



Carta al Editor

Epilepsia y vías de terminación del embarazo

Epilepsy and ways of ending pregnancy

Sr. Editor,

A propósito del artículo «Embarazo y epilepsia en Argentina», publicado en la Revista Neurología Argentina en 2011, en el cual se presenta el primer estudio prospectivo realizado en Argentina y América Latina que investiga una población de mujeres embarazadas con diagnóstico de epilepsia, nos pareció de interés elevar a su consideración un estudio llevado a cabo en el Centro de Epilepsia del Hospital Eva Perón de Granadero Baigorria en el período 2004-2011, orientado a conocer en qué factores se basa la elección de la vía de terminación del embarazo en pacientes epilépticas¹.

Se decidió una cesárea como vía de terminación de embarazo en 12 de un total de 27 pacientes epilépticas controladas.

También se analizaron las causas por las cuales se decidió la intervención por cesárea si las pacientes habían tenido convulsiones durante el embarazo o en el período periparto, la medicación antiepileptica que recibían y el estado del recién nacido.

Las 15 pacientes epilépticas controladas que culminaron su embarazo en un parto vaginal dieron a luz niños normales con un Apgar 9/10, salvo un caso con Apgar 6/9 y un caso 7/10, ambos con buena evolución.

Solo un recién nacido por parto vaginal, con Apgar 9/10 y 2,240 kg de peso, quedó internado en observación en la Sala de Neonatología por el antecedente de epilepsia materna.

Del total de 12 cesáreas 9 recién nacidos presentaron un Apgar 9/10, 2 un Apgar 6/10 y un recién nacido con malformaciones fetales múltiples. Su madre, con antecedente de consumo de cocaína y alcohol, estaba en tratamiento antiepileptico con lamotrigina y levetiracetam^{2,3}.

En la mitad de los casos la indicación quirúrgica se recomendó por problemas ginecológicos (falta de progresión del trabajo de parto, presentación podálica y desprendimiento placentario).

En las restantes 6 pacientes la decisión de «cesárea electiva» se justificó por el antecedente de epilepsia activa de las pacientes, a pesar de que en los 4 casos que presentaron

una crisis durante el embarazo fue causada por supresión de la medicación.

Dieciocho pacientes recibían monoterapia, 5 politerapia con 2 o más fármacos y 4 pacientes estaban sin medicación antiepileptica. El fármaco más indicado fue la carbamacepina^{4,5}.

Ya en una publicación del año 2000, *Pautas de manejo en pacientes con epilepsia y embarazo*, el Grupo de Trabajo de Epilepsia de la Sociedad Neurológica Argentina hacía hincapié en que padecer epilepsia no es una contraindicación para el embarazo.

Una cesárea es apropiada en pacientes que tuvieron crisis frecuentes en las últimas semanas, o si las crisis ocurren durante el trabajo de parto; en términos prácticos, cuando se necesita un tratamiento agresivo agudo con FAE es conveniente realizar una cesárea⁶.

A pesar de la modernización de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, la morbitmortalidad materna asociada a cesárea sigue siendo 3 veces superior a la de un parto vaginal.

No se discute la validez de la operación por cesárea cuando está de por medio una indicación absoluta; sin embargo, estas no superan el 20% del total.

En los casos estudiados se decidió una cesárea como vía de terminación del embarazo en 12 del total de 27 pacientes epilépticas controladas (44%).

En la mitad de los casos de pacientes epilépticas sometidas a cesárea, para decidir la vía de terminación del embarazo primó el antecedente de epilepsia en tratamiento, si bien el antecedente de epilepsia activa no es en sí mismo un factor de riesgo para desaconsejar el parto vaginal.

Es indispensable generar conciencia y un trabajo interdisciplinario entre los obstetras y neurólogos para que al ser consultados acerca de la vía sugerida de terminación del embarazo en pacientes epilépticas, si la paciente está bien controlada con la medicación, presenta una buena adherencia al tratamiento antiepileptico, y no habiendo causas fetales que lo contraindiquen (sufriimiento fetal agudo, presencia de malformaciones) no duden en recomendar el parto vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kochen S, Salera C, Seni J. Embarazo y epilepsia en Argentina. Neurol Arg. 2011;3:156-61.
2. Battino D, Mamoli D, Messina S, Perucca E, Tomson T. Malformations in the offsprings of pregnant women with epilepsy. Presentation of an international registry of antiepileptic drugs and pregnancy (EURAP). Rev Neurol. 2002;34:476-680.
3. Morrow J, Russell A, Guthrie E, Parsons L, Robertson I, Waddell R. Malformations risks of antiepileptic drugs in pregnancy: a prospective study from de UK Epilepsy and Pregnancy Register. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006;77:193-8.
4. Fairgrieve SD, Jackson M, Jonas P, Walshaw D, White K, Montgomery TL. Population based, prospective study of the care of women with epilepsy in pregnancy. Br Med J. 2000;321:674-5.
5. Shorvon S, Tomson T, Cock H. The management of epilepsy during pregnancy-Progress in painfully slow. Epilepsia. 2009;50:973-4.
6. Escaray G, Kochen S. Pautas de manejo en pacientes con epilepsia y embarazo. Rev Neurol Arg. 2000;25:42-5.

Mónica Taborda*, Cecilia Molaro, Natalia Pedraza, Alejandro Zanor, Ramiro Cabeza y Sara Setti

Servicio de Neurología, Hospital Eva Perón de Granadero Baigorria, Unidad Académica de la Carrera de Posgrado de Neurología, Universidad Nacional Rosario, Rosario, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monicataborda@steel.com.ar (M. Taborda).

1853-0028/\$ – see front matter

© 2012 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2012.09.002>