativa, debe mirarse la cirugía con intención paliativa. La callosotomía total es la principal indicación de cirugía paliativa, sobre todo en niños con discapacidad cognitiva y epilepsia generalizada severa. La hemisferotomía funcional, es la cirugía de elección para alteraciones estructurales extensas, limitadas a un hemisferio. Consiste en una remoción parcial del hemisferio epileptógeno, asociada a desconexión de los tejidos no resecados

(vía callosotomía total).^{18, 21, 22}

En Cuba la epilepsia refractaria lleva un seguimiento en el Instituto de Neurología y Neurocirugía (INN), el Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN) y el Hospital Hermanos Ameijeiras. Cuba aplica técnicas como la estimulación magnética transcraneal a baja frecuencia y la estimulación percutánea del nervio vago como alternativa terapéutica, a través de un dispositivo en fase de prueba producido en nuestro país.¹⁹

Dieta cetogénica

Ante el insuficiente tratamiento farmacológico, se recomienda probar una dieta cetogénica (DC), o dieta keto, para controlar las convulsiones. Es esencial trabajar con un médico y un nutricionista al poner a un niño en una dieta keto. La DC es rica en grasas y pobre en hidratos de carbono que se utiliza como tratamiento en pacientes con epilepsia refractaria a farmacoterapia. El mecanismo por el que la DC hace su efecto anticonvulsivante no está del todo aclarado.²²

Orozco *et al.*²³ afirman que la DC tiene un efecto anticonvulsionante por lo que es el tratamiento de elección de las crisis ya que permite disponer de un sustrato metabólico alternativo que son los cuerpos cetónicos y además de ejercer su efecto en el control de las crisis, también puede tratar las otras manifestaciones no epilépticas de la enfermedad.

García²⁴ considera la DC como el tratamiento de elección para enfermedades metabólicas específicas que pueden generar epilepsia, incluyendo el síndrome por déficit del transportador de la glucosa tipo I (GLUT1-DS) y la deficiencia del enzima piruvato deshidrogenasa.

Apricia Pharmaceuticals, una empresa estadounidense ha conseguido la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de su país para comercializar una pastilla contra la epilepsia fabricada con una impresora 3D. Gracias a la tecnología tridimensional pueden elaborar una estructura porosa que permite concentrar una mayor cantidad de medicamento en la pastilla además de disolverse ésta más rápido que las actuales.²¹

El uso de inmunoglobulina G intravenosa (IgG iv) ha sido reportado en diversos estudios como un tratamiento adyuvante eficaz para la epilepsia pediátrica farmacorresistente. González reporta que a los 2 meses con tratamiento adyuvante con IgG iv se encontró que la mitad de los pacientes habían alcanzado una reducción del 40 % de las crisis epilépticas y a los 4 meses el 86 % de los pacientes alcanzó una reducción ≥ 50 % lo cual se mantuvo a los 6 meses de seguimiento.²⁵

El cannabidiol es uno de los 113 cannabinoides que se encuentran en Cannabis sativa (Marihuana), presenta un efecto anticonvulsivo en varios tipos de epilepsia, ha sido confirmado por estudios preclínicos. Existe una clara ventaja terapéutica y una buena seguridad avalada en pacientes con convulsiones refractarias a la terapia, lo que merece una mayor atención e inversión en estudios relacionados. Esto constituye un tema del cual se deberían ampliar las investigaciones por el gran interés que representa como tratamiento.²⁶

Pronóstico

El pronóstico para la epilepsia infantil varía dependiendo del niño y del tipo de epilepsia que tenga. Con tratamiento, la mayoría de los niños y adultos viven vidas plenas. Las mejoras recientes en el tratamiento se traducen en un mejor manejo de la afección. Un tercio de los niños con epilepsia pueden superar las convulsiones antes de llegar a la adolescencia. Esto se conoce como remisión espontánea. Para otras personas, las convulsiones pueden volverse menos frecuentes o menos graves con la edad. Los niños con síndromes de epilepsia graves pueden necesitar apoyo adicional, especialmente si también tienen dificultades de aprendizaje y comportamiento.²⁰

CONCLUSIONES

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más comunes que afectan a los pacientes en edades pediátricas. La misma se caracteriza por descargas eléctricas anormales que desencadenan convulsiones de etiología en ocasiones desconocida. Es de vital importancia la adquisición de cultura respecto al tema, para garantizar un correcto manejo de esta enfermedad que afecta a nuestra población infantil. Creando conciencia sobre la epilepsia no solo logramos que el propio paciente aprenda a convivir con su enfermedad, sino que su entorno, dígase familia, amigos, comunidad y ambiente escolar creen un ambiente favorable para su desarrollo tanto físico como mental, en vistas de alcanzar una calidad de vida satisfactoria.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores no declaran conflicto de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

AHD: Conceptualización, Edición, Investigación, Metodología, Recursos, Redacción. **EFR:** Investigación, Redacción del borrador original, Revisión. **CVP:** Redacción del borrador original, Revisión

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sequeira-Quesada C, Delgado-Gómez D, Céspedes-Valverde M, Chaves-Jimenez M. La epilepsia y factores de riesgo: una revisión narrativa. Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud [Internet]. 2023 [citado el 12 de marzo de 2023];9(1):42–51. Disponible en: <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/597/355>
2. García Cazorla À, Cortès Saladelafont E, Duarte ST. Comunicación neuronal y metabolismo sináptico en epilepsia infantil. Rev Neurol [Internet]. 2015 [citado el 10 de marzo de 2023];60(05):219-28 Disponible en: <https://medes.com/publication/96978>
3. Figueroa-Duarte AS, Campbell-Araujo OA. La Visión de la Epilepsia a Través de la Historia. Bol Clin Hosp Infant Edo Son [Internet]. 2015 [citado el 30 de marzo de 2023];32(2):1–15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclin/hosinfson/bis-2015/bis152f.pdf>
4. Garófalo Gómez N. Prevalencia, síndromes y gravedad de la epilepsia pediátrica en Cuba [Internet]. www.siicsalud.com. Sociedad Iberoamericana de Informática Médica; 2012 [citado el 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpresso.php/132481>
5. Dick Paredes DF, Pazmiño Farfán JC, Franco Orellana JM, Bermeo Naranjo MA. Epilepsia infantil diagnóstico, tratamiento y recomendación para padres. Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias [Internet]. 2019 [citado el 24 de marzo de 2023] ;3(1):147–63. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/227>
6. García García RJ, Sánchez Domínguez MA. Crisis sintomáticas agudas y epilepsia en niños y adolescentes en época de COVID-19. Rev Cub Pediatr. 2020 [citado el 10 de marzo de 2023]; 92(Suppl 1): e1182. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000500011
7. García Martín G, Serrano Castro P. Epidemiología de la epilepsia en España y Latinoamérica. Rev Neurol. 2018 [citado

- 12 de marzo del 2023]; 67(7): [Aprox 8p.]
Disponible en:
<https://neurologia.com/articulo/2018128>
8. Noriega Carvalho LA, Medeiros Cruz MD, Oliveira de Olivehira PH, Oliveira de Carvalho N, Moreira Pérez F, Souza Mendonça I, et al. Revisão sistemática sobre os efeitos do canabidiol na epilepsia infantil. Braz J Dev [Internet]. 2021 [citado el 18 de marzo de 2023];7(6):63347–61. Disponible en:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/31924>
9. Santos Santos A, Morales Chacón LM, Dearriba Romandy Romanidy MU. Actualización sobre la etiología de la epilepsia. Rev Cub Neurol Neuroc. 2019 [citado 20 de marzo 2023];9(2): [Aprox 20p.] Disponible en:
<file:///C:/Users/ilianac/AppData/Local/Temp/312-1213-1-PB.pdf>
10. Fonseca MSM, Esposito SB, Silva BG. Percepções de pais sobre a epilepsia. Rev Fac Ciênc Méd. 2018 [citado el 19 de marzo de 2023];20(1): [Aprox 5p.] Disponible en:
<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/download/27229/pdf>
11. Oliva Navarro J, de Aguilar-Amat Prior MJ, Alonso Singer P, Ruggiero García M, Díez Tejerer E. El diagnóstico en la epilepsia. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Medicine. 2023 [citado el 11 de marzo de 2023];13(72): [Aprox 9p.] Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541223000306>
12. Hampel KG, Garcés-Sánchez M, Gómez-Ibáñez A, Palanca-Cámara M, Villanueva V. Desafíos diagnósticos en epilepsia. Rev Neurol. 2019. [citado el 19 de marzo de 2023]];68(6): [Aprox 8p.] Disponible en:
<https://neurologia.com/articulo/2018242>
13. Moya Vilches JL. Epilepsia Refractaria: Conceptos fundamentales y aspectos clínicos [Internet]. Rev Chil Epilep. 2019 [citado el 13 de marzo de 2023]: [Aprox 10p.]. Disponible en:
<https://www.ilae.org/files/dmfile/Revista-Chilena-de-Epilepsia-2019-04.pdf>
14. Fons-Estupiña M. Síndromes epilépticos de inicio neonatal. Etiologías y proceso diagnóstico. Rev Neurol. 2018 [citado 12 de marzo del 2023];66(s02). Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29876916>
15. Martínez-Ferrández C, Martínez-Salcedo E, Casas-Fernández C, Alarcón-Martínez H, Ibáñez-Micó S, Domingo-Jiménez R. Epilepsia ausencia infantil. Pronóstico a

- largo plazo. *Neurología* 2019 [citado el 14 de marzo de 2023];34(4): [Aprox 4p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-epilepsia-ausencia-infantil-pronostico-largo-S021348531730021X>
16. [Arriola Gutiérrez JC, Cascante Gutiérrez A, Padilla Ureña Y. Riesgo de recurrencia de una primera crisis convulsiva según diversas etiologías. *Rev Med Sinergia* 2022 \[citado el 14 de marzo de 2023\];7\(12\): \[Aprox 7p.\]. Disponible en: <file:///C:/Users/AppData/Local/Temp/910-Texto%20del%20art%C3%ADculo-6364-1-10-20221129.pdf>](#)
17. Soria Acosta AR, Rodríguez Plasencia A, Sánchez Martínez Martínez B. Guía para el manejo de pacientes pediátricos diagnosticados con epilepsia refractaria al tratamiento. Universidad y Sociedad [Internet]. 2022 [citado el 18 de marzo de 2023];14(S3):638–48. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2998>
18. Rodríguez García PL. Diagnóstico y tratamiento médico de la epilepsia. *Rev Cubana Neurol Neurocir.* [Internet] 2015 [citado el 10 de marzo de 2023];5(2): [Aprox 19p.] Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neuro/article/view/206>
19. Martínez Menéndez N, Cámara Barrio S, Estes Orduña B, Fournier del Castillo M de la C. Alteraciones psicopatológicas en epilepsia infantil e intervención terapéutica. *Psicosom Psiquiat.* 2021 [citado el 18 de marzo de 2023](15): [Aprox 8p.] Disponible en: <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/390996>
20. Pires de Aguiar PH, Camporeze B, Motta G, Napolitano G, Brock IC, Lima A de M. Epilepsia infantil intractable: ¿la estimulación del nervio vago es una opción de tratamiento?. *Rev Chil Neurocir.* 2019 [citado 11 de marzo de 2023];45(3): [Aprox 9p.] Disponible en: <https://revistachilenadeneurocirugia.com/index.php/revchilneurocirugia/article/view/140>
21. Tirado Requero. P. Epilepsia en el adolescente. *Rev Form Contin Soc Esp Med Adolec.* 2018 [citado 14 de marzo del 2023].;6(1): [Aprox 8p.] Disponible en: <https://www.adolescere.es/epilepsia-en-el-adolescente/>
22. Contreras Arriagada M, Heresi Venegas C, Varela Estrada X. Primera crisis epiléptica

- en pediatría. Rev Ped Electrón, 2017 [citado 14 de marzo del 2023];14(3): [Aprox 10p.] Disponible en: <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2017/vol14num3/3.html>
23. Orozco C, Coral P, Toledo G, Ximena M, González M, Jacqueline A, et al. Dieta cetogénica como coadyuvante en el tratamiento de la epilepsia infantil. Rev Espac Univ. 2020 [citado el 15 de marzo de 2023]; 15(40): [Aprox 20p.]. Disponible en: <https://urseva.urse.edu.mx/wp-content/uploads/2020/09/Dieta-cetog%C3%A9nica-como-coadyuvante-en-el-tratamiento-de-la-epilepsia-infantil-1-22.pdf>
24. García Peñas JJ. Epilepsia, cognición y dieta cetogénica. Rev Neurol. 2018 [citado el 12 de marzo de 2023];66(S01): [Aprox 5p.] Disponible en: <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2018/04/Epilepsia-cognici%C3%B3n-y-dieta-cetog%C3%A9nica.pdf>
25. González-Castillo Z, Solórzano Gómez E, Torres-Gómez A, Venta Sobero JA, Gutiérrez Moctezuma J. Inmunoglobulina G intravenosa como tratamiento adyuvante en epilepsia infantil farmacorresistente. Neurología 2020 [citado el 18 de marzo de 2023];35(6): [Aprox 5p.] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-inmunoglobulina-g-intravenosa-como-tratamiento-S0213485317303213>
26. Rhodeesh Taylor SD. Uso terapéutico do canabidiol no tratamento de epilepsia infantil [tesis]. Brasil: Universidad de Sao Paulo, 2021 [citado el 14 de marzo de 2023] Disponible en: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/8abd10a1-664e-4670-a6d5-6564369f8302/3066967.pdf>