

Epilepsia Ausencias en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (1998-2002).

Absence Epilepsy at the Hospital Nacional Cayetano Heredia (1998 – 2002)

ESPINOZA QUINTEROS Iván*, GUILLÉN PINTO Daniel**, CAMPOS OLAZABAL Patricia**, VÁSQUEZ VALENZUELA Pábel, BOTTO BONIVENTO Carlos**, RIVAS LOZÁN María*, CARO KAHN Inés*, MERA AYALA César*, BOJORQUEZ RIVERA María Teresa*, LIENDO CHOCANO María Elena*.

SUMMARY

Objectives: To describe clinical and epidemiological characteristics of absence seizures in children of Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Materials and Methods:* This is a descriptive-retrospective study. We identified patients with absence seizures who were managed in ambulatory Pediatric Neurology Office between January 1998 and December 2002. *Inclusion criteria:* clinical manifestations of absence seizures and characteristic electroencephalogram. *Exclusion:* patients with brain injuries. *Results:* We included 33 patients (6.4%). The mean age at the beginning of disease was 6.6 years, 54.5% were female and the time of disease before the diagnosis: 12.5 months. 30.3% of cases had an antecedent of family seizures and 18.2% had antecedents of adverse perinatal events. 39.4% of patients presented simple absence and 60.6% complex absence. The 36.4% had initially an asymmetric bilateral pattern on electroencephalogram that turned into symmetric pattern posteriorly. Everyone received valproic acid. Adverse effects in 6% obliged us to discontinue this medication and 12% had to receive therapy combined by lack of control of seizure. Age, sex, seizure type, EEG, familiar or perinatal antecedents, did not influence in the clinical, electroencephalographic characteristics or response to therapy. *Conclusion:* Absence seizures represent 6.4% of all the epilepsies. The mean age was 6.6 years, the familiar antecedents are present in 30.3% of the patients and perinatal adverse events in 18.2%. The complex absences with automatism are most frequent and the valproic acid is an effective treatment. The time of disease before diagnosis was 12.5 months, thereby, we recommend more diffusion at level of parents, educators and personnel of health for opportune diagnosis and control. (*Rev Med Hered 2004; 15:89-95*).

KEY WORDS: Epilepsy, absence seizures, child, disease before the diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de la epilepsia-ausencias en niños en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH). *Material y Métodos:* Estudio descriptivo-retrospectivo. Se identificaron los pacientes con diagnóstico de ausencias del Servicio de Neuropediatría atendidos desde enero de 1998 hasta diciembre del 2002. Criterios de inclusión: manifestaciones clínicas de ausencias y Electroencefalograma característico. Exclusión: pacientes con lesiones cerebrales. *Resultados:* Se incluyeron 33 pacientes (6.4% del total). La edad promedio al inicio de enfermedad fue 6.6 años, sexo femenino: 54.5% y tiempo de enfermedad antes del diagnóstico: 12.5 meses. Presentaron antecedente familiar de convulsiones 30.3% y antecedente de eventos perinatales adversos 18.2%. El 39.4% de pacientes presentó ausencias simples y 60.6% ausencias complejas. El 36.4% tuvo inicialmente un patrón electroencefalográfico bilateral asimétrico que posteriormente se tornó simétrico. Todos recibieron ácido valproico pero en 6% se tuvo que cambiar de medicación debido a efectos adversos y 12% tuvieron que recibir terapia combinada por falta de control. Edad, sexo, tipo de crisis, EEG, antecedentes familiares o perinatales, no

* Residente de Neurología Pediátrica. Hospital Nacional Cayetano Heredia.

** Médico Asistente Servicio de Neurología Pediátrica. Hospital Nacional Cayetano Heredia.

influyeron en las características clínicas, electroencefalográficas o respuesta terapéutica. **Conclusión:** Las ausencias representan 6.4% de todas las epilepsias. La edad promedio es de 6.6 años, los antecedentes familiares están presentes en 30.3% de los pacientes y los eventos adversos perinatales en 18.2%. Las ausencias complejas con automatismos son las más frecuentes y el ácido valproico es un tratamiento efectivo. El tiempo de enfermedad antes del diagnóstico fue 12.5 meses por lo cual se recomienda mayor difusión a nivel de padres, educadores y personal de salud para diagnóstico y control oportunos. (*Rev Med Hered 2004; 15:89-95*).

PALABRAS CLAVE: Epilepsia, ausencias, niños, enfermedad antes del diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

Las crisis de ausencia o *petit mal* constituyen un tipo especial de convulsiones que ocurren predominantemente en niños (1). Fueron descritas por primera vez por Poupert en 1705 y luego por Tissot en 1770 (2,4). Sin embargo, la verdadera etapa científica de la epilepsia ausencia comienza con las descripciones electroencefalográficas de Gibbs, Davis y Lennox quienes en 1935 establecieron la correlación entre la súbita y corta pérdida de conciencia con las descargas bilaterales sincrónicas y generalizadas de punta-onda, separando el entonces llamado *petit mal* auténtico de otras pérdidas de conciencia que denominaron "falsas ausencias temporales" (clasificadas actualmente como crisis parciales complejas) (2,4).

En el Perú no encontramos publicaciones que describan las características de la Epilepsia del tipo Ausencias en la población nacional. El presente entonces, es el primer trabajo que describe las características clínicas de un grupo de niños con ausencias típicas seguidos durante cinco años (1998-2002), comparándolos a su vez con la literatura mundial.

El Objetivo del presente estudio fue describir la experiencia clínica en los niños diagnosticados de ausencias en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio retrospectivo de tipo descriptivo.

Se revisó la Base de Datos de Pacientes Epilépticos del Servicio de Neuropediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el periodo comprendido entre en 1° de enero de 1998 al 31 de diciembre del año 2002.

Se identificaron los pacientes con diagnóstico de Epilepsia de tipo Ausencias y posteriormente se revisaron las fichas de datos y las historias clínicas.

Para poder describir las características nosológicas

de las ausencias se usó la última Clasificación de Epilepsia y Síndromes Epilépticos de la Liga Internacional contra la Epilepsia, por la cual las crisis de ausencia se pueden dividir en típicas (simples y complejas) y atípicas (1,2,3,10). Así, se incluyeron sólo los pacientes con ausencias típicas que cumplieron con los siguientes criterios :

1. Manifestaciones clínicas de crisis de ausencia típicas.
2. Electroencefalograma con descargas de punta-onda bilaterales a 3 Hz.
3. Diagnóstico clínico realizado por neurólogo pediatra.

Se excluyeron los pacientes que presentaron alguna de las siguientes características:

1. Existencia de otro síndrome neurológico.
2. Lesiones cerebrales, congénitas o adquiridas, confirmadas por neuroimagen.

Para cada paciente se elaboró una ficha de recolección de datos en la que se registraron las siguientes variables: Nombre, edad, sexo, antecedente familiar de ausencias, convulsión febril u otra enfermedad convulsiva, antecedentes perinatales, antecedente personal de convulsión febril, presencia de otro tipo de convulsiones asociadas, tiempo de enfermedad antes del diagnóstico, tipo del fenómeno convulsivo (parcial o complejo), resultado del test de hiperventilación, examen neurológico, tipo de EEG, estudio de imagen, diagnóstico sindrómico, tratamiento, droga utilizada, causa del fracaso al tratamiento, necesidad de politerapia.

Se definió como tiempo de enfermedad antes del diagnóstico a la duración de síntomas o intervalo transcurrido entre la primera crisis (de ausencia) y la identificación de la enfermedad como Epilepsia Ausencias.

La información recolectada se almacenó en una base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel for Windows y el procesamiento de los datos se realizó

con el programa estadístico SPSS 11.1 for Windows.

Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para el análisis de tablas cruzadas de las variables cualitativas y cuantitativas discretas. Se consideró como estadísticamente significativo un $p < 0.05$.

RESULTADOS

Durante el período del estudio se evaluaron 514 pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia de los cuales 36 fueron catalogadas como ausencias. Se excluyó un paciente con retardo mental y ataxia y otro paciente con lesiones cerebrales observadas por tomografía. No se encontró la historia clínica de un paciente quien tampoco pudo ingresar al estudio. Finalmente la población estudiada estuvo compuesta de 33 pacientes (6.4% del total de pacientes con epilepsia).

La edad promedio al inicio de enfermedad fue de 6.6 años. Los pacientes de 5 a 10 años representaron el 57.6% del total mientras que los menores de 5 años alcanzaron el 36.4%. El sexo femenino representó el 54.5% de los pacientes y el sexo masculino el 45.5%; los demás datos generales se muestran en la tabla N° 1.

El tiempo promedio de enfermedad antes del diagnóstico fue de 12.5 meses. El 66.7% de los pacientes menores de 5 años tuvieron un tiempo de enfermedad antes del diagnóstico menor de 6 meses. En el grupo de pacientes de 5 a 10 años, 68.5% tuvieron un tiempo de enfermedad mayor de 6 meses y, en el grupo de mayores de 5 años el 50% tuvo un tiempo de enfermedad menor de 6 meses e igual porcentaje tuvo un tiempo de enfermedad de 6 a 12 meses. No hubo diferencia significativa en cuanto a los diferentes grupos de edad al inicio de enfermedad con respecto al tiempo de enfermedad antes del diagnóstico (Tabla N° 2).

En cuanto al tipo de crisis 13 (39.4%) presentaron ausencias simples mientras que 20 (60.6%) tuvieron ausencias complejas. Ninguno de los pacientes presentó ausencias complejas con componente atónico, tónico o autonómico (Tabla N° 3). En cuanto al tipo de crisis por grupo etáreo; en menores de 5 años, el 50% tuvieron ausencias simples y el 50% tuvieron ausencias complejas. En los niños de 5 a 10 años 31.6% tuvieron ausencias simples y 68.4% tuvieron ausencias complejas mientras que, en los mayores de 10 años hubo igual porcentaje de pacientes con ausencias simples y complejas. No se encontró diferencia significativa en cuanto a los diferentes grupos de edad al inicio de enfermedad con respecto al tipo de crisis.

Tabla N° 1. Características generales de los pacientes pediátricos con Epilepsia Ausencias. Hospital Nacional Cayetano Heredia (1998 –2002).

Edad promedio al inicio de la enfermedad	6.6 años
Clasificación por grupo de edad	
menor de 5 años	12 (36.4 %)
de 5 a 10 años	19 (57.6 %)
más de 10 años	2 (6.1 %)
Sexo	
Masculino	15 (45.5 %)
Femenino	18 (54.5 %)
Antecedente familiar de convulsiones	10 (30.3 %)
Ausencias	2 (6.1 %)
convulsión febril	3 (9.1 %)
otras enfermedades convulsivas	5 (15.1 %)
Antecedente de eventos perinatales de importancia	6 (18.2 %)
prematuridad < 32 semanas	2 (6.1 %)
sufriamiento fetal agudo	2 (6.1 %)
toxemia severa	1 (3.0 %)
sepsis neonatal	1 (3.0 %)
Antecedente personal de convulsión febril	1 (3.0 %)

Tabla N° 2. Características clínicas de pacientes con Epilepsia Ausencias. Hospital Nacional Cayetano Heredia (1998 –2002).

Tipo de crisis	Ausencias simple	13 (39.4%)
	Ausencia compleja	20 (60.6%)
	con componente clónico	4 (12.1%)
	con automatismos	16 (48.5%)
	Tiempo de enfermedad	
antes del diagnóstico	Menos de 6 meses	15 (45.5%)
	De 6 meses a 12 meses	9 (27.3%)
	Más de 12 meses	9 (27.3%)
Electroencefalogram	Inicio simétrico	21(63.6%)
	Inicio asimétrico	12(36.4%)

Tabla N° 3. Tratamiento de pacientes con Epilepsia Ausencias. Hospital Nacional Cayetano Heredia (1998 –2002).

Tratamiento final	N° (porcentaje)
Monoterapia	29 (87.8 %)
ácido valproico	27 (81.8 %)
clonazepam	1 (3.0 %) ^a
lamotrigina	1 (3.0 %) ^b
Politerapia	4 (12.1 %)
ácido valproico + clonazepam	3 (9.1 %)
ácido valproico + acetazolamida	1 (3.0 %)
Total de pacientes	33 (100.0%)

^a Recibió clonazepam luego de reacción adversa a valproato

^b Recibió lamotrigina luego de reacción adversa a valproato y clonazepam.

Los estudios electroencefalográficos mostraron patrón generalizado de punta onda a 3 ciclos por segundo en todos los pacientes, observándose que 12 pacientes (36.4%) tuvieron al comienzo de la crisis un origen bilateral pero asimétrico que posteriormente se hizo simétrico. El electroencefalograma tuvo un inicio simétrico en 66.7% de los pacientes menores de 5 años, 57.9% en los pacientes de 5 a 10 años y 100% de los pacientes mayores de 10 años.

Sólo se realizó Tomografía Cerebral en 8 pacientes en todos los cuales dicho estudio no mostró anormalidades.

De los 33 pacientes incluidos 26 fueron sometidos al test de hiperventilación el cual fue positivo en el 100%.

Todos los pacientes iniciaron tratamiento con ácido valproico, sin embargo, 4 pacientes requirieron el uso de un anticonvulsivante adicional por no tener un adecuado control de crisis y en 2 pacientes se tuvo que cambiar la terapéutica a clonazepam debido a reacciones adversas al valproato. Finalmente, uno de estos pacientes terminó recibiendo lamotrigina por reacción adversa al valproato y posteriormente al clonazepam (Tabla N°4). El tratamiento con una sola droga fue exitoso en el 100% de pacientes menores de 5 años, 78.9% de los pacientes de 5 a 10 años tuvieron tratamiento con una sola droga y en mayores de 10 años, la monoterapia fue exitosa también en el 100% .

En los pacientes con antecedente familiar de enfermedad convulsiva el 30.8% tuvo crisis de ausencia simple y 69.2% presentaron ausencias complejas. Con respecto al EEG 69.2% de estos pacientes tuvieron un EEG de inicio simétrico y 30.8% inicio asimétrico. En cuanto al tratamiento 84.6% requirieron monoterapia.

Tabla N° 4. Características clínicas según intervalo de edad. Hospital Nacional Cayetano Heredia (1998 –2002).

	Intervalo de edad			p
	< 5 a	5 – 10 a	> 10 a	
Tiempo previo de enfermedad				
menor de 6 meses	8 (66.7 %)	6 (31.6 %)	1 (50.0 %)	
de 6 meses a 12 meses	1 (8.3 %)	7 (36.8 %)	1 (50.0 %)	0.258
más de 12 meses	3 (25.0 %)	6 (31.6 %)	0 (00.0 %)	
Tipo de crisis				
ausencia simple	6 (50.0 %)	6 (31.6 %)	1 (50.0 %)	
ausencia compleja	6 (50.0 %)	13 (8.4 %)	1 (50.0 %)	0.564
Electroencefalograma				
inicio simétrico	8 (66.7 %)	11 (57.9 %)	2 (100.0 %)	
inicio asimétrico	4 (33.3 %)	8 (42.1 %)	0 (00.0 %)	0.482
Tratamiento				
monoterapia	12 (100.0 %)	15 (78.9 %)	2 (100.0 %)	
politerapia	0 (00.0 %)	4 (21.1 %)	0 (00.0 %)	0.187
Total de pacientes	12 (100.0 %)	19 (100.0 %)	2 (100.0 %)	

De otro lado en el grupo de pacientes sin antecedente familiar de enfermedad convulsiva 45% tuvieron ausencias simples, 60% tuvieron un EEG de inicio simétrico y 90% recibieron monoterapia, evidenciándose que no hubo diferencia significativa en cuanto a la presencia o no de antecedentes familiares positivos de enfermedades convulsivas en relación a edad de inicio, tipo de crisis, tipo de EEG o necesidad de terapia anticonvulsivante combinada.

Los antecedentes personales de convulsión febril o convulsión asociada tampoco influyeron en el tipo de crisis, tipo EEG o necesidad de terapia combinada.

Dentro de los pacientes con antecedentes perinatales de eventos adversos, el 33.3% tuvieron ausencias simples, 66.7% tuvieron un EEG de inicio simétrico y 83.3% recibieron monoterapia, mientras que en el grupo de pacientes sin antecedente perinatal de importancia, 40.7% tuvieron crisis de ausencia simples 63% tuvieron EEG de inicio simétrico y 88.9% requirieron manejo con un solo anticonvulsivante. No se encontró diferencia significativa entre los pacientes que tuvieron o no antecedentes familiares de enfermedad convulsiva con respecto a las variables tipo de crisis, tipo de EEG y tipo de tratamiento.

Los pacientes con ausencias simples tuvieron EEG de inicio simétrico en 46.2% de pacientes y monoterapia en 92.3% mientras que, los pacientes con ausencias complejas tuvieron EEG de inicio simétrico en 75% de pacientes y monoterapia en 85% de los mismos. Estos porcentajes tampoco mostraron diferencias significativas.

El tipo de EEG tampoco guardó relación significativa en cuanto al tipo de tratamiento recibido, encontrándose que 18 (85.7%) de los 21 pacientes con EEG de inicio simétrico requirieron monoterapia mientras que 3 (14.3%) requirieron terapia combinada. En el grupo de pacientes con EEG de inicio asimétrico 11 (91.7%) requirieron solo monoterapia y 1 paciente (8.3%) ameritó terapia combinada.

DISCUSIÓN

Las crisis de ausencia ocurren tanto en epilepsias generalizadas de tipo idiopático como también en las epilepsias de tipo sintomático o secundarias (4). Entre las epilepsias generalizadas idiopáticas las crisis de ausencias se observan en la Epilepsia Ausencia Infantil (EAI), Epilepsia Ausencia Juvenil (EAJ) y Epilepsia Mioclónica Juvenil (EMJ). Estas epilepsias usualmente son incluidas dentro de la categoría Ausencias Típicas y por lo general, se asocian a complejos punta-onda a 3

ciclos por segundo en el EEG, comienzan y terminan en forma brusca y son de corta duración (5 - 30 segundos) (1,4,6,7,8). De otro lado, las ausencias secundarias o sintomáticas presentan un trazado EEG con complejos punta-onda más lentos (1.5-2.5 Hz) son de mayor duración, y tanto el inicio como el final de la crisis son insidiosos. Estas epilepsias usualmente corresponden a las llamadas Ausencias Atípicas (4,6,7). Los pacientes incluidos en este estudio presentaron todos Epilepsia Ausencia Típica. Dos pacientes que salieron del estudio probablemente hayan tenido Ausencias Secundarias y no se describen sus características clínicas ni epidemiológicas. El porcentaje de ausencias con respecto al total de pacientes con epilepsia es ligeramente inferior al encontrado por Panayiotopoulos quien señala un porcentaje de 10% para las ausencias (11). Aquí, cabe considerar el factor asociado a la pobre referencia hacia nuestro hospital por el desconocimiento de la naturaleza y etiología de las manifestaciones clínicas de las ausencias.

La edad promedio al inicio de enfermedad de 6.6 años y el gran porcentaje de pacientes menores de 10 años (93.9%) se correlaciona bien con los datos encontrados por Oller-Daurella quien encontró que el 89% de pacientes con ausencias en general inician el cuadro antes de los 11 años. Otros autores también encuentran valores similares en cuanto a la edad de inicio (5,6,8,9).

La similitud de los porcentajes de pacientes de ambos sexos (54.5% mujeres versus 45.5% varones) dentro del grupo de pacientes con ausencias en general, coincide con los datos de Oller-Daurella quien encontró 55% para el sexo femenino y 45% para el sexo masculino (2). Otros autores muestran un predominio mucho mayor para el sexo femenino en una relación 2 a 1 sobre todo cuando se tratan de ausencias típicas mientras que otros estudios no muestran diferencias entre sexos. La mayoría de trabajos sin embargo, coinciden en el predominio del sexo femenino el cual no se confirma con los hallazgos encontrados en nuestro estudio (5,7,8,9).

Los antecedentes familiares de enfermedades convulsivas estuvieron presentes en 30% de nuestros pacientes. En la literatura se señalan porcentajes de antecedentes familiares positivos que varían del 10% al 40% (2,4,5,7,8,9). Estas diferencias dependen obviamente de las definiciones de ausencias y antecedentes familiares positivos empleadas en estos trabajos, pero todos los autores coinciden en que la predisposición familiar existe y se manifiesta básicamente por convulsiones de tipo ausencias y

también como convulsiones Tónico Clónicas Generalizadas (*gran mal*) (2).

Encontramos antecedentes de eventos perinatales importantes en 18.2% de los pacientes. Estos antecedentes son los que se consideran que de alguna manera podrían ocasionar (no necesariamente siempre) un mayor riesgo de daño neurológico en los pacientes de tal manera que sus ausencias aunque típicas clínicamente, serían mas bien sintomáticas y secundarias a algún daño neurológico temprano. Sin embargo, la condición de prematuridad, la toxemia materna e incluso la sepsis neonatal no necesariamente producen daño neurológico. Los seis pacientes con estos antecedentes positivos tuvieron porcentajes de antecedentes familiar (33.3%), TAC normal (100% de dos pacientes), y electroencefalograma característico (66.7% con patrón típico de inicio simétrico) similares a los demás pacientes sin antecedentes de eventos adversos perinatales. No hemos encontrado datos que comparen específicamente estos antecedentes pero tenemos los datos descritos por Loiseau quien cita a Lugaresi & Volterra (1963) y Weir (1965) y refiere que entre 7 y 30% de pacientes presentan como antecedente complicaciones perinatales, trauma cerebral y enfermedades inflamatorias (5). De otro lado, llama la atención el porcentaje reducido de antecedente personal de convulsión febril (3% en nuestro estudio) que de alguna manera es similar al encontrado para la población general y que difiere de los reportes de por otros autores variando entre el 7 y 15% (2,4).

En cuanto al tipo de crisis, las ausencias típicas se pueden clasificar en ausencias simples (10%)(5,6) y ausencias complejas, estas últimas son las que se acompañan de leves y breves componentes clónicos, atónicos, tónicos, autonómicos y con automatismos.

El porcentaje encontrado en nuestra serie difiere de estos datos en el porcentaje elevado de convulsiones simples (39.4%) y por la falta de convulsiones complejas con componentes atónicos, tónicos y autonómicos probablemente relacionado con un subregistro, mala referencia anamnésica o características poblacionales.

El tiempo de enfermedad que transcurre antes del diagnóstico es una característica especial de las ausencias y a pesar de la facilidad y sencillez del mismo, llama la atención el prolongado intervalo de tiempo que transcurrió antes del diagnóstico correcto (12.5 meses)(2). Probablemente esta demora se deba a una percepción inadecuada del problema por parte de los padres y educadores, así como a una evaluación inapropiada en los establecimientos de salud periféricos

antes de su derivación al Servicio de Neuropediatría. En la literatura no hemos encontrado trabajos que muestren datos sobre esta variable, pero es una característica que debe destacarse por el impacto en el rendimiento escolar y en la salud del niño.

El EEG muestra por lo general paroxismos generalizados de complejos punta-onda con predominio frontal bilateral y a una velocidad que varía entre 2.5 y 6 Hz (mayormente 3 Hz). La actividad electroencefalográfica de fondo o intercrítica es normal (2,4,6). Todos nuestros pacientes tuvieron estas características, los pacientes que presentaron un inicio asimétrico pasaron rápidamente a mostrar el patrón bilateral característico de complejos punta-onda y el EEG terminó en forma simétrica también.

Las crisis de ausencia típicas por lo general tienen buen pronóstico y se controlan bien con un anticonvulsivante (2,4). En nuestra serie, el ácido valproico como monoterapia fue eficaz en el 82% de pacientes y en 2 pacientes (6%) no pudo utilizarse debido a efectos adversos de tipo alérgico. En ninguno de los pacientes se evidenciaron efectos de toxicidad hepática que es su mayor peligro. Sólo 12% de pacientes necesitaron combinar el ácido valproico con otro medicamento para un adecuado control de las crisis. La eficacia del ácido valproico es similar a la encontrada en la literatura (12,13).

El ácido valproico y la etosuximida son efectivas en el control de las crisis de ausencias (4), no hemos encontrado diferencias en cuanto a la ventaja de iniciar tratamiento con uno de estos fármacos. Callaghan y colaboradores encuentran en pacientes con ausencias típicas una eficacia de 86% para el ácido valproico y 85% para etosuximida, mientras que Martinovic, en niños entre 4 y 8 años, encuentra 70% de eficacia para el ácido valproico y 80% para etosuximida (12,13). Sin embargo, las dificultades en cuanto a la disponibilidad de la etosuximida en el país no permiten tenerlo como primera elección. Cabe recordar que la eficacia de la etosuximida es muy reducida cuando la epilepsia ausencia se acompaña de convulsiones tónico clónicas generalizadas. Otros fármacos como la lamotrigina, el topiramato, el clonazepam y la vigabatrina también han demostrado eficacia en este tipo de epilepsia y son actualmente medicamentos de segunda línea (4).

Varios autores muestran que cuando la epilepsia ausencia empieza entre los 4-8 años el pronóstico en

cuanto a la respuesta al tratamiento y la desaparición de las crisis es favorable con respecto al grupo de inicio tardío (1,7-9). Nosotros no encontramos tal diferencia aunque es preciso considerar que la población estudiada es reducida.

Finalmente, cabe mencionar que este estudio confirma lo observado en investigaciones previas realizadas en el extranjero, y sirve para resaltar la importancia de implementar un diagnóstico precoz de esta entidad que reduzca los efectos de la misma sobre la escolaridad y la salud infantil.

Correspondencia:

Iván Espinoza Quinteros.

Calle Inti 151, Chorrillos.

Teléfono: 9859-9338

Correo electrónico: ivespinoza@universia.edu.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Campos P. Epilepsia en el Niño. *Rev Per Neurol* 1995;1(1):28-31.
2. Oller-Daurella L, Oller LF. Revisión de la epilepsia generalizada idiopática: epilepsia ausencias. *Rev Neurol* 1998;27(155):125-132.
3. Henriksen O. Classification of seizures and epilepsies. En: Wallace S, eds. *Epilepsy in Children*. London: Chapman & Hall 1996;143-152.
4. Segan S. Absence Seizures. [Sitio en internet] eMedicine World Medical Library. Disponible en : <http://www.emedicine.com/neuro/topic3.htm> Visionado el 12 de diciembre de 2001.
5. Loiseau P. Childhood absence epilepsy. En: Roger J, et al, eds. *Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence*. London: John Libby & Co 1992;132-150.
6. Herranz JL. Sugerencias a la nueva clasificación de las crisis epilépticas. *Rev Neurol* 1998;26(152):598-600.
7. Michelucci R, Tassinari CA. Childhood Absence Epilepsy. En: Wallace S, eds. *Epilepsy in Children*. London: Chapman & Hall 1996;277-286.
8. Panayiotopoulos CP. Juvenile Absence Epilepsy. En: Wallace S, eds. *Epilepsy in Children*. London: Chapman & Hall 1996;325-332.
9. Panayiotopoulos CP. Juvenile Myoclonic Epilepsy. En: Wallace S, eds. *Epilepsy in Children*. London: Chapman & Hall 1996;333-347.
10. Commission on classification and terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*. 1989;30:389-99.
11. Panayiotopoulos CP. Treatment of typical absence seizures and related epileptic syndromes. *Paediatr Drugs* 2001;3:379-403.

12. Callaghan N, O'Hare J, O'Driscoll D, et al. Comparative study of ethosuximide and sodium valproate in the treatment of typical absence seizures (petit mal). *Dev Med Child Neurol* 1982;24:830-836.
13. Martinovic Z. Comparison of ethosuximide with sodium valproate as monotherapies of absence seizures. In: Parsonage M, et al. *Advances in Epileptology: 14th Epilepsy International Symposium*. New York: Raven Press, 1983:301-305.

Fecha de Recepción : 27-Junio-2003

Fecha de Aceptación: 5-Abril-2004