

en futuros estudios multicéntricos con un número mayor de pacientes para obtener datos de mayor peso estadístico.

Cabe comentar que existe una escala predictiva de mortalidad a 30 días (escala original de hemorragia intracerebral propuesta por Hemiphill et al) validada en un trabajo presentado por el Servicio de Neurología del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata, en el XLIII Congreso Argentino de Neurología (Romano et al. Revista Neurológica Argentina 2007;32:94-99). La misma toma en cuenta la edad, la escala de coma de Glasgow, el volumen del sangrado intracerebral,

la presencia de compromiso infratentorial y de volcado y la hemorragia intraventricular.

Santiago Claverie

Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: csclaverie@gmail.com

1853-0028/\$ – see front matter

doi:10.1016/j.neuarg.2011.06.002

Epilepsia y esclerosis múltiple

Multiple sclerosis and epileptic seizures

Catenoix H, Marignier R, Ritleng C, Dufour M, Mauguière F, Confavreux C, et al. Multiple sclerosis and epileptic seizures. *Mult Scler. Journal.* 2011;17(1) 96-102.

Abstract

Background: The association between epilepsy and multiple sclerosis (MS) is not a coincidence.

Objective: Our objective was to compare MS patients with or without history of seizures.

Methods: In a population of 5041 MS patients, we identified 102 (2%) patients with epileptic seizures. In 67 patients (1.3%), epileptic seizure could not be explained by any cause other than MS.

Results: In these 67 patients, the median age at occurrence of the first epileptic seizure was 33 years. Epilepsy was the initial clinical manifestation of MS in seven patients. In total, 62 patients (92.5%) presented only one or a few seizures, and 18 patients (27%) presented at least one episode of status epilepticus, fatal in two. Compared with MS patients without epilepsy, there was no difference in gender, type of MS course and time from onset of MS to the progressive phase.

Conversely, the median age at MS onset was earlier (25.0 years vs. 30, $p < 0.0001$) and there was a trend for a shorter time from MS onset to non-reversible disability.

Conclusions: Our study confirms an increased risk of epileptic seizures in MS patients. It underlines that seizures may be the first observable symptom in MS and the frequency and seriousness of status epilepticus.

Comentario

La prevalencia de crisis epilépticas en pacientes con esclerosis múltiple (EM) es tema de debate. Actualmente se puede

afirmar que su asociación es frecuente (0,5-8%) respecto a la población general (0,27-1,76%); si bien la fisiopatología no está aún esclarecida, se sospecha que desempeñarían un rol importante las lesiones inflamatorias corticales y la conducción anormal en las fibras desmielinizadas.

En un estudio de cohorte, en la Clínica Neurológica de Lyon, se analizó la semiología de las crisis comiciales en pacientes con EM.

De un total de 5.633 pacientes incluidos en la base de datos, 5.041 fueron clasificados como casos probables o definitivos de EM, según la clasificación de Poser. De este grupo de pacientes el 2% presentó al menos una crisis epiléptica, predominó en el sexo femenino (68 mujeres vs 34 hombres), con una mediana de edad de diagnóstico de EM de 26 años y una mediana de edad para el comienzo de las crisis comiciales de 29 años.

Las crisis se presentaron previas al diagnóstico de EM en 26 pacientes (el tiempo medio entre la primera crisis y el inicio de la EM fue de 18,8 - 10,9 años), al inicio de la EM en 7 pacientes y después en 69 pacientes.

En 35 pacientes la relación causal entre EM y la epilepsia era improbable debido a que su aparición fue mucho antes del diagnóstico de EM ($n = 24$), o debido a la coexistencia de otros trastornos neurológicos que pueden explicar la ocurrencia de crisis epilépticas.

Sesenta y siete pacientes (1,28%) presentaron al menos una crisis comicial que no pudo ser explicada por otra causa que no fuera la EM. Las crisis observadas durante las recaídas fueron solo de un 6%, y en un 10,5% fueron evidenciadas retrospectivamente como forma de inicio de la EM.

Fueron más frecuentes las crisis parciales, principalmente motoras; también fue frecuente la generalización secundaria. Se describe al menos un episodio de estatus epiléptico en un 26,9%, del que el 13,4% fue la forma de presentación de las crisis.

Comparado con una revisión de 29 series clínicas publicadas ($n = 17.239$) la media y la mediana de prevalencia de crisis epilépticas fue del 2,3% y 2,7% respectivamente. La prevalen-

cia de la epilepsia ajustada a la edad fue tres veces mayor que la encontrada en la población general.

Este estudio muestra que las crisis epilépticas pueden ser el primer síntoma de la EM y subraya la alta incidencia del estatus epiléptico, a veces fatal en esta población. Las convulsiones pueden ocurrir en cualquier momento de la historia de la EM, incluso en el curso temprano de la enfermedad; de hecho fue la primera manifestación clínica de la EM en el 10,5%. El tipo de crisis más reportadas fueron las crisis parciales simples de tipo motora, las que frecuentemente se generalizaban. El porcentaje de crisis parciales es mayor (> 50%) que en la población general de pacientes con epilepsia (30%); este punto sustenta el posible rol de las lesiones focales de la EM en la etiopatogenia de las crisis, así como el hecho de contar con registros de actividad paroxística focal en los EEG.

Conclusiones

Si bien no hay ningún estudio que demuestre una relación entre las crisis y el curso, subtipo o gravedad de la EM, en

este estudio se observó una tendencia hacia una discapacidad irreversible más rápida en los pacientes con EM con epilepsia en comparación con los que no tienen epilepsia. Esta tendencia sugiere que la degeneración cortical, que se sospecha que está vinculada con la acumulación de discapacidad, podría ocurrir tempranamente en estos pacientes, y quizás también desempeñe un rol en la aparición de crisis epilépticas. Se debería tener presente que las crisis comiciales pueden ser una forma de presentación clínica de la EM, y por la alta asociación con el estatus epiléptico habría que iniciar un tratamiento temprano y prolongado.

Julieta Casen

Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: jucaexo@hotmail.com

doi:10.1016/j.neuarg.2011.06.003