

# **Uso y abuso de anticonvulsivantes en pediatría.**

## **Use and abuse of anticonvulsivants in pediatrics**

CAMPOS Patricia\*

\*Profesora Asociada, Departamento Académico de Neurología. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### **INTRODUCCIÓN**

Para decidir la instalación de un tratamiento anticonvulsivante a largo plazo es necesario y esencial establecer el diagnóstico de epilepsia; esto no significa que no podamos usar este tipo de medicamentos en otras patologías pero como veremos en el desarrollo del artículo, el uso está normado de acuerdo a las entidades planteadas.

Desde que una terapia anticonvulsivante conlleva la necesidad de un tratamiento regular, ininterrumpido y por largos periodos, se deben considerar sus repercusiones médicas, psicológicas y sociales antes de instalarla y tener en cuenta que desde el punto de vista conceptual podemos estar confundiendo un trastorno paroxístico epiléptico con otro que no lo es (1).

Existe una razón adicional para el cuidado que debemos tener con la medicación anticonvulsivante y es el hecho de que la literatura refiere el efecto de disminución de atención que producirían determinadas drogas, las mismas que producirían así déficit cognitivos específicos; evidentemente ello se obvia con la elección de monoterapia en dosis adecuadas y eligiendo la droga en función del tipo de crisis (4).

Todas estas consideraciones motivaron la revisión de lo que hemos llamado uso y abuso de anticonvulsivantes en pediatría y que vamos a desarrollar en cinco puntos.

### **EPILEPSIA**

De acuerdo con R. Brain se define epilepsia como “un disturbio paroxístico de la función cerebral, que empieza súbitamente, calma espontáneamente y tiene marcada tendencia a recurrir”; esta misma definición nos plantea el sobrediagnóstico de los llamados Trastornos Paroxísticos no Epilépticos de la Infancia (TPNE), que sin pertenecer a la “función eléctrica cerebral” cumplen con el resto de características siendo de esta manera confundidos y medicados como epilepsias. Estos TPNE abarcan desde los síncope, espasmos de sollozo, apneas del lactante, distonías paroxísticas etc. Hasta las formas vertebro-basilares de la migraña y el vértigo paroxístico benigno ([Cuadro N°1](#)). El

tratamiento de cada uno de ellos va a depender de la edad de presentación, frecuencia e implicaciones para la vida normal del niño y con escasas excepciones no se usan anticonvulsivantes. De un estudio preliminar realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia vemos que el 36% de niños que acudió a consulta por una supuesta “crisis convulsiva” en realidad tenía un TPNE(2).

En relación a tratamiento farmacológico, el abuso se comete por defecto como exceso pues muchas veces la medicina es administrada en forma de “una cucharadita cada 8 horas” olvidando que con estas medicinas más que con otras el dosificador por Kg de peso es vital pues representa la diferencia entre un mal control de crisis con peligro muchas veces de la vida del paciente y una sobredosificación con intoxicación y efectos colaterales severos que también pueden poner en peligro de muerte a nuestros pequeños pacientes. Tan importante como saber dosificar es recordar que en EPILEPSIA, monoterapia es la regla de oro y que solamente en casos de síndromes de déficit control usaremos más de una droga en el régimen terapéutico. Adicionalmente y con el arsenal terapéutico que disponemos tenemos que seleccionar cada droga para cada tipo de crisis. La literatura ha demostrado que POLITERAPIA no aumenta la posibilidad de mejor control de crisis, pero si suma efectos colaterales indeseables (10).

Un tema que debe ser abordado como parte del abuso de los anticonvulsivantes es el de DISRITMIA, término creado electroencefalográficamente hace muchos años para señalar todos aquellos ritmos que no eran normales. Con el transcurrir del tiempo su uso derivó en dos variantes: una manera eufemística de denominar a la EPILEPSIA para no asustar a los familiares muchas veces con grandes cargas emocionales al respecto de este tabú moderno que es la Epilepsia y de esta manera restarle severidad al diagnóstico haciéndole más aceptable; y la otra connotación que es aún por consiste en llamar “Disrítmicos” a todos los EEG anormales independientes del cuadro clínico o aún en ausencia de él, y tratarlos en consecuencia por periodos largos o cortos de tiempo olvidando que de acuerdo con varios autores hasta 2% de la población normal no excluye el diagnóstico de Epilepsia. De esta manera y muchas veces exclusivamente por presentar un EEG anormal un niño es condenado a recibir terapia anticonvulsivante muchas veces de por vida y con control es EEG periódicos esperando que estos “mejoren”.

## **DOLOR**

La indicación del uso de anticonvulsivantes en dolor está reservada a la primera fase de situaciones dolorosas crónicas a incapacitantes por patologías específicas que vamos a mencionar y que afortunadamente, epidemiológicamente y por criterio de frecuencia son extremadamente raros en la edad pediátrica (3,5,8). Así tenemos:

1. Neuralgias: del trigémino, vagoglossofaríngeas, posterapéuticas.
2. Dolor por lesión de médula espinal tanto en la forma de radiculalgia aguda, como mielopatía quística postraumática progresiva o por deafferentación post traumática.
3. Injurias de plexo braquial
4. Espondilosis cervical
5. Dolor en diferentes tipos de cáncer

Los fármacos usados para estos casos en orden de frecuencia son difenilhidantoína, carbamazepina y clonazepan en dosis iguales a las que usan para crisis convulsivas.

## **HIPERACTIVIDAD**

A partir del DSM-III la llamada disfunción cerebral mínima pasó a ser síndrome de déficit de atención (SDA) con o sin hiperactividad y a él pasaremos a referirnos en este acápite. De acuerdo con Paine, a pesar de no tener estadísticas a nivel mundial parece ser que el SDA (4) es mucho más común que patologías neurológicas específicas como epilepsia y parálisis cerebral. Dentro de los criterios diagnósticos no están incluidas las crisis convulsivas lo cual no excluye que un niño con epilepsia pueda además tener SDA.

Los primeros estudios EEG realizados en niños con problemas de escolaridad y de conducta demostraron que aproximadamente 50% de ellos presentaban alguna anormalidad EEG siempre de tipo no específico; conforme fue desarrollando la clasificación de síndromes y fueron haciéndose estudios epidemiológicos se vio como este porcentaje disminuyó considerablemente.

El abuso de anticonvulsivantes hoy en día en esta patología lo constituye precisamente el tratar un niño cuyo EEG sea “anormal” pero sin crisis convulsivas. Sin embargo y aunque en el arsenal terapéutico clásico del SDA no está considerada la carbamazepina, ésta ha demostrado su excelente utilidad, aprovechando de su efecto psicotrópico.

## **DISTURBIOS DE SUEÑO**

Las llamadas parasomnias o disturbios de sueño, obedecen en su gran mayoría a un trastorno en la fisiología normal del sueño y se presentan generalmente en el estadio 3 ó 4 del sueño N-REM. Las más frecuentes para la edad pediátrica (9) son el sonambulismo, terror nocturno y enuresis nocturna; y el problema diagnóstico muchas veces se establece cuando son confundidas con crisis convulsivas (1).

Estos disturbios merecen tratamiento cuando son muy frecuentes e impiden al niño un sueño continuo y reparador o cuando causan un nivel no tolerable de ansiedad. El tratamiento es a base de benzodiazepinas pero no aquellas con efecto anticonvulsivante a largo plazo como clonazepan. Usamos diazepam y lorazepam cuya eliminación es lenta o intermedia en relación a otras bendodiazepinas (7).

## **CEFALEA CRÓNICA**

Por criterio de frecuencia y características comunes, las cefaleas crónicas y/o crónico-recurrentes de los niños los podemos dividir en dos grupos: migraña y cefaleas de causa extraneurológica.

En global, son mucho más frecuentes la cefaleas de causa extra neurológica; y dentro de ellas las de orden psicógeno ocupan un gran porcentaje; prácticamente cualquier estructura cercana o en la cara, es capaz de producir cefalea cuando se encuentra comprometida (ej. Cefalea por miopía o estrabismo, cefalea por otitis, etc) y en estos casos evidentemente un anticonvulsivante no va a solucionar el problema y a veces ni siquiera un analgésico, únicamente un tratamiento etiológico que haga desaparecer la causa del dolor. Dentro de este grupo debemos mencionar al síndrome post-contusional uno de cuyos rasgos predominantes es la cefalea y cuyo tratamiento, cuando necesario, es a base de antidepresivos tricíclicos (6).

En relación a migraña clásica o variantes en pediatría, ni el tratamiento de ataque agudo ni el profiláctico contempla el uso de anticonvulsivante, excepto en niños muy pequeños en los que el uso de barbitúricos o difenilhidantoina suelen dar resultados mejores muchas veces que otros fármacos y en los casos de algunas migrañas vértebra basilares en las que se ha usado carbamazepina con buenos resultados.

Se pueden concluir de lo anteriormente expuesto lo siguiente:

1. Es necesario el diagnóstico positivo de epilepsia para iniciar un tratamiento anticonvulsivante ya que el primer error es precisamente tratar como epilepsia un desorden que no lo es.
2. Los anticonvulsivantes están indicados además en dolores crónicos específicos de origen medular, muy raros en edad pediátrica.
3. En SDA en nuestro medio hay experiencias buenas con carbamazepina.
4. Para los disturbios de sueño se usan benzodiazepinas de acción corta.
5. En ciertas formas de migraña en niños pequeños o la de tipo vertebro-basilar, algunos anticonvulsivantes han demostrado muy buenos resultados.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Campos P. Diagnóstico diferencial entre disturbios do sono e epilepsia na infancia. In Reimao R. Sono Aspectos atuais. Livraria Atheneu ED. 1990; pp. 127-131.
2. Campos P. Salcedo M.: Trastornos paroxísticos no epilépticos en la infancia. Trabajo presentado al XVII Congreso Peruano de Pediatría 1992.
3. Dalessio D. Arigeminal and glossopharyngeal neuralgia In: Reunai R. Sono Aspectos atuais. Livraria Atheneu Ed. 1990; pp. 62-65.
4. Erenberg G. Learning disabilities: an overview. Serms in Neurol 1991; 11:1-6.
5. Friedman A.H. Pain following injury to the brachial plexus. In Reimao R. Sono Aspectos atuais. Livraria Atheneu Ed. 1990; pp. 301-304.
6. Goldstein J. Posttraumatic headache and the postconcussion síndrome Med Cli N AM 1991; 75:641-651.
7. Gorenstein C, Gentil V.: Aspectos Essenciais dos hipópticos benzodiazepínicos. In: Reimao R. Sono Aspectos atuais. Livraria Atheneu ED. 1990; pp.51-69.
8. Green B.A., Edgar R.E. Spinal Injury pain. In: Current therapy in neurological surgery-2. pp.294-297.
9. Reimao R., Diament A. Sono normal e patológico na crianza. In: Diament e Cypel. Neurología Infantil Lefevre Livraria Atheneu Ed. 1989; pp. 1233-1248.

10.Sillanpaa M, Johnnessen S., Blennow G., Dam M. Paedatric.