

ANTECEDENTES

Se considera que dentro de los trastornos neurológicos crónicos, la epilepsia es la más común en los servicios de salud. Algunos estudios indican que en el mundo existen cerca de 50 millones de personas afectadas por epilepsia, o aproximadamente 1 de cada 150 habitantes.^{1,2}

Los trastornos epilépticos se acompañan de diversas comorbilidades, esto es más específico en la epilepsia infantil (riesgo incrementado de trastornos de conducta y emocionales comparados tanto en pacientes sanos como en pacientes con enfermedades crónicas que no afectan el sistema nervioso central).³

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es actualmente una de las entidades crónicas más frecuentes diagnosticadas en neurología infantil y constituye uno de los cuadros mórbidos de mayor prevalencia en el niño y el adolescente. Su frecuencia varía, según la mayoría de las estadísticas, del 3 al 10%, aunque hay descripciones que reportan hasta 17.1%⁴ y otras con una variabilidad entre el 10 y 20%⁵ cuando se basaban en la observación de los síntomas en un momento determinado, pero sin una confirmación diagnóstica precisa.

El TDAH se caracteriza por falta de atención y grados de impulsividad e hiperactividad, y forma combinada; modifican la estructura de la personalidad y el conocimiento en aquellos que presentan estos síntomas. Son factores de riesgo: nacimiento prematuro o de bajo peso al nacer (menos de 3 kg) y asociación con otros padecimientos (conducta desafiante, agresividad y trastornos epilépticos).⁶

Múltiples factores pueden afectar la atención y la modulación del impulso y la modulación física en los pacientes pediátricos epilépticos y su reconocimiento repercute en los diferentes apoyos terapéuticos que necesitan.⁷⁻⁸

Una gran variedad de enfermedades pueden cursar con falta de atención o hiperactividad; v.g., la epilepsia.^{9,10,11,17,18} Se ha reportado comorbilidad entre TDAH y epilepsia entre 20 y 30% de casos, siendo el subtipo inatento (TDAH-I) el descrito con más frecuencia, a diferencia de la población general en la cual hay el subtipo combinado (TDAH-C) cuyo predominio es de 54 a 70%.^{12,13,14,15,16}

Diferentes factores aumentan el riesgo de TDAH en los pacientes pediátricos con epilepsia^{12,24,26,27} especialmente en 5 aspectos: demográficos, neurológicos, tipo de crisis epilépticas, aspectos psicosociales y efectos de los medicamentos antiepilépticos.

Existen básicamente 2 formas de ver la asociación entre estos trastornos. Por un lado, la relación entre el TDAH y la epilepsia,¹⁵⁻²² y por otro, los problemas de atención de los pacientes epilépticos.^{8,16,19,20,21}

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez se ha reportado porcentajes bajos, incluso alrededor de 1% del número de pacientes con TDAH, que presentaban anomalías epilépticas en el electroencefalograma sin correlación clínica.

Sin embargo, no hay estudios que determinen que los pacientes pediátricos diagnósticos recientemente de epilepsia presenten

o puedan desarrollar TDAH, que es la razón fundamental de la realización de este estudio.

MATERIALES Y METODOS

Se procedió a evaluar pacientes con epilepsia de reciente diagnóstico con un seguimiento prospectivo a 6 meses. Se estableció desde el inicio si existían criterios de TDAH y midió los factores biológicos y aquellos asociados para el desarrollo del TDAH. Se estudió pacientes de ambos sexos entre 4 y 16 años de edad, en la consulta externa del Departamento de Neurología durante el período comprendido entre octubre de 2011 y abril de 2012. Se completó los estudios correspondientes de epilepsia (EEG, RMN de cerebro); además, mediante el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DMS-IV, se determinó si los pacientes con epilepsia de reciente diagnóstico presentaban criterios de TDAH; asimismo, se estableció las variables de peso, talla y perímetro cefálico para la edad, para determinar si hay relación ponderal y considerar como factor de riesgo adicional en la aparición de TDAH en pacientes con epilepsia de reciente diagnóstico.

De manera abierta, se inició la administración de fármacos antiepilépticos (FAE) (ácido valproico o carbamazepina a dosis iniciales de 30 mg/kg/día) y controles subsecuentes para establecer el control de los eventos epilépticos; y en el caso de no controlar sus episodios epilépticos, incrementar sus dosis. Se realizó un seguimiento clínico cada 3 meses, evaluando el padecimiento de base (epilepsia) y síntomas asociados como, disfunción en la atención, memoria, agilidad mental y procesamiento de la información, los cuales podrían estar asociados a la epilepsia per se o a los efectos secundarios de los FAE.

RESULTADOS

Se evaluó un total de 32 pacientes, 20 de sexo masculino (62.5%) y 12 femenino (37.5%). Edad promedio: 10 años (rango: 4 a 16 años). Etiología de la epilepsia: la sintomática y la idiopática representaron el 37.5%, y la probablemente sintomática el 25%; de igual manera, las crisis parciales alcanzaron 60% comparadas con las generalizadas (40%) (**Tabla 1**). El tipo de crisis epiléptica más frecuente en los varones fueron las crisis parciales en comparación con el grupo femenino en el cual se observó una mayor frecuencia de epilepsia generalizada.

Los motivos de consulta principales fueron los eventos epilépticos; sin embargo, de manera intencionada se procedió a identificar síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad a través de los requisitos clínicos propuestos por el Manual DMS-V, para el diagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se encontró que, de los 32 pacientes evaluados, 13 tenían manifestaciones clínicas de TDAH (**Figura 1**), y de éstos el 76% correspondía al subtipo inatento y 16% al subtipo combinado; de manera esperada todos fueron del sexo masculino.