

EPILEPSIA: NUEVA CLASIFICACIÓN (ILAE 2001). ESTUDIO COMPARATIVO CON ILAE 1981 Y 1989

José Luis Bustos Sánchez MD*, Ramón Quintero Almenárez MD**, Jorge Apolinar Eslava Cobos MD***, Daniel Nariño González MD****

Resumen

La Liga Internacional Contra la Epilepsia propuso una nueva clasificación de la epilepsia en el año 2001, soportada en cinco ejes que reflejan los hallazgos hasta ahora conocidos. Se informan los resultados de su aplicación en los pacientes que acuden a consulta de neurología del Hospital de San José de Bogotá D.C. Se trata de un estudio observacional descriptivo prospectivo. Fueron incluidos 95 casos, observando la mayor frecuencia de presentación de la primera crisis en el rango de 10 a 20 años, de los cuales 98,9% se presentaron con epilepsia activa. La coincidencia entre la semiología ictal (eje 1) y el tipo de crisis (eje 2) fue del 87,4%. El síndrome epiléptico (eje 3) fue parcial en 31,6% y generalizado en 64,2% de los casos. La etiología (eje 4) más identificada correspondió a anomalías cromosómicas en 29,5% y no se reconoció en 41,1%. Al evaluar el grado de afectación del sujeto (eje 5) con el cuestionario QOLIE-31, su aplicación permitió cuantificar la calidad de vida y consideramos que su uso permitiría optimizar el manejo de los enfermos. En general la mayoría pudieron ser categorizados con esta propuesta de clasificación en forma similar a cuando se aplicaron las dos clasificaciones previas ILAE 1981 y 1989.

Palabras clave: epilepsia, clasificación de epilepsia, crisis epilépticas, síndromes epilépticos, calidad de vida en epilepsia.

Abreviaturas: ILAE, liga internacional contra la epilepsia.

NEW CLASSIFICATION OF EPILEPSIES (ILAE 2001) A COMPARATIVE STUDY OF THE 1981 AND 1989 ILAE CLASSIFICATIONS

Abstract

The new classification of epilepsies proposed by the International League Against Epilepsy [ILAE] in 2001 is supported on five axis which reflect the findings known to date. This paper reports the results obtained when applied at the Neurology Clinic at the San José Hospital in Bogotá D.C. Ninety-five patients were enrolled in this descriptive observational prospective study. The first seizure was most commonly observed in the age range 10 to 20 years of which 98.9% presented with active epilepsy. An inter-axial accordance of 87.4% between ictal phenomenology (axis 1) and seizure type (axis 2) was identified. The epileptic syndrome (axis 3) was partial in 31.6% and generalized in 64.2%. The most common etiology (axis 4) corresponds to chromosomal abnormalities in 29.5% and was nonspecific in 41.1%. When assessing the degree of impairment caused by the epileptic condition (axis 5), health-related quality of life could be surveyed by applying the QOLIE-31 questionnaire, and we considered this would favor an optimized management of the patients. Overall, most patients could be categorized with this type of classification similarly to when the two previous classifications (ILAE 1981 and 1989) were applied.

Key words: epilepsy, classification of epilepsy, epileptic crisis, epileptic syndromes, health-related quality of life in epilepsy.

Fecha recibido: septiembre 4 de 2008 - Fecha aceptado: diciembre 11 de 2008

* Residente IV neurología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia.

** Residente IV neurología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia.

*** Profesor Asociado, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia.

**** Instructor Asociado, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia. Servicio de Neurología del Hospital de San José - División de Investigaciones.

Introducción

La epilepsia es uno de los cinco principales trastornos neurológicos identificados en la población colombiana, con una prevalencia del 1,3%.¹ Al ser un trastorno con amplio espectro de presentación, es necesario hablar en términos de una nomenclatura que sea clara para todos. Como en muchas otras áreas de la medicina, según se va avanzando en el conocimiento de la enfermedad surgen nuevas clasificaciones que además de permitirnos un idioma común, ayudan a ordenar los conocimientos actuales para poderlos aplicar al paciente y definir tratamiento y pronóstico. Por lo tanto, debe existir una retroalimentación continua entre quienes las elaboran y los que las usan, para garantizar su eficiencia y utilidad en la práctica, a fin de mantenerlas vigentes o en caso de ser necesario remplazarlas o modificarlas. Dentro de la evolución de las clasificaciones de la epilepsia, en el año 2001 la ILAE propuso una nueva clasificación en la que se buscó incluir nuevos hallazgos, llevando una secuencia que se inicia con la semiología ictal (eje 1), a partir de ésta se identifica el tipo de crisis (eje 2), luego asociando el contexto de presentación junto a los exámenes complementarios se identifica un síndrome epiléptico (eje 3) al igual que se procura reconocer su etiología (eje 4) y por último adiciona una evaluación de la afectación del sujeto (eje 5) que padece la enfermedad.²

Se realizó un estudio que describe los resultados de la aplicación de la actual propuesta de clasificación de la epilepsia (ILAE 2001), para reconocer sus limitantes y fortalezas comparándolas con las clasificaciones predecesoras (ILAE 1981³ e ILAE 1989⁴).

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, prospectivo, en pacientes atendidos en la consulta de epilepsia del Hospital de San José de Bogotá D.C., Colombia en un período de seis meses entre abril y septiembre de 2006. Se incluyeron aquellos con diagnóstico definitivo de epilepsia hecho por un especialista en neurología, para lo cual usamos la definición vigente al momento del diseño del estudio, que requería la presencia de dos o más crisis no provocadas. La información fue recolectada en un formato diseñado para tal fin y las

variables incluidas fueron: sexo, edad al momento de la consulta, edad a la primera crisis, presencia de convulsiones en los últimos cinco años (denominada para el estudio como epilepsia activa), coincidencia de la semiología ictal (eje 1 de la clasificación de la ILAE 2001) con el tipo de crisis (eje 2 ILAE 2001), tipo de crisis según ILAE 2001 y 1981, tipo de síndrome epiléptico ILAE 2001 y 1989, etiología (eje 4 ILAE 2001) y los pacientes que cumplieran los prerrequisitos y que lo aceptaran responderían el cuestionario QOLIE-31⁵ que se usaría para la evaluación de la afectación del paciente por la epilepsia (eje 5 ILAE 2001). Los pacientes que requirieran exámenes adicionales luego de hecho el diagnóstico de epilepsia, tendrían hasta seis meses después de su ingreso para aportarlos, en caso contrario saldrían del estudio. Como una forma de garantizar la calidad de los datos se realizó una confrontación entre los recolectados por los investigadores y los registros de las historias clínicas. Para la tabulación y análisis se usó el programa *Excel*. El cuestionario QOLIE-31 (del inglés, Quality of Life in Epilepsy Inventory) mide la calidad de vida para seguimiento y tiene 31 preguntas que evalúan siete aspectos diferentes y del cual se genera un puntaje global de 0 a 100, en donde se interpreta que a mayor puntaje mejor calidad de vida. Se usó la versión validada a español y que fue aportada por los autores.⁶

Resultados

Ingresaron 95 pacientes al estudio, 45 hombres (47,4%) y 50 mujeres (52,6%), con edad al momento de la consulta (**Figura 1**) entre 12 y 83 años; promedio de 30,2 años y desviación estándar de 15,7. Dentro de las variables clínicas analizamos la edad en la primera crisis (**Tabla 1**), donde se destaca una mayor frecuencia de presentación entre diez y veinte años y la actividad de la epilepsia (activa significa la presencia de al menos una crisis dentro de los últimos cinco años), con 94 casos de epilepsia activa (98,9%).

Al describir los resultados de la clasificación ILAE 2001, evaluamos la coincidencia entre la semiología ictal (eje 1) comparada con el tipo de crisis (eje 2) (**Tabla 2**) con una coincidencia del 87,4% entre estos dos ejes, en 4,2% no la hubo y en 8,4% la semiología fue desconocida. Los cuatro casos en los que no hubo coincidencia

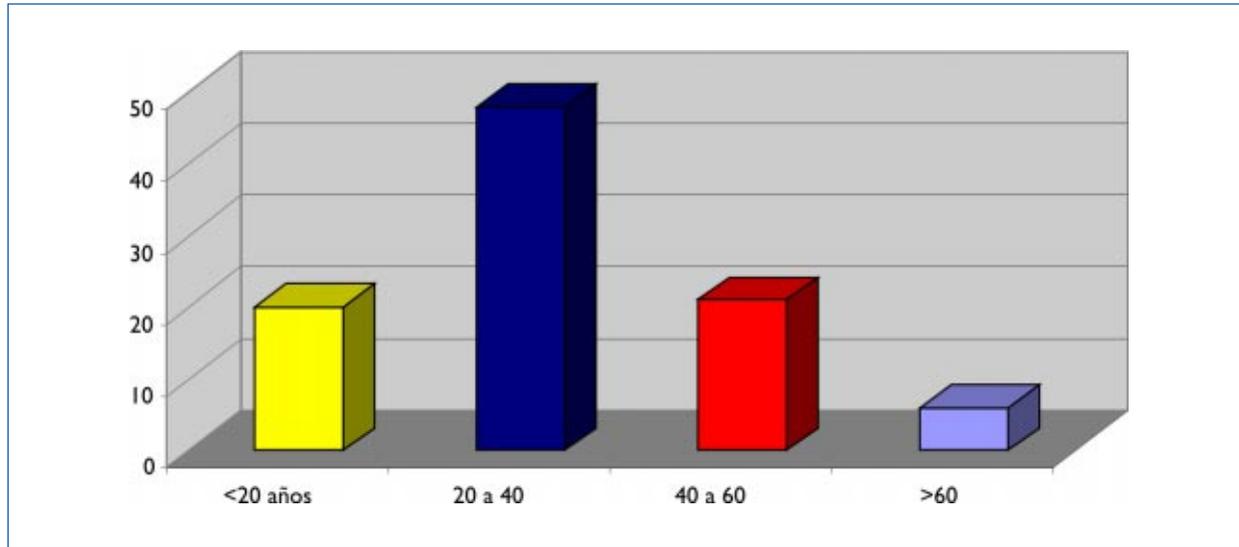


Figura 1. Edad al momento de consulta.

Tabla 1. Edad a la primera crisis

Edad primera crisis	Frecuencia (n)	Porcentaje
<10 años	18	18,9
10 a 20	47	49,5
20 a 30	9	9,5
30 a 40	8	8,4
40 a 50	5	5,3
≥50	8	8,4

Tabla 2. Coincidencia ejes 1 y 2

Coincidencia eje 1 y 2	Frecuencia
Coincidencia	83
No coincidencia	4
Semiología desconocida	8

correspondieron a crisis parciales complejas cuyo tipo no existe en el eje 2 de ILAE 2001. Los ocho casos con semiología desconocida, corresponden a aquellos sin información por parte del paciente ni de sus acompañantes para poder describir la crisis y asignarla en una categoría específica.

En el tipo de crisis (eje 2) (**Tabla 3**) de ILAE 2001, 56,8% correspondieron a crisis focales, 30,5% a generalizadas y 12,6% fueron no clasificables, donde se agruparon tanto las no existentes en este eje como aquellas en las que la semiología se desconocía. En el eje 3 (**Tabla 4**) que corresponde al tipo de síndrome epiléptico, 64,2% fueron parciales, 31,6% generalizados y 4,2% no determinados como generalizados ni parciales. La **Tabla 5** describe la distribución de la frecuencia de la etiología de las epilepsias según el eje 4. La etiología denominada anomalías cromosómicas corresponde a la totalidad de los pacien-

Tabla 3. Tipo de crisis eje 2 ILAE 2001

Tipo de crisis eje 2 ILAE 2001	Subgrupos	Frecuencia	Totales
Crisis generalizadas	Ausencias típicas	9	29
	Mioclónicas	19	
	Atónicas	1	
Crisis focales	F simple síntomas sensitivos específicos	1	54
	F simple signos motores clónicos	3	
	Secundariamente generalizadas	50	
No clasificable	Crisis no existente en eje 2	4	12
	Semiología desconocida	8	

Tabla 4. Síndromes epilépticos eje 3 ILAE 2001

Síndromes ILAE 2001 eje 3	Subgrupos	Frecuencia	Total
Síndromes generalizados	Síndrome Lennox Gastaut	2	30
	Epilepsia ausencia juvenil	9	
	Epilepsia mioclónica juvenil	19	
Síndromes parciales	Parcial sintomática o probable/sintomát.	57	61
	Esclerosis mesial temporal	2	
	Epilepsia límbica otra etiología	2	
Síndromes no determinados	No definida	4	4

Tabla 5. Etiología eje 4

Etiología	Frecuencia	Porcentaje
Anomalías corticales del desarrollo	1	1,1
Tumores	1	1,1
¿Anomalías cromosómicas?	28	29,5
Encefalopatías no progresivas	15	15,8
Infección postnatal	3	3,2
Otros factores postnatales	8	8,4
No identificada	39	41,1

tes incluidos en los síndromes idiopáticos generalizados con fenotipo variable partiendo de la presunción conocida de su componente genético.

Al evaluar el eje 5 de ILAE 2001 aplicamos el cuestionario QOLIE-31 a 50 pacientes, los demás no aceptaron responderlo o no cumplían con los criterios. Los resultados dan un valor mínimo de 27,57 y un valor máximo de 86,12 con un promedio de 57,22 y una desviación estándar de 15,92. La aplicación de ILAE 1981 resultó en un 61,1% de crisis parciales, 30,5% generalizadas y 8,5% no clasificadas (**Tabla 6**). El resultado de la aplicación ILAE 1989 (**Tabla 7**) fue: síndromes parciales 64,2%, generalizados 31,6% y no determinados 4,2%.

Discusión

Las características de la población estudiada muestran una frecuencia de epilepsia similar en ambos sexos, con un mayor pico de presentación entre diez y veinte años, en parte porque los síndromes epilépticos generalizados con fenotipo variable tienen su mayor incidencia en es-

tas edades, aparte de los sumados por la presentación de los síndromes focales en todos los rangos de edad.

Un hallazgo relevante dentro de las características clínicas de nuestros pacientes fue la presentación de epilepsia activa en casi la totalidad de la muestra excepto en un caso. Uno de los principales objetivos en el tratamiento de la epilepsia es llevar al paciente a cero crisis, aspecto que según los datos presentados no se cumple. A la luz de los conocimientos actuales el neurólogo en la práctica es consciente de este objetivo, pero existen dificultades para brindar una adecuada información a los pacientes en cuanto a factores desencadenantes de crisis y a pronóstico. También existe alguna falta de introspección de la enfermedad por parte del paciente y en casos puntuales la población adolescente no acepta su enfermedad rehusando el cumplimiento terapéutico, y la población anciana y con déficit cognitivo que no tiene un adecuado soporte familiar incumple su tratamiento; además, influye la oportunidad en la consulta de los pacientes epilépticos dentro del sistema de salud, que puede trastornar la continuidad de las metas terapéuticas.

Tabla 6. Clasificación de la ILAE 1981 (tipo de crisis)

Tipo de crisis ILAE 1981	Subgrupos	Frecuencia	Total
Parciales	P simples motoras	3	58
	P simple somatosensoriales	1	
	P complejas seguida de compromiso conciencia	2	
	P complejas compromiso conciencia desde inicio	2	
	P secundariamente generalizadas	50	
Generalizadas	Ausencias	9	29
	Mioclónicas	19	
	Atónicas	1	
No clasificadas	No clasificadas	8	8

Tabla 7. Clasificación ILAE 1989 (síndromes epilépticos)

Síndromes epilépticos ILAE 1989	Subgrupos	Frecuencia	Total
Parciales	Parcial sintomática	25	61
	Sintomática temporal	8	
	Sintomática frontal	2	
	Criptogénica	26	
Generalizados	Epilepsia ausencia juvenil	9	30
	Epilepsia mioclónica juvenil	19	
	Síndrome Lennox Gastaut	2	
No determinados	No determinado	4	4

Al describir los resultados de la aplicación de la clasificación ILAE 2001 encontramos una coincidencia entre la semiología ictal (eje1) y el tipo de crisis (eje 2) del 87,9% y es probable que hubiera aumentado con mayor tiempo de seguimiento, pues habría permitido clasificar aquellos casos donde no teníamos semiología ictal descrita. La falta de coincidencia entre estos ejes se debió a aquellas crisis parciales que cursan con pérdida de contacto (crisis parciales complejas) debido a que éstas no aparecen tipificadas en la actual clasificación, aunque esta dificultad también se presentó con las crisis parciales psíquicas y las que cursan con síntomas autonómicos que no se vieron plasmadas en el reporte de los resultados debido a que para la descripción del tipo de crisis sólo tomamos la más frecuente. Esto cobra importancia al comparar el eje 2 con la clasificación anterior (ILAE

1981) que incluye estos tipos de crisis, pues al aplicar la coincidencia entre la semiología ictal y el tipo de crisis aumenta a 91,6%.

En el eje 3 (síndrome epiléptico) se clasificó el tipo de síndrome en el 95,8% de los casos y el resto fueron indeterminados; de nuevo, de haber tomado un tiempo mayor de seguimiento se habría clasificado un mayor número de pacientes. En este eje se encontraron algunos hallazgos importantes como que en una misma categoría se ubican síndromes epilépticos focales sintomáticos con los probablemente sintomáticos lo cual eleva el volumen de pacientes en esta categoría, a diferencia de la clasificación ILAE 1989 donde se dividen en parcial sintomático y criptogénico. La clasificación actual no permite dividir los casos de acuerdo con la localización por lóbu-

los salvo para los casos de epilepsia del temporal, estadificación que fue posible al aplicar la clasificación precedente ILAE 1989. En cuanto al porcentaje de pacientes clasificados como parciales y generalizados fue el mismo tanto con la clasificación actual como con la precedente.

El eje 4 correspondiente a etiología, cobra peso tanto en sentido preventivo como pronóstico y probablemente terapéutico, reafirmando que la totalidad de casos de etiología atribuida a anomalías cromosómicas es la correspondiente a los síndromes idiopáticos generalizados con fenotipo variable, partiendo del presunto de su fuerte componente genético aunque no podemos demostrarlo en nuestra población. En caso contrario estos pacientes se hubieran asignado a los casos no definidos, lo cual elevaría los pacientes con etiología desconocida.

Para evaluar el eje 5 (afectación del paciente) el cual es opcional según se describe en la clasificación ILAE 2001, elegimos aplicar un cuestionario que evalúa la calidad de vida por dos razones, la primera es que su elaboración se realizó sobre ítems que se identificaron en estudios previos como factores que impactan significativamente el desarrollo de la enfermedad en cada individuo y segundo porque al emplear una herramienta cuantitativa podremos medir en el futuro el impacto del manejo de los pacientes. En nuestro estudio encontramos un amplio espectro del puntaje con el cuestionario QOLIE-31, pero en futuras investigaciones deben crearse otros cuestionarios toda vez que el QOLIE-31 tiene restricciones en su uso como son tener un mínimo de 18 años de edad, saber leer y entender las preguntas.

En general se puede decir que todas las clasificaciones usadas permitieron una adecuada asignación de los pacientes y concuerdan con estudios que describen los resultados de evaluación de clasificaciones en epilepsia, aclarando que ninguno de éstos informa resultados de la actual clasificación.^{7,8,9}

En la actual se reconocieron algunas falencias, como en el eje 2 de la actual clasificación que no posee una categoría específica para las crisis parciales complejas, las parciales simples con síntomas autonómicos y

las parciales simples psíquicas, que si las tiene la ILAE 1981 y por ello aumenta la concordancia entre la semiología ictal usando el glosario de la ILAE y el tipo de crisis epiléptica. En el eje 3 la no ubicación de los síndromes focales sintomáticos y de los probablemente sintomáticos en categorías diferentes que nos permita segregar los pacientes con un foco epiléptico conocido y demostrado de aquellos en quienes se sospecha su existencia pero no se logra demostrar con los estudios disponibles, diferenciación que existe entre la clasificación precedente (ILAE 1989) y este eje (ILAE 1989) que los diferencia en síndromes parciales sintomáticos y criptogénicos. Además, en la clasificación actual, en los epilépticos parciales sintomáticos tampoco se subdivide la localización por lóbulos, sólo existen los subtipos del lóbulo temporal.

También se reconocen algunas ventajas como en el eje 3 en que los síndromes focales sintomáticos se diferencian entre epilepsia mesial y neocortical del lóbulo temporal, que es de importancia pues ésta última es la de mayor incidencia dentro de los síndromes epilépticos focales sintomáticos. Además la implementación de un eje para etiología y otro que evalúe la afectación del paciente por su enfermedad son relevantes y útiles como ya lo describimos antes.

Para finalizar, nuestro estudio presenta como limitaciones reconocidas el corto seguimiento de los pacientes, es ampliamente conocido que algunos síndromes epilépticos evolucionan en el tiempo y en algunos no definidos el seguimiento a largo plazo permite su tipificación en un porcentaje significativo. Esta población es adulta y no se aplicó en la población pediátrica; el hospital donde se realizó el estudio es una institución de tercer nivel a donde en general sólo llegan los pacientes remitidos; al realizar el estudio en la población de consulta externa, no se incluirían los casos vistos en urgencias y esto no permite reconocer los casos de estatus epilépticos que existen como categoría en la actual clasificación. Por último algunos casos presentaron limitaciones en su estudio completo para poder hacer una clasificación más específica de su síndrome epiléptico debido a las restricciones propias de nuestro sistema de salud.

Referencias

1. Pradilla G, Boris E, Vesga A. Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano. *Rev Panam Salud Pública*. 2003; 14(2): 104-10.
2. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia*. 1981; 22(4): 489-501.
3. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989; 30(4) 389-99.
4. Engel J Jr. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of de ILAE task force on classification and terminology. *Epilepsia* 2001; 42(6): 796-803.
5. Vickrey BG, Perrine KR, Hays RD. et al. Quality of life in epilepsy QOLIE-31 (version 1.0); scoring manual and patient inventory, Santa Mónica, CA: RAND, 1993.
6. Cramer JA, Perrine K, Devinsky O, Bryant-Comstock L, Meador K, Hermann B. Development and Cross-Cultural Traslations of a 31-Item Quality of Life in Epilepsy Inventory. *Epilepsia*. 1998; 31(1): 81-8.
7. Eslava-Cobos J, Nariño D. Experience with the International League Against Epilepsy proposals for classification of epileptic seizures and the epilepsies and epileptic syndromes in a pediatric outpatient epilepsy clinic. *Epilepsia*. 1989; 30(1): 112-15.
8. Nieto-Barrera M. Reflexiones sobre la clasificación internacional de epilepsias y síndromes epilépticos y el esquema diagnóstico propuesto por un grupo de trabajo de la ILAE. *Rev Neurol*. 2002; 34 (6): 537-43.
9. Rey-Becerra A, Díaz-Marcaccio R, Castro Fernández M, Scavone-Mauro C, Ruggia-Aritzti R. Aplicación de la clasificación de la International League Against Epilepsy. Estudio retrospectivo en un hospital uruguayo. *Rev Neurol* 2005; 41 (6): 331-7.

