

MEDICAL OVERVIEW

Acceso privado

Epilepsia: evaluación, diagnóstico y manejo clínico actual

Annals of Internal Medicine. 2025

DOI: 10.7326/ANNALS-25-00494.

Equipo especializado clínico Check Medicine

Ultraresumen Epilepsia: Diagnóstico y Manejo

Condiciones que simulan crisis epilépticas

Simulador de crisis	Claves clínicas para diferenciación
Episodios de ira (niños/adolescentes)	Reacciones desproporcionadas a estímulos menores; agresividad; duración <30 min; no hay semiología epiléptica.
Tics	Movimientos rápidos, repetitivos, suprimibles; pueden ser simples o complejos; no hay alteración de conciencia.
Trastorno de conducta en sueño REM	Movimientos durante el sueño, típicamente al final de la noche; el paciente "actúa sus sueños"; no recuerda el evento.
Movimientos periódicos de piernas en sueño	Flexión repetitiva de pies/tobillos/caderas; se resuelve al despertar.
Taquicardia postural ortostática / intolerancia ortostática	Mareos, visión borrosa, dolor torácico o abdominal al ponerse de pie; mejora al recostarse.
Ataques de pánico	Inicio brusco de miedo intenso, disnea, palpitaciones, parestesias; duración minutos; cognición preservada; sin confusión postevento.
Narcolepsia / cataplexia	Somnolencia excesiva; cataplexia desencadenada por emociones; alucinaciones hipnagógicas; parálisis del sueño.
Migraña con aura	Aura visual o sensorial progresiva; duración más larga que una crisis; síntomas recurrentes y estereotipados.
Crisis psicógenas no epilépticas (PNES)	Episodios prolongados (15–30 min), movimientos asimétricos o bizarros, preservación parcial de conciencia, sin fase postictal clara; diagnóstico con video-EEG.
Disquinesia paroxística kinesigénica	Movimientos anormales <1 min desencadenados por movimiento voluntario; conciencia intacta.
Ataxia episódica (autosómica dominante)	Ataxia cerebelosa breve por estrés, emoción o enfermedad; puede haber nistagmo y náuseas.
Ataques isquémicos transitorios (adultos)	Déficits neurológicos negativos (pérdida de función) que resuelven en <24 h; síntomas más prolongados que una crisis; no hay postictal típico.
Síncope vasovagal (cualquier edad)	Desencadenado por dolor, postura o estrés; pródromo: mareos, calor, palidez, visión borrosa; puede haber mioclonías breves; recuperación rápida.
Síncope cardiogénico – QT largo	Pérdida súbita de conciencia con palidez o atonía; desencadenado por ejercicio, sobresalto o inmersión en agua; antecedente familiar positivo.
Síncope neurogénico (Chiari, quiste del III ventrículo)	Cefalea + síntomas sensoriales antes del colapso; empeoran al pujar o con maniobra de Valsalva.

Fármacos antiepilépticos (ASMs): indicaciones, efectos adversos y precauciones

Fármaco	Uso clínico	Efectos adversos relevantes	Precauciones/Notas clave
Brivaracetam	Crisis focales (evidencia clase I).	Somnolencia, mareos, irritabilidad.	Puede mejorar conducta en pacientes con irritabilidad por levetiracetam.
Carbamazepina	Focales (muy eficaz). No útil en ausencias ni mioclónicas.	Náuseas, diplopía, ataxia, hiponatremia.	Riesgo de aplasia medular (raro). Interacciones CYP muy importantes.
Cannabidiol	Síndromes epilépticos graves (Lennox-Gastaut, Dravet).	Somnolencia, diarrea, ↓ apetito.	Interacciones importantes con valproato.
Cenobamato	Eficaz en crisis focales refractarias.	Somnolencia, diplopía, riesgo de DRESS.	Semivida larga; titulación muy lenta para evitar toxicidad.
Clobazam	Lennox-Gastaut / coadyuvante.	Somnolencia, ataxia, irritabilidad.	Riesgo de dependencia; retirar lentamente.
Eslicarbazepina	Focales.	Mareos, somnolencia, visión borrosa.	Menor interacción con CYP que carbamazepina. Puede causar hiponatremia.
Ethosuximida	Primera línea en ausencias.	Dolor abdominal, náuseas, irritabilidad.	Puede causar psicosis o lupus raro. No sirve para otros tipos de crisis.
Felbamato	Lennox-Gastaut refractario.	Insomnio, irritabilidad.	Riesgo grave de aplasia medular y hepatitis fulminante → uso muy restringido.
Gabapentina	Focales (evidencia modesta).	Mareos, sedación, edema periférico.	No interacciones farmacológicas significativas.
Lacosamida	Focales.	Mareos, náuseas, somnolencia.	Puede prolongar PR → evitar en bloqueo AV, cardiopatía.
Lamotrigina	Focales, generalizadas tónico-clónicas. Útil en ausencias.	Rash, riesgo de Stevens-Johnson si titulación rápida.	Ideal en embarazo. Interacción con valproato (sube niveles).
Levetiracetam	Focales, generalizadas (amplio espectro).	Irritabilidad, somnolencia, ansiedad, depresión.	Eliminación renal; casi sin interacciones. Primera línea práctica.
Oxcarbazepina	Focales.	Hiponatremia, somnolencia, diplopía.	Menos interacciones que carbamazepina. Puede empeorar ausencias/mioclonías.
Perampanel	Focales y tónico-clónicas generalizadas.	Mareos, irritabilidad, agresividad.	Advertencia FDA por conducta agresiva. Semivida larga.
Phenobarbital	Focales, tónico-clónicas.	Sedación, depresión, ↓ densidad ósea.	Inductor potente CYP; evitar en embarazadas.
Fenitoína	Tónico-clónicas y focales.	Nistagmo, ataxia, hiperplasia gingival, neuropatía.	Farmacocinética no lineal. Teratogénico. Arritmias IV.
Pregabalina	Focales (eficacia modesta).	Aumento de peso, edema, somnolencia.	Riesgo de abuso en dosis altas.
Rufinamida	Lennox-Gastaut.	Náuseas, mareos, somnolencia.	Acorta QT; evitar en cardiopatías.
Tiagabina	Focales.	Somnolencia, confusión, temblor.	Puede inducir crisis en no epilépticos → evitar uso off-label.

Topiramato	Focales, generalizadas tónico-clónicas, Lennox-Gastaut.	Alteración cognitiva ("slowed thinking"), pérdida de peso, parestesias.	Riesgo de litiasis renal y glaucoma. Teratogénico.
Ácido valproico	Amplio espectro: focales, generalizadas, ausencias, mioclónicas.	↑ peso, alopecia, temblores, trombocitopenia, hiperamonemia.	Altamente teratogénico , contraindicado en embarazo. Aumenta riesgo de pancreatitis.
Vigabatrina	Espasmos infantiles, crisis focales refractarias.	Sedación, irritabilidad.	Riesgo de pérdida permanente del campo visual → requiere monitoreo.
Zonisamida	Focales, generalizadas (cierta evidencia).	Somnolencia, pérdida de peso, cálculos renales.	Alergia a sulfas, acidosis metabólica, evitar en niños pequeños.



TABLA DE BOLSILLO — Epilepsia: Diagnóstico y Manejo

Área	Puntos esenciales
Definición ILAE 2014	≥2 convulsiones no provocadas o 1 convulsión con riesgo ≥60% a 10 años o síndrome epiléptico.
Epidemiología	Prevalencia 1–2%. Riesgo de vida de convulsión ≈10%. Riesgo de recurrencia: 21–45% tras 1 convulsión; ≈73% tras 2. Mortalidad ×2. SUDEP: 1/1000/año .
Clasificación de crisis	Focales (con o sin alteración de conciencia, pueden generalizarse). Generalizadas : ausencias, mioclónicas, tónicas, clónicas, atónicas, tónico-clónicas.
Causas y factores de riesgo	Provocadas : alteraciones metabólicas, tóxicos, abstinencia, infecciones, ACV agudo, hipoxia. Riesgo de epilepsia : convulsiones febriles, historia familiar, infecciones previas del SNC, ACV/tumor/TEC previo, prematuridad, injuria perinatal, discapacidad intelectual, genética. Desencadenantes : privación del sueño, fiebre, estrés, infecciones, luces, hiperventilación, cambios hormonales.
Imitadores (diagnóstico diferencial)	Síncope, TIA, migraña, PNES (requiere video-EEG), trastornos del movimiento, vértigo.
Evaluación inicial	Historia + testigo = clave diagnóstica . Examen físico neurológico. Labs: glucosa, Na, Ca, Mg, P, BUN/Cr, hepáticas, tóxicos, alcohol, hemograma, embarazo. PL si fiebre/rigidez nuca/inmunosupresión.
Imágenes y EEG	RM preferida; TC en urgencia. EEG para todos : rEEG (30–50% sensibilidad), aEEG (+26% rendimiento), cEEG = gold standard. Video-EEG confirma PNES.
Primera convulsión	Hacer: labs completos, PL según criterios, EEG, TC/RM, considerar HIV. No iniciar ASM rutinariamente.
Convulsión de ruptura	Labs + niveles de ASM; EEG si no vuelve a línea basal; neuroimagen solo si cambio clínico. Buscar: infección, privación de sueño, adherencia.
Cuándo iniciar ASM	Epilepsia establecida o riesgo ≥60%: EEG anormal, lesión estructural, crisis nocturnas, historia previa inadvertida. Iniciar tras 1 crisis no mejora remisión a 3 años.
ASMs preferidos	Levetiracetam, Lamotrigina, Zonisamida . Mayores de 60 años: Lamotrigina, Gabapentina.
Si falla el primer ASM	Añadir otro con mecanismo distinto o hacer cross-taper.
Efectos adversos de ASMs	Fatiga, ataxia, diplopía, disartria, enlentecimiento cognitivo. Reducir: titulación lenta, tomar con comida.
Dispositivos implantables	VNS : epilepsia focal refractaria; efectos: ronquera, disnea. RNS : detecta actividad ictal y estimula; riesgos: hemorragia, infección.
Cirugía	Indicar en epilepsia farmacorresistente (falla ≥2 ASMs). Resultados mejores si se indica temprano.
Situaciones especiales	Cáncer/VIH : evitar inductores (CBZ, PHT, PB), preferir Levetiracetam. Embarazo : Lamotrigina y Levetiracetam; monitorizar niveles; DIU preferido. Lactancia segura .
Comorbilidades	Psiquiátricas : depresión/ansiedad 20–30%. Cognitivas : frecuentes en epilepsia temporal. Endocrinas : SOP; ↓ testosterona con inductores. Óseas : riesgo con PHT, CBZ, PB, VPA.
Seguridad y SUDEP	Ahogamiento ×10; evitar alturas; supervisión al nadar. SUDEP: riesgo ↑ con crisis tónico-clónicas frecuentes, nocturnas, mala adherencia, vivir solo.
Retiro de ASM	Considerar si ≥2 años sin crisis; individualizar según riesgo, empleo y conducción.
Cuándo derivar	Diagnóstico incierto, sospecha PNES, necesidad de EEG avanzado, falla ≥2 ASMs, embarazo, comorbilidades complejas, candidatos a cirugía/VNS/RNS.