

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v89i3.7423>

La primera crisis epiléptica en niños: necesidad de optimizar los estudios complementarios y criterios terapéuticos

The first epileptic seizure in children: the need to optimize complementary studies and therapeutic criteria

Jessica Solange Marquez Hostia^{1, a} 

Señores editores:

He leído con especial atención el artículo «Características clínicas de la primera crisis epiléptica en niños atendidos en un hospital terciario de Lima, Perú», de Espinoza-Quinteros et al. (1). Los autores abordan un tema de gran importancia en la práctica neurológica y pediátrica, aportando información relevante sobre la presentación clínica y las causas más frecuentes de la primera crisis epiléptica en la población infantil. Este tipo de estudios resulta fundamental para orientar la elaboración de guías clínicas adaptadas a nuestra realidad sanitaria.

El trabajo describe que las crisis generalizadas —sobre todo las tónico-clónicas— y las principales etiologías corresponden a causas febriles, infecciosas y traumáticas. Estos hallazgos son consistentes con reportes internacionales, donde las crisis febriles complejas y las lesiones postraumáticas suelen ser los desencadenantes más habituales (2). No obstante, el artículo también deja en evidencia ciertas limitaciones en el acceso a estudios diagnósticos y la falta de criterios homogéneos para el manejo terapéutico, lo cual merece una reflexión profunda.

Uno de los aspectos que llama la atención es el bajo porcentaje de pacientes que contó con electroencefalograma (EEG) y neuroimagen: apenas un 30,8 % y 43,6 %, respectivamente (1). La literatura científica resalta que realizar esta prueba en las primeras 24 horas mejora notablemente la detección de descargas epileptiformes y ayuda a estimar el riesgo de recurrencia. Khan y Baheerathan (3) destacan que, aunque no siempre se requiere en la primera evaluación, el EEG constituye una herramienta indispensable en pacientes con factores de riesgo o antecedentes familiares. De la misma forma, Berg (4) demostró que la presencia de alteraciones electroencefalográficas tras el primer episodio es un predictor sólido de reincidencia.

Citar como:

Marquez JS. La primera crisis epiléptica en niños: necesidad de optimizar los estudios complementarios y criterios terapéuticos. *Rev Neuropsiquiatr.* 2026; 89(3): 382-383. DOI: 10.20453/rnp.v89i3.7423

Recibido: 06-12-2025

Aceptado: 12-02-2026

En línea: 30-09-2026

Correspondencia:

Jessica Solange Marquez Hostia
✉ solmarquez123@outlook.com



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© La autora

¹ Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina Humana. Ica, Perú.

^a Estudiante de Medicina Humana.

La neuroimagen en las primeras etapas cumple un papel importante, ya que permite identificar causas estructurales que afectan directamente en el pronóstico y en la elección del tratamiento (5). Sin embargo, en países de ingresos medios o bajos, como el Perú, el acceso a la tomografía o resonancia magnética sigue siendo limitada. Esta situación refleja desigualdades estructurales que deberían ser atendidas mediante políticas públicas que mejoren el equipamiento y faciliten el acceso a herramientas diagnósticas en los hospitales regionales.

En relación con el tratamiento, el estudio demuestra que cerca de un tercio de los pacientes fue dado de alta con medicación anticonvulsivante, incluso sin contar con un diagnóstico confirmado de epilepsia (1). La evidencia científica indica que los medicamentos antiepilépticos pueden reducir las recurrencias tempranas, aunque no alteran el riesgo de desarrollar epilepsia a largo plazo (5). Por ello, el inicio de la medicación debe ser cuidadosamente individualizado, considerando tanto los factores clínicos como el impacto emocional y social en las familias.

Si bien los medicamentos pueden prevenir complicaciones graves y calmar la ansiedad familiar, no están exentos de efectos secundarios, especialmente sobre la conducta, el aprendizaje y el metabolismo del niño. Por esta razón, su indicación debería limitarse a pacientes con alto riesgo de recurrencia, como aquellos con alteraciones en el EEG, daños estructurales, antecedentes familiares o que comienzan con estatus epiléptico (4, 5).

Las experiencias internacionales ofrecen aportes valiosos. Wiebe et al. (5) señalan que la variabilidad en el manejo del primer episodio epiléptico refleja la falta de consensos estandarizados, lo que destaca la precisión de desarrollar guías nacionales que sean amoldadas a nuestra realidad epidemiológica. Se ha reportado que el empleo de los biomarcadores electrofisiológicos y las nuevas técnicas de neuroimagen podrían ayudar a estratificar mejor el riesgo de recurrencia y avanzar hacia un enfoque más individualizado en el tratamiento de la epilepsia pediátrica.

Además, no se debe pasar por alto el impacto emocional y social que este diagnóstico produce en los niños y sus familias. La primera crisis epiléptica ocasiona una gran ansiedad en los padres. Por lo tanto, la comunicación médico-paciente tiene que ser empática, clara y basada en evidencia. En este contexto, es esencial impulsar programas educativos comunitarios que ayuden a disminuir el estigma y fortalezcan el apoyo a los pacientes pediátricos.

En conclusión, la investigación realizada por Espinoza-Quinteros et al. (1) brinda un aporte valioso para el conocimiento de la primera crisis epiléptica en la infancia. No obstante, los hallazgos muestran desafíos que deben enfrentarse: facilitar el acceso a pruebas complementarias, establecer criterios definidos para comenzar la medicación y promover investigaciones multicéntricas que sirvan de fundamento para elaborar guías nacionales. Finalmente, atender el aspecto social y familiar de la epilepsia ofrece una atención más humana, integral y ajustada a las necesidades reales de los pacientes y sus cuidadores.

REFERENCIAS

1. Espinoza-Quinteros IO, Reynoso-Osnayo C, Argandoña-Vásquez J, et al. Características clínicas de la primera crisis epiléptica en niños atendidos en un hospital terciario de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 2025;88(2):82-94. doi:[10.20453/rnp.v88i2.6208](https://doi.org/10.20453/rnp.v88i2.6208)
2. Slinger G, Noorlag L, van Diessen E, et al. Clinical characteristics and diagnoses of 1213 children referred to a first seizure clinic. *Epilepsia Open.* 2024;9(2):548-57. doi:[10.1002/epi4.12883](https://doi.org/10.1002/epi4.12883)
3. Khan A, Baheerathan A. Electroencephalogram after first unprovoked seizure in children: routine, unnecessary or case specific. *J Pediatr Neurosci.* 2013;8(1):1-4. doi:[10.4103/1817-1745.111412](https://doi.org/10.4103/1817-1745.111412)
4. Berg AT. Risk of recurrence after a first unprovoked seizure. *Epilepsia.* 2008;49(suppl 1):13-8. doi:[10.1111/j.1528-1167.2008.01444.x](https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2008.01444.x)
5. Wiebe S, Téllez-Zenteno JF, Shapiro M. An evidence-based approach to the first seizure. *Epilepsia.* 2008;49(suppl 1):50-7. doi:[10.1111/j.1528-1167.2008.01451.x](https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2008.01451.x)