

# Caso clínico para autodiscusión

Dr. Rodolfo Sánchez Cosío\*

## Instrucciones

Esta es una Unidad de Autodiscusión diseñada para que aprenda a reconocer situaciones específicas, tales como se presentan en la vida real. Constituye un tipo de material didáctico que, además de permitirle la valoración de su capacidad de detección y manejo de problemas, le instruye para que lo haga de manera adecuada, si es que la desconoce. La unidad consta de tres partes que son:

1. La presentación del problema.
2. La exposición de las posibilidades de manejo del problema.
3. El análisis de las decisiones para el manejo del problema.

La primera parte lo coloca a usted delante de un problema real, y le proporciona todos los datos necesarios para que pueda empezar a tomar decisiones.

En la segunda parte, existe una serie de secciones colocadas en orden alfabético que presentan diferentes posibilidades de actuación; de entre ellas, usted deberá escoger la más conveniente para la solución del problema planteado. A menos que reciba indicaciones específicas, sólo podrá escoger una opción de entre las cinco presentadas en cada sección. Una vez seleccionada la posibilidad que consideró adecuada, deberá pasar a la tercera parte de la unidad y revisar el párrafo que corresponda al número que se encuentra entre paréntesis al final de la opción escogida.

La tercera parte le proporcionará amplia información acerca de la repercusión

que sus decisiones van teniendo sobre el problema que está manejando. Toda la información contenida en esta parte se encuentra separada en párrafos identificados con números que corresponden con los que se encuentran al final de cada una de las opciones de las diferentes secciones de la segunda parte. Para evitar que usted se distraiga con información que no ha solicitado, los párrafos están colocados en desorden, y cada uno de ellos contiene, además, todas las instrucciones necesarias para que pueda seguir adelante con el manejo del problema. Ponga mucha atención en el contenido de esta tercera parte, ya que no podrá pasar de una decisión a otra mientras no haya recibido indicaciones precisas.

**EMPIECE AHORA CON LA PRIMERA PARTE**

## Primera parte

### Caso clínico

Enfermo del sexo masculino de 17 años, su padre padeció fiebre reumática, su madre sufría cefalea crónica, abuelo diabético, sin más antecedentes heredofamiliares importantes.

Inicia su padecimiento hace aproximadamente un año, refiriendo que se encontraba fumigando un sembradío (con folidol), y que aspiró gases de dicha sustancia, para seguidamente irse a su casa, encontrándose normal, siendo hasta el momento de dormirse y encontrándose en sueño profundo cuando se le presentó un cuadro convulsivo sin tener conciencia de ello, enterándose por referencias familiares; en los ataques posteriores a este cuadro de inicio, presentó

\* Universidad Autónoma de Hidalgo

síntomas previas tales como sueño pesado y vómito, además sensación de toque eléctrico a nivel del borde inferior de maxilar inferior izquierdo, dando posteriormente un grito espontáneo y perdiendo el conocimiento, refiriendo el padre la presencia de temblores en todo el cuerpo, salivación profusa y desviación de la mirada.

Se traslada al centro hospitalario presentando cuadro epiléptico semejante.

A la exploración física se encontró temperatura de 37°C, T.A. 130/80, F.C. 80 X', inconsciente, con hiporrefleja e hipotonía muscular.

PASE AHORA A LA SECCION "D" DE LA SEGUNDA PARTE

### Segunda parte

#### Manejo

SECCION "A". El tratamiento de este tipo de pacientes debe hacerse a base de:

1. Bromuros (03)
2. Fenobarbital (15)
3. Difenilhidantoinato de sodio (21)
4. Etosuccimida (11)
5. Diazepam (06)

SECCION "B". Uno de los siguientes fármacos está contraindicado en el manejo terapéutico de este paciente.

1. Tegretol (25)
2. Mesantoína (01)
3. Difenilhidantoinato (10)
4. Fenobarbital (18)
5. Inhibidores de la monoaminoxidasa (04)

SECCION "C". Para la valoración adecuada de un paciente epiléptico, ¿cuál punto considera más importante?

1. Historia clínica (24)
2. Electroencefalograma (20)
3. Radiografía de cráneo (AP y lateral) (07)
4. Exámenes de laboratorio de rutina (13)
5. Angiografía cerebral (02)

SECCION "D". En este momento el diag-

nóstico más probable es de:

1. Hipsirritmia (19)
2. Narcolepsia (05)
3. Crisis febril (14)
4. Crisis generalizada tónico-clónica (22)
5. Crisis acinéctica (17)

SECCION "E". Lo más frecuente en estos pacientes es que en las ondas electroencefalográficas se encuentren:

1. Electroencefalograma normal (08)
2. Actividad bilateral y sincrónica (23)
3. Brotes bilaterales y sincrónicos específicos (09)
4. Descargas masivas de alto voltaje (12)
5. Descargas de 14 y 6 (16)

### Tercera parte

#### Información

01. Algunos autores consideran que nunca debe ser usada y goza de poca popularidad en los E.E.U.U., es una buena droga que tiene dos diferencias básicas con el epamín:

- a) Las dosis empleadas pueden llevarse hasta niveles muy superiores (si es necesario hasta un gramo).
- b) Presenta más frecuentemente complicaciones hematológicas.

Las reacciones de intolerancia a la mesantoína, aparecen habitualmente al principio y consisten en un cuadro caracterizado por fiebre, adenopatía en la nuca y cuello y la aparición de una erupción, la cual es más común en la parte superior del tórax.

Cuando la erupción no es evidente la presencia de fiebre, adenopatía y alteraciones histológicas en la biopsia del ganglio, pueden llegar a hacer confundir el diagnóstico con la enfermedad de Hodgkin. Una de las razones por la que ocasionalmente utilizamos mesantoína es la hiperplasia gingival. También es necesario utilizarla en algunos pacientes con daño cerebral grave y crisis incontrolables de tipo mayor.

- Es necesario insistir en la necesidad de practicar periódicamente biometría hemática ya que este producto es capaz de afectar gravemente, sobre todo a la serie blanca y en muchas ocasiones tendrá que suspenderse o sustituirse por otro medicamento. Seleccione otra opción.
02. Estudio radiológico en que se opacifican con medio de contraste yodado las arterias, arteriolas y venas del cerebro, requiriéndose las posiciones básicas de AP y lateral. Se utiliza un seriógrafo automático rápido con el objeto de poder detectar todas las fases vasculares, observando la presencia de neoplasias, anomalías vasculares, hematoma subdural y desplazamientos vasculares, siendo de bastante utilidad para el estudio adecuado del paciente. Seleccione otra opción.
  03. Los compuestos más simples que se han usado son los bromuros, de los cuales los de amonio, sodio y potasio son los más empleados. Han sido prescritos en combinación, bien en forma magistral o en productos comerciales. Las dosis oscilan entre 0.30 mg y 6 gr al día, con mucha frecuencia asociados a una dieta pobre en cloruro de sodio, lo que facilita la fijación de ion bromo. Son en general mal tolerados ya que producen gastritis y el grave cuadro de bromismo, con dermatosis, insomnio y trastornos de la conducta, además de marcada ataxia; entre los productos comerciales más conocidos están el Calcibronat en ampollitas para uso intravenoso y tabletas efervescentes, y el Bromotrial en tabletas. Seleccione otra opción.
  04. En las personas normales los inhibidores de la monoaminoxidasa no producen con las dosis terapéuticas mayores manifestaciones; en algunas oportunidades se observa euforia y aumento de apetito y pocas veces insomnio, agitación e inquietud, sobre todo con la trancilipromina. Pero la acción fundamental de dichas drogas es la supresión de los estados depresivos, en que los efectos son semejantes a los de las diabenzazepinas, con elevación del humor y mejoría de todos los síntomas depresivos. Esta acción no se evidencia de inmediato, sino al cabo de varias semanas, existiendo una sudoración prolongada de una a dos semanas; además, en algunas ocasiones pueden observarse agitación, excitación y alucinaciones. Dosis elevadas ocasionan una gran excitación, hiperreflexia, temblores y aún convulsiones. Seleccione otra opción.
  05. Es una entidad que consiste en la tendencia anormal al sueño, sobre todo cuando el paciente realiza un trabajo monótono. En las formas graves, el sueño se establece en forma tan brusca que puede simular la pérdida de conocimiento, sin embargo siempre es fácil despertarlo y nunca se acompaña de fenómenos tónicos. Seleccione otra opción.
  06. Esta medicación es mucho más potente tanto miligramo por miligramo como en su acción antiepiléptica, al grado de que algunos autores la han considerado como la droga de elección en epilepsia temporal. Es conveniente que se comience por dosis bajas que fluctúan alrededor de los 5 a 10 mg, elevándola hasta cuanto sea necesario, teniendo cuidado únicamente de su fuerte efecto hipnótico. Los trastornos corresponden a ataxia, estimulación paradójica, torpeza mental, eritema y trastornos gastrointestinales. Parece que lo mejor es adicionar el valium a otro tipo de anticonvulsivos. Seleccione otra opción.
  07. Método de gabinete útil para detectar anomalías cerebrales, pudiendo encontrar asimetría de crecimiento craneal, calcificaciones intracraneanas, tumoraciones, pudiéndose encontrar normal en un gran porcentaje de epilépticos. Seleccione otra opción.
  08. Un E.E.G. normal no descarta el diag-

nóstico de epilepsia por sí mismo, particularmente si sólo fue tomado durante la vigilancia y utilizando como procedimiento de activación la hiperventilación, el bloqueo con la atención y la estimulación luminosa intermitente. Las dos posibilidades que se plantean son:

- a) El registro es normal por falta de profundidad de la investigación. Esto puede corregirse utilizando alguno de los procedimientos de activación.
- b) El registro es normal a pesar de que se hayan utilizado la mayor parte de los procedimientos de activación. Esto ocurre en pacientes que tienen crisis muy esporádicas, en algunos casos de cisticercosis parenquimatosa con poco daño cerebral y en las lesiones superficiales y de crecimiento lento como los meningiomas planos de la convexidad.

Se debe recordar que del 12 a 15 por ciento de los pacientes epilépticos tienen E.E.G. normal y del 8 al 10 por ciento continúan siendo normales a pesar de que se utilizan todos los procedimientos de activación.

09. Bajo este enunciado se engloban las descargas de onda y espiga de 3 ciclos por segundo, que algunos electroencefalografistas llaman petit mal, los modelos de poliespiga y onda lenta observados con más frecuencia en las crisis de pequeño mal mioclónico y la asociación de onda lenta y espiga de menos de tres segundos (llamado variante del pequeño mal por la escuela de Gibbs y Gibbs) o de más de 5 c/s denominado pequeño mal fantasma. Todos estos complejos se observan en este grupo abigarrado de epilepsias cuya característica común es descargar desde la zona que el grupo de Montreal llamó "centroencefálica" y que ha tenido un gran éxito y difusión. Es común que estos brotes no se asocien a

una lesión "gruesa demostrable".

Es raro que los brotes de onda y espiga cambien de frecuencia, la mayoría persisten a través de los años y son los que tienen una frecuencia fija de 3 c/s y los cuales tienden a desaparecer en la pubertad. En la mayoría de las ocasiones la posición de la espiga es fija en relación a la posición de la onda lenta. Esto hace diferencia con la onda y espiga deformada que se observa en algunos casos de gran mal y que tiende a hacerse más lenta cuando aparece deterioro mental.

La aparición de estos ritmos tiene diferente significación si se asocia o no a alteraciones del ritmo de fondo. Se considera de mejor pronóstico los brotes que ocurren solamente en paroxismos, siempre iguales a sí mismos, sobre un fondo de actividad normal y la cual permanece normal al terminar dichos brotes. Seleccione otra opción.

10. Este es el medicamento más empleado y se presenta en cuatro formas, cápsulas de 0.10 g; de 0.03 g de absorción lenta, de 10 g y suspensión.

Puede ser usado en dosis de 0.10 a 0.60. Se recomienda vigilancia por parte del dentista debido a la posibilidad de hiperplasia gingival. Esta posibilidad de complicación depende principalmente de una susceptibilidad individual ya que no todos los pacientes la desarrollan. Se requiere de un tiempo muy prolongado (de varios meses) para que se torne importante.

Un signo de alarma es la aparición de sintomatología cerebelosa consistente en nistagmus espontáneo en todas las posiciones de la mirada, marcha atáxica y bradilalia. Estas alteraciones aparecen con más frecuencia cuando el epamín está asociado a fenobarbital o cuando las dosis que se están empleando son muy elevadas. Algunas veces basta reducir las dosis, pero en ocasiones es necesario suspenderlas.

- Las alteraciones hematológicas son raras pero no excepcionales y las más graves consisten en anemia aplásica y agranulocitosis. Una reacción especialmente grave es el síndrome de Stevens-Johnson que consiste en la asociación de eritema multiforme con enanema mono o pluriorificial, conjuntivitis con pseudomembranas y queratitis superficial y que ha sido descrita durante el tratamiento con difenilhidantoinatos y metilfenilhidantoinatos; como otra complicación poco frecuente puede observarse ictericia por colestasis y se han descrito casos de lupus eritematoso disseminado exacerbados o iniciados durante el tratamiento con difenilhidantoinatos. Seleccione otra opción.
11. Este medicamento es particularmente efectivo en el pequeño mal. Es un específico y como todos los otros, es capaz de resolver casos que ningún otro lo ha hecho; la presentación es en cápsulas de 250 mg, no tiene ninguna contraindicación para que sea utilizado asociado a otros anticonvulsivos, sobre todo del grupo que se utiliza para el gran mal.
- La mayor parte de las veces no provoca ninguna alteración colateral y la dosis máxima que se ha empleado es de 9 cápsulas al día. Seleccione otra opción.
12. Este tipo de ritmo corresponde a descargas desorganizadas de alto voltaje, la mayor parte de veces del tipo llamado "onda lenta-onda aguda". La etiología de este cuadro no ha sido aclarada, pero parece estar en relación con los procesos denominados de autoinmunización y frecuentemente tiene la expresión clínica de las llamadas "espasmos masivos infantiles". En general, el pronóstico no es muy bueno pero ha mejorado desde los trabajos de L. Jorel que demostraron la acción de la HACT sobre esta alteración. Seleccione otra opción.
13. Nos propocionan un panorama general del estado actual del paciente, detectando en casos determinados patologías de naturaleza sistémica que influyen directa o indirectamente en la producción de crisis epilépticas; tales son los casos de desequilibrio hidroelectrolítico, alteración en el metabolismo de los glúcidos, proteínas y grasas, así como deficiencias vitamínicas y padecimientos endocrinos. Seleccione otra opción.
14. Representa una forma particular de epilepsia y en general son de buen pronóstico, es importante hacer el diagnóstico y no confundir crisis originadas por otras causas y de las cuales la fiebre tiene únicamente el papel de gatillo; son parámetros importantes en este padecimiento los siguientes:
1. Deben presentarse en niños menores de tres años.
  2. Deben de ocurrir con temperaturas más altas de 38.5°C.
  3. Deben de tener un E.E.G. normal.
- Este tipo de crisis tiende a ceder espontáneamente y la mayor parte de las veces son generalizadas sin fenómenos focales y sin dejar residuo neurológico; sin embargo, se considera la posibilidad de que queden secuelas de daño cerebral como resultado de las crisis febriles. Seleccione otra opción.
15. Este es el medicamento más económico en el mercado. Derivado de la malonilurea (ácido barbitúrico), con la adición de un radical fenilo y otro etilo. De este grupo se han derivado también el mebaral (Neo-hebaral) y el primidone (Mysoline). Las dosis varían de 100 mg hasta 600 mg distribuidos en 24 hs. Las formas farmacéuticas que se presentan en el mercado son: aisladamente en dosis de 0.10 (fenobarbital 0.10) y en numerosos productos combinados con otros medicamentos. Existen otras formas comerciales a dosis de 0.64 y 0.97 que tienen la particularidad

de su liberación gradual. (Eskarbarb 0.64 y Eskarbarb 0.97). Entre los defectos indeseables están, la somnolencia (la cual cuando es intolerable obliga al uso de dexedrina a la dosis de 5-10 mg), mareos, dermatitis, ataxia, nistagmus y temblor de acción en casos de intolerancia o sobredosificación. En algunos pacientes tiene acción depresora sobre la actividad sexual.

El fenobarbital es inconveniente para niños que padecen alteraciones de la conducta. La supresión de la crisis y la acción del barbitúrico transforma en ocasiones a un niño normal con crisis, en un sujeto con auto o heteroagresión, hipercinético y muy difícil de controlar. Seleccione otra opción.

16. Estas aparecen la mayor parte de las veces durante la somnolencia y se observan mejor cuando se han utilizado derivaciones oblicuas para su registro. Debido al tipo de técnicas usadas no es común encontrar este tipo de descargas. Se han encontrado asociadas a trastornos de la conducta. Nunca se ha visto como manifestación aislada de actividad significativa para el diagnóstico en epilépticos, tampoco deben confundirse los brotes precentrales ni las jorobas parietales con los brotes de epilepsia centrencefálica, ya que tienen su propia significación que es diferente a pesar del aspecto pseudoparoxístico. La actividad periódica que se observa en algunas formas de meningoencefalitis y los pseudoparoxismos de algunos trastornos como las intoxicaciones amoniacales y la grave anoxia isquémica que ocurre como secuela de paro cardíaco. Seleccione otra opción.
17. Se caracteriza por caída súbita de extraordinaria velocidad y con proyección hacia adelante, es común que durante estas caídas la fuerza de la misma sea tan intensa que el niño se fracture la frente o sufra lesiones en la cara. La crisis es de muy corta duración, de gran

velocidad y la mayor parte de las veces no ocurre cuando el paciente esta acostado. Seleccione otra opción.

18. Este es el medicamento más económico en el mercado derivado de la malonilurea (ácido barbitúrico), con la adición de un radical fenilo y otro etilo. De este grupo se han derivado también el mebaral (Neo-hebaral) y el primidone (Mysoline). Las dosis varían de 100 hasta 600 mg distribuidos en 24 hs. Las formas farmacéuticas de presentación en el mercado son: Aisladamente en dosis de 0.10 (fenobarbital 0.10) y en numerosos productos combinados con otros medicamentos. Existen otras formas comerciales a dosis de 0.64 y 0.97, que tienen la particularidad de su liberación gradual (Eskarbarb 0.64 y Eskarbarb 0.97). Entre los efectos indeseables está la somnolencia, mareos, dermatitis, ataxia, nistagmus y temblor de acción en casos de intolerancia o sobredosificación. El fenobarbital es inconveniente para niños que padecen alteraciones de la conducta, la supresión de las crisis y la acción del barbitúrico transforma en ocasiones a un niño normal con crisis, en un sujeto con auto o heteroagresión, hipercinético, y muy difícil de controlar. Seleccione otra opción.
19. La hipsirritmia es la expresión electroencefalográfica que acompaña la mayor parte de las veces a los espasmos infantiles. El término hipsirritmia fue acuñado por Gibbs y significa ritmo de alto voltaje.  
Las crisis de tipo espasmo masivo corresponden la mayor de las veces, a una contracción súbita intensa de toda la musculatura corporal. La duración es corta y el patrón de descarga, la mayor parte de las veces, es igual y consiste en flexión y aproximación de los miembros superiores al tronco; en algunas ocasiones los espasmos masivos se parecen al reflejo de Moro y pueden ser también de hiperextensión.

Estos espasmos ocurren la mayor parte de las veces en niños pequeños, por debajo de dos años de edad; en general estos espasmos no aparecen en forma aislada sino que tienen una franca tendencia a presentarse en serie y a acompañarse de una gran cantidad de fenómenos vegetativos. Se facilitan considerablemente durante la somnolencia y también en el momento de despertar.

El diagnóstico de espasmo masivo con su relación electroencefalográfica la mayor parte de las veces obliga a pensar en un pronóstico poco favorable porque no tratado a tiempo o tratado con malos resultados llega a producir trastorno en el desarrollo motor y mental. La mayor parte de las veces son niños hipotónicos que presentan nistagmus espontáneo y que en los neuroencefalogramas demuestran un aumento de tamaño ventricular sin hipertensión intracraneal. De los estudios realizados, la mayoría de las veces, el único que es claramente patológico y diagnóstico es el electroencefalograma. Seleccione otra opción.

20. Durante mucho tiempo se consideró que la mayor utilidad de la electroencefalografía sería el diagnóstico diferencial entre la epilepsia y otros padecimientos.

Los errores más comunes que se cometen son: Por una parte, olvidar la facilidad con la que los niños pequeños presentan brotes bilaterales y sincrónicos durante la hiperventilación y por otra, que el porcentaje de pacientes con E.E.G. anormales dentro del grupo de la población normal es muy elevado. En general, cuando las pacientes presentan un E.E.G. normal tienen mejor pronóstico respecto a la evolución de su padecimiento. Esto se ha observado también en pequeñas lesiones focales (cisticercosis), en pacientes que tienen crisis ocasionales y en la mayoría de las crisis de origen

extracerebral.

Por lo anterior, no se puede considerar un examen de valor absoluto para el diagnóstico de epilepsia. Seleccione otra opción.

21. Este es el medicamento más empleado y se presenta en cuatro formas: cápsulas de 0.10 g, de 0.03 g, de absorción lenta, de 0.10 g, y suspensión. Puede ser usado en dosis de 0.10 a 0.60 g, se recomienda vigilancia por parte del dentista debido a la posibilidad de hiperplasia gingival; esta posibilidad de complicación depende principalmente de una susceptibilidad especial individual, ya que no todos los pacientes la desarrollan, se requiere un tiempo muy prolongado (varios meses) para que se torne importante; algunos casos tienen que ser operados periódicamente, cuando se llega a la conclusión que es necesario continuar el uso de epamin y que no se puede sustituir por otra droga.

En la mayoría de los pacientes sí puede ser sustituida por otra droga de indicación similar y aun en ocasiones es suficiente con bajar la dosis para detener el crecimiento gingival. El hirsutismo puede ser pronunciado, careciendo de significación en los hombres, pero en algunas mujeres puede representar un problema estético. Un signo de alarma es la aparición de sintomatología cerebelosa, consistente en nistagmus espontáneo en todas las posiciones de la mirada, marcha atáxica y bradilalia. Estas alteraciones aparecen con más frecuencia cuando el epamin esta asociado a fenobarbital o cuando las dosis que se están empleando son muy elevadas.

La mayor parte de las veces basta con disminuir las dosis, pero en algunas ocasiones es necesario suspenderlo, se han descrito casos de alteraciones cerebelosas irreversibles por el uso prolongado de dosis elevadas de epamin. Las alteraciones hemato-

lógicas son raras pero no excepcionales y las más graves consisten en anemia aplásica y agranulocitosis. Una reacción específicamente grave es el síndrome de Stevens-Johnson que consiste en la asociación de eritema multiforme con enantema mono o pluriorificial, conjuntivitis con pseudo-membranas y queratitis superficial y que ha sido descrita durante el tratamiento con defenilhidantoinatos y metilfenilhidantoinatos. Otra complicación poco frecuente, puede ser ictericia por colestasis y se han descrito casos de lupus eritematoso diseminado que han sido exacerbados o iniciados durante el tratamiento con difenilhidantoinato. Seleccione otra opción.

22. En los días u horas que preceden a su presentación pueden aparecer síntomas premonitorios, los cuales consisten en cambios de personalidad, irritabilidad o depresión y la mayor parte de las veces una sensación indescriptible acompañada de ansiedad y algunas veces acompañada de marcada agresividad; la agresividad acumulada en las horas anteriores al ataque desaparece cuando éste se ha presentado; es común también que aparezcan fenómenos vegetativos vagos y que el paciente sepa que la crisis se va a presentar sin que sepa definir porqué. El aura más común es la sensación de bola epigástrica que asciende y que al llegar a la cabeza provoca la pérdida del conocimiento y el inicio de la crisis, en muchas ocasiones en este momento aparece un aplanamiento en el E.E.G. y clínicamente se manifiesta por el grito y la iniciación de la fase tónica, la cual consiste en la contracción simultánea y generalizada tanto de los músculos gravitatorios como antigravitatorios; los mecanismos neuronales que juegan un papel inhibitorio en la terminación de las crisis, intervienen suprimiendo por lapsos cada vez más largos la fase tónica

y esto es lo que constituye la fase clónica, o sea, que la fase clónica no es sino la misma fase tónica interrumpida por estos lapsos. Cuando ha desaparecido toda la contracción y el paciente está inconsciente y cianótico, el E.E.G. no registra actividad. Esta comienza a reconstruirse en forma similar al proceso de maduración, o sea, que se inician grandes ondas amorfas, las cuales se van acelerando progresivamente hasta llegar a alcanzar la organización precrítica. El periodo de aplanamiento o de bloqueo de los ritmos cerebrales se asocia a confusión mental. En ocasiones, durante esta fase, el paciente es particularmente agresivo y puede realizar inclusive actos criminales. El estado postictal puede tener características diversas y aun cuando habitualmente tiene tendencia a desaparecer en minutos, puede prolongarse por horas e incluso por días, revistiendo varias características de tipo psiquiátrico. Es frecuente notar la aparición de señales de mordedura en la cara interna de las mejillas o en la lengua; también es frecuente la incontinencia de orina o heces. Seleccione otra opción.

23. Bajo este nombre se engloban los paroxismos de actividad lenta en los que se observan brotes, la mayor parte de las veces dentro de la banda theta (de 4 a 7 ciclos por segundo) y que pueden ser generalizados o algunas veces aparecen en forma predominante en la región frontotemporal de ambos hemisferios. En algunas ocasiones estos brotes son delta (de 0.5 a 3.5 c/s) y muy similares a la parte lenta que forma el complejo lento rápido de la onda y espiga. La agrupación con ondas de otra frecuencia puede simular la onda y espiga, al grado que hace unos años se pensaba que en la dilatación ventricular podrían observarse brotes similares a la onda y espiga de la epilepsia centroencefálica. Debemos lla-

mar la atención de que en un paciente con convulsiones, la aparición de ondas lentas delta bilaterales y sincrónicas de proyección frontal, pueden ser un indicio claro de dilatación ventricular por cisticercosis ventrículo-cisternal. Seleccione otra opción.

24. Tiene un significado único. Los datos aportados por el interrogatorio son los que van a dar el diagnóstico respecto al tipo de crisis y en los casos de epilepsia parcial sobre el sitio de origen de la descarga.

En la mayoría de los pacientes, excepto cuando existe una lesión cerebral gruesa, la exploración neurológica va a añadir pocos datos útiles. La exploración general debe hacerse cuidadosamente, ya que en ocasiones la aparición de una enfermedad sistémica puede orientar hacia la causa de las crisis convulsivas (diabetes, lupus eritematoso, etc.), la historia clínica ideal es la realizada por una persona bien adiestrada por lo cual consideramos no indispensable una historia clínica rígida, pudiendo guiarse el personal médico en adiestramiento por medio de los siguientes datos:

Crisis mayores en padres y hermanos, crisis mayores en otros familiares, crisis febriles en padres y hermanos,

espasmo del sollozo, embarazo patológico, parto prolongado, anoxia neonatorum, aplicación de fórceps, cesárea, malformaciones congénitas, madre diabética, problemas de alimentación, infecciones graves, desarrollo motor, desarrollo del lenguaje, enuresis, escolaridad, trastornos de conducta, traumatismos craneanos, intoxicaciones, parasitosis y vacunaciones. Seleccione otra opción.

25. Este nuevo anticonvulsivo derivado de la benzodiazepina se presenta en pastillas de 200 mg, parece que su acción es específica sobre todo en las crisis psicomotoras y en general sobre epilepsia del lóbulo temporal.

Es necesario iniciar el tratamiento con dosis bajas porque puede producir ataxia y fenómenos cutáneos de intolerancia, a pesar de los informes halagadores en el control del gran mal; se tiene la impresión de que es menos poderosa que la hidantoína y el fenobarbital y que cuando se utiliza deberá protegerse al paciente con otra droga de mayor potencia. Tiene la ventaja de su acción psicotrópica y por lo cual esta indicada sobre todo en aquellos casos que cursan con alteraciones de conducta, además de las crisis temporales.