

Epilepsia postraumática

Crisis epiléptica relacionada con el **traumatismo craneoencefálico** (TCE) de cualquier naturaleza.

Tipos

Crisis postraumáticas inmediatas a inmediatamente después o a los pocos minutos de las crisis, suelen ser crisis generalizadas y no tienen valor pronóstico en cuanto a la presentación de una epilepsia posterior.

Crisis postraumáticas tempranas son las que se presentan en los primeros 7 días.

Crisis epilépticas tardías que son las postraumáticas propiamente dichas, y que se presentan como una secuela tardía del evento traumático a partir del 7º día y un tiempo indeterminado.

Convulsiones electroencefalográficas no convulsivas, que puede conllevar crisis metabólica cerebral, aumento de la presión intracraneal tardía, y peor evolución clínica ¹⁾.

Epidemiología

En general se acepta que el **traumatismo craneoencefálico leve** o **conmoción cerebral** pueden aumentar el riesgo, pero la incidencia es incierta. Esta incertidumbre se debe en gran parte al conocimiento incompleto de la incidencia del TCE leve ²⁾.

En el estudio de Temkin y col. se presenta hasta en el 21 % de los **traumatismos craneoencefálicos graves** a los 2 años ³⁾.

En otro estudio realizado por Salazar y col., la incidencia es de casi un 50% tras **herida penetrante de cráneo** en guerra ⁴⁾.

Diagnóstico diferencial

Las primeras convulsiones post-traumáticas son aquellas que ocurren dentro de la primera semana después de una lesión en la cabeza. Estas convulsiones se consideran eventos sintomáticos agudos y no **epilepsia**. Las crisis postraumáticas ocurren en menos del 5 % de TCEs leves o moderadas y son más comunes con TCEs más grave, especialmente si se complica por **hematoma intracraneal**. Aproximadamente el 50 % ocurre dentro de las primeras 24 horas de la lesión; 25 % ocurre dentro de la primera hora.

Prevención

El uso de **antiepilépticos** para evitar la aparición de crisis en la fase aguda del TCE es una práctica muy extendida y se basa en la experiencia, pero esto no quiere decir que vaya a tener un efecto profiláctico real en la aparición ulterior de un síndrome epiléptico.

La revisión de los ensayos clínicos comparativos no parece mostrar evidencias de que el uso profiláctico de fármacos antiepilépticos (FAE) reduzca la aparición de crisis tardías después de un TCE.

La incidencia de crisis epilépticas tempranas es del 3-6% en series no seleccionadas de TCE cerrados y no producen un aumento de morbilidad ni de mortalidad. En TCE graves la incidencia en niños y adultos es similar, y llegan a un 35%. Los principales factores de riesgo para su aparición son las lesiones focales, especialmente hemorrágicas, y el daño cerebral difuso. # Predominan las crisis parciales simples, que afectan sobre todo a brazo y cara, seguidas en frecuencia por las crisis parciales secundariamente generalizadas.

- En un 8-10% de los casos se instaura un estado de mal epiléptico. En niños se han relacionado posibles factores de predisposición, como una mayor frecuencia en pacientes con familiares epilépticos de primer grado o antecedentes personales de crisis febriles. Cuanto más precozmente aparecen las crisis, menor probabilidad.

La Epilepsia Postraumática es un trastorno caracterizado por convulsiones que se manifiestan algún tiempo después de haber sufrido un traumatismo cerebral por un impacto en la cabeza.

Se desarrollan en el 10% de las personas que tienen un traumatismo craneal sin herida penetrante en el cerebro y en el 40 % de las que presentan una herida penetrante.

Es posible que las convulsiones se manifiesten sólo varios años después de la lesión. A menudo los síntomas resultantes dependen del lugar en que se originan las descargas en el cerebro.

Algunos médicos prescriben fármacos antiepilépticos después de un grave traumatismo craneal para prevenir las convulsiones, aunque muchos expertos no están de acuerdo con esta postura.

Si aparecen las convulsiones, el tratamiento se mantiene durante varios años o de forma indefinida.

El riesgo es mayor en los pacientes que hayan sufrido caída de altura, con GCS <9, y problemas médicos asociados. Cerca de 1/3 de los pacientes con desarrollaron una crisis desarrollaron crisis recurrentes (Thapa 2010).

Bibliografía

Thapa, Amit, Sarat P Chandra, Sumit Sinha, V Sreenivas, Bhawani S Sharma, y Manjari Tripathi. 2010. Post-traumatic seizures-A prospective study from a tertiary level trauma center in a developing country. *Seizure: The Journal of the British Epilepsy Association* (Marzo 2). doi:10.1016/j.seizure.2010.02.004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20202866>.

1)

Vespa PM, Miller C, McArthur D, Eliseo M, Etchepare M, Hirt D, et al. Nonconvulsive electrographic seizures after traumatic brain injury result in a delayed, prolonged increase in intracranial pressure and metabolic crisis. *Crit Care Med* (2007) 35:2830-6. doi:10.1097/01.CCM.0000295667.66853.BC

2)

Kirmani BF, Mungall D, Ling G. Role of Intravenous Levetiracetam in Seizure Prophylaxis of Severe Traumatic Brain Injury Patients. *Front Neurol*. 2013 Nov 1;4:170. Review. PubMed PMID: 24198810; PubMed Central PMCID: PMC3814517.

3)

Temkin NR, Dikmen SS, Wilensky AJ, Keihm J, Chabal S, Winn HR. A randomized, double-blind study of phenytoin for the prevention of post-traumatic seizures. *N Engl J Med* (1990)

323:497-502.10.1056/NEJM199008233230801

⁴⁾

Salazar AM, Jabbari B, Vance SC, Grafman J, Amin D, Dillon JD. Epilepsy after penetrating head injury. I. Clinical correlates. A report of the Vietnam Head Injury Study. Neurology (1985) 35:1406-14.10.1212/WNL.35.10.1406

From:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:

https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=epilepsia_postraumatica

Last update: **2025/03/10 14:47**

