

Estado epiléptico: dos episodios en un embarazo. Reporte de caso

Drs. Jesús Méndez-Quijada, Jesús Mata-Vallenilla, Wiston Villarroel

Servicio de Psiquiatría. Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas

RESUMEN

Paciente epiléptica, de 22 años de edad, con crisis convulsivas generalizadas desde los 12 años, que ingresó a la Maternidad “Concepción Palacios” en dos oportunidades durante su quinto embarazo por sendos episodios de estado epiléptico. El primero ocurrió en la semana 14 y el segundo en la 20 de gestación. En la semana 36 se practicó cesárea por desprendimiento prematuro de placenta y se extrajo recién nacido vivo, de 2 700 g de peso y 44 cm de talla. Requirió atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por asfixia severa, con evolución satisfactoria. No se detectaron malformaciones al nacer.

Palabras clave: Epilepsia. Estado epiléptico. Estado convulsivo. Anticonvulsivos. Embarazo.

SUMMARY

Epileptic patient, 22 years old, with generalized convulsion crisis since 12 years of age, was admitted in two opportunities at the “Maternidad Concepción Palacios” during her fifth pregnancy for 2 epileptic status episodes. The first one appeared at the 14th week and the second one at 20th week of gestation. At 36 weeks of pregnancy, a cesarean section was performed for premature detachment of placenta, obtaining a live newborn, weight 2700 g and 44 cm of length. The newborn required assistance at the Neonatal Intensive Care Unit for severe asphyxia, with satisfactory evolution. No fetal malformations were detected.

Key words: Epilepsia. Epileptic status. Convulsive status. Anticonvulsives. Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El estado epiléptico (EE) se define por la presencia de actividad epiléptica continua durante más de 30 minutos, o la secuencia de dos o más convulsiones sin recuperación total de la conciencia entre las mismas (1-3). No es una complicación frecuente. Se ha encontrado entre el 1,3 % y el 6,6 % del total de pacientes con epilepsia, pero constituye un riesgo muy alto por los daños potenciales asociados (4-7). Algunos han estimado que, aproximadamente, entre el 1 % y el 2 % de las mujeres epilépticas pueden sufrir un estado epiléptico durante el embarazo (8). Poco se conoce sobre desencadenantes específicos, aunque el abandono del tratamiento es un dato llamativo. Por supuesto, la aparición de la complicación durante el embarazo significa un dramatismo adicional, por el riesgo no sólo para la madre, sino para el feto. La mayoría de las informaciones de las cuales disponemos provienen de reportes aislados de casos.

Dos episodios de estado epiléptico en un embarazo sin duda es un hallazgo excepcional, del cual no encontramos antecedentes en la literatura revisada.

Episodio 1

Paciente de 22 años, V gestas, II cesáreas, I aborto, I embarazo ectópico. Fue referida de otro centro hospitalario a la Maternidad “Concepción Palacios” por convulsiones tónico clónicas generalizadas. Para el momento del ingreso al hospital de origen, la paciente había presentado numerosas convulsiones en la madrugada. Se encontraba en estado pos ictal, con obnubilación. Pocos minutos después presentó convulsión tónico clónica generalizada que se repitió en once oportunidades, a pesar de haber recibido tratamiento con diazepam 20 mg IV y difenilhidantoína 500 mg IV. El examen neurológico no reveló focalizaciones. Desde los 12 años de edad sufría de convulsiones

generalizadas, que se repetían mensualmente, asociadas a la menstruación, por lo cual se le indicó tratamiento con fenobarbital y difenilhidantoína que tomaba irregularmente.

A su ingreso a la emergencia de la Maternidad "Concepción Palacios" se encontraba; obnubilada, FC 127 ppm; TA 108/67 mmHg. Presentó una nueva convulsión por lo cual se administró 10 mg de diazepam IV, lográndose control. Se diagnosticó embarazo de 14 semanas, sin control prenatal. Tacto vaginal: cuello posterior, largo, cerrado; leucorrea abundante, fétida; sin sangrado. Los exámenes de laboratorio evidenciaron hemoglobina 12,5 g %; hematocrito 37,4 %; glóbulos blancos 7 100/mm³; segmentados 66 %; linfocitos 31,4 %; plaquetas 275 000/mm³; glicemia 84 mg/dL; úrea 6 mg/dL; creatinina 0,4 mg/dL; TGO 22 U/l; TGP 12 U/l; proteínas totales 6,6 g/dL; albúmina 3,4 g/dL; globulina 3,1 g/dL; pH 7,37; pCO₂ 28 mmHg; pO₂ 74 mmHg; HCO₃ 18,8 mmol/L; sat O₂ 94,8 %; TO₂ 17 mmol/L; EB -8 mmol/L.

La paciente fue hospitalizada y tratada con difenilhidantoína 300 mg/día IV. Treinta y dos horas después del ingreso presentó una nueva convulsión que se repitió a los 11 días; en ambas oportunidades recibió adicionalmente diazepam 10 mg IV y difenilhidantoína 1 g IV. Un electroencefalograma fue anormal, con un ritmo occipital de 8-9 Hz, de mediano voltaje, irregular, con brotes de complejos de poli punta onda lenta, de 4-5 Hz, de gran amplitud, generalizados, desencadenados por la estimulación luminosa intermitente. Egresó en buenas condiciones.

Episodio 2

La misma paciente fue ingresada a la Maternidad "Concepción Palacios" treinta días después de su egreso, ahora con embarazo de 20 semanas por biometría fetal. Referida de otro hospital al cual fue llevada por síntomas de infección urinaria pero mientras se le atendía presentó crisis convulsivas generalizadas sucesivas, por lo que recibió 10 mg de diazepam IV a pesar de lo cual las crisis se repitieron poco después y de nuevo recibió 10 mg de diazepam IV. No obstante, quince minutos más tarde reaparecieron las crisis convulsivas, lo cual obligó a suministrar difenilhidantoína IV 600 mg. Fue referida a la Maternidad "Concepción Palacios", donde ingresó en estado posictal. Las exploraciones de laboratorio revelaron hemoglobina 9,9 g/%; hematocrito 32,2 %; glóbulos blancos 5 500/mm³; segmentados 41 %; linfocitos 41 %; eosinófilos 18 %; glucosa 63 mg/dL; úrea 11 mg/dL; creatinina 0,3

mg/dL; TGO 25 U/l; TGP 12 U/l; BT 0,2 mg/dL; pH 7,39; pCO₂ 29 mmHg; pO₂ 58 mmHg; HCO₃ 19,8 mmol/l; tO₂ 18,2 mmol/L; EB -6,8 mmol/L; sat O₂ 90,6 %. Fue tratada con difenildidantoína 300 mg/día. Treinta y seis horas después del ingreso tuvo una nueva crisis convulsiva generalizada y al tercer día crisis sucesivas por diez minutos que requirió difenilhidantoína IV 600 mg. Durante el resto del período de hospitalización sufrió crisis convulsivas en varias oportunidades, a pesar de recibir tratamiento con fenobarbital 100 mg/día, difenilhidantoína 300 mg/día y carbamacepina 400 mg/día. A los diez días del ingreso fue egresada sin que se hubiera podido realizar una tomografía axial computarizada de cráneo que se solicitó.

La paciente fue ingresada de otra vez, en la semana 34, por convulsiones repetidas de difícil control, aunque no en estado epiléptico, y en la semana 36 se practicó cesárea segmentaria por desprendimiento prematuro de placenta. Se obtuvo un niño de 2 700 g de peso, 47 cm de talla, con asfisia severa que requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales egresando en buenas condiciones una semana después. La madre fue admitida a la Unidad de Cuidados Intensivos en el posoperatorio inmediato por trombo embolismo pulmonar. Egresó en condiciones satisfactorias.

DISCUSIÓN

Es difícil predecir el curso de las epilepsias durante el embarazo aunque algunos han relacionado la existencia de más de dos crisis por mes antes del embarazo, como elemento relacionado con mayor riesgo de empeorar durante la gestación. Numerosos estudios reflejan que la mayoría de las pacientes no tienen cambios en la frecuencia habitual de crisis, algunas empeoran y hay incluso quienes mejoran (9-13). El EE, la complicación más grave de las epilepsias, tiene en el embarazo un impacto adicional, con incremento de la mortalidad materna, fetal y perinatal (14-16).

Aunque no se ha podido determinar una causa precipitante clara, la interrupción o la ingesta irregular del tratamiento se ha relacionado con la aparición del EE. Así sucedió en este caso, y se ha señalado en otros informes (16-19).

La discusión sobre el tratamiento del EE en el embarazo se ha aclarado. Luego de una etapa en la cual algunos proclamaban la inducción del parto o la cesárea como indicación para proteger la vida de la madre (20-22) hoy se asume que debe indicarse

tratamiento agresivo, incluido el coma barbitúrico cuando fallan otras medidas, y permitir que el embarazo siga su curso, a pesar de los temores sobre los posibles efectos teratogénicos de altas dosis de anticonvulsivos (18,19, 24-26) como se hizo en los casos presentados aquí. Nuestra paciente, aparte de los dos episodios de EE descritos arriba, había sufrido otro, dos años antes, durante su tercer embarazo. Esto podría indicarnos la influencia de alguna predisposición específica en ciertas pacientes para sufrir de EE en el embarazo, hipótesis que no podemos evaluar ahora.

REFERENCIAS

1. Commission on Classification and Terminology of International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981; 22:489-501.
2. Working Group on Status Epilepticus. Treatment of convulsive status epilepticus. Recommendations of the Epilepsy Foundation of Americas. *JAMA*. 1993;270:854-859.
3. Lederman R. Status epilepticus. *Cleve Clin Q*. 1984;51:261-266.
4. Celesia G, Messert B, Nurphy M. Status epilepticus of late adult onset. *Neurology*. 1972;22:1047-1055.
5. Hunter R. Status epilepticus: History, incidence and problems. *Epilepsia*. 1959;1:162-168.
6. Janz D. Conditions and causes of status epilepticus. *Epilepsia*. 1961;2:170-177.
7. Oxbury J, Whitty C. Causes and consequences of status epilepticus in adults: A study of 86 cases. *Brain*. 1971;94:733-744.
8. Sanjeev T. Management of epilepsy and pregnancy. *J Posgrad Med*. 2006;52:57-64.
9. Baptisti A. Epilepsy and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1938;35:818-824.
10. Dalesio D. Seizure disorders and pregnancy. *N Engl J Med*. 1985;312:559-563.
11. EURAP Study Group. Seizure control and treatment in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry. *Neurology*. 2006;14:354-360.
12. Tangenelli P, Ragesta G. Epilepsy, pregnancy and major birth anomalies: An Italian prospective, controlled study. *Neurology*. 1992;42(Suppl 5):89-93.
13. Sabers A, Rogvi-Hansen B, Dam M, Fischer-Rasmussen W, Gram L, Hansen M, et al. Pregnancy and epilepsy: A retrospective study of 151 pregnancies. *Acta Neurol Scand*. 1998;97:164-170.
14. Yerby M. Problems and management of the pregnant woman with epilepsy. *Epilepsia*. 1987;28(Suppl 13):29-36.
15. Barrett C, Richens A. Epilepsy and pregnancy: Report of an Epilepsy Research Foundation Workshop. *Epilepsy Res*. 2003;52:147-187.
16. Philbert A, Dam M. The epileptic mother and her child. *Epilepsia*. 1982;23:85-99.
17. Méndez-Quijada J, Faoro A, Fernández P, Borregales J. Status epilepticus en el embarazo. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Arch Venez Psiquiatr Neurol*. 1988;34:81-86.
18. Méndez-Quijada J, Faoro A, Juvinao N. Status epilepticus in pregnancy. A case report. *J Reprod Med*. 1990;35:289-291.
19. Licht E, Sankar R. Status epilepticus during pregnancy. A case report. *J Reprod Med*. 1999;44:370-372.
20. Jardine R. Epilepsy and status epilepticus in connection with pregnancy and labor, with illustrative cases. *J Obstet Gynecol (Br)*. 1907;12:28-38.
21. Klein M, Goodfriend M, Shey I. Status epilepticus and pregnancy. Case report. *Am J Obstet Gynecol*. 1956;72:188-190.
22. James J, Whitty C. The electroencephalogram as a monitor of status epilepticus suppressed peripherally by curarisation. *Lancet*. 1961;2:239-241.
23. Grunert G, Field D. Refractory status epilepticus in pregnancy. A case report. *J Reprod Med*. 1985;30:69-73.
24. Sawhney H, Vasishta K, Suri V, Khunnu B, Goel P, Sawhny I. Pregnancy with epilepsy. A retrospective analysis. *Int J Gynecol Obstet*. 1996;54:17-22.
25. Fougner T, Wilson S, Seltzer V. Status epilepticus in pregnancy. A case report. *J Reprod Med*. 1985;30:948-950.
26. Schulze-Bonhage A, Kurthen M, Walger P, Elger C. Pharmacorefractory status epilepticus due to low vitamin B6 levels during pregnancy. Case report. *Epilepsia*. 2004;45:81-84.