

## Convulsiones focales

La principal característica clínica neuronal de las convulsiones parciales o focales es la aparición en el electroencefalograma de un patrón de actividad epileptiforme interictal, es decir, una onda puntiaguda. Ello correlaciona con una descarga celular de las neuronas corticales llamada cambio de despolarización paroxística, caracterizada por una despolarización prolongada dependiente de calcio que resulta en la aparición de múltiples potenciales de acción mediadas por el sodio, seguida de una hiperpolarización prominente más allá de los niveles basales del potencial de reposo. Cuando varias neuronas se suman en actividades epileptiforme interictales de manera sincronizada, el electroencefalograma registra una punta interictal.

### Cuadro clínico

La aparición de una convulsión y su expresión sintomática difiere dependiendo de la zona neuronal afectada. Si la red neuronal afectada es la corteza visual, las manifestaciones clínicas se expresarán en manifestaciones visuales. Y así con otras regiones de la corteza: gustativas, sensitivas o motoras.

Las convulsiones se asocian con frecuencia con contracciones involuntarias y repentinas de un grupo de músculos y pérdida de consciencia y trastornos del comportamiento. Una convulsión puede durar desde unos segundos hasta un estado epiléptico, una contracción que no suele detenerse sin intervención médica. Sin embargo, un ataque puede ser tan sutil como el entumecimiento de una parte del cuerpo, una pérdida breve o de largo plazo de la memoria, parpadeos o destellos luminosos, la liberación de olores desagradables sin causa aparente por los órganos internos, un extraña sensación epigástrica o una sensación de miedo o temor con un estado de confusión que en algunos casos conduce a la muerte durante la convulsión. Por lo tanto, las convulsiones son generalmente clasificadas en motoras, somatosensoriales, autonómicas, emocionales o cognitivos. Después de un fuerte ataque convulsivo, y debido a que el cerebro se está recuperando, suele haber una pérdida repentina de la memoria, por lo general de la memoria a corto plazo.

Algunos pacientes son capaces de decir cuando un ataque está a punto de ocurrir. Algunos de los síntomas experimentados por la persona antes de un ataque incluyen mareo, presión en el pecho, reversión ocular, la vivencia momentánea de que las cosas se mueven en cámara lenta y algunos pacientes emiten un grito agudo e intenso justo antes de la convulsión. En algunos casos, la aparición de una convulsión se ve precedida por algunas de las sensaciones anteriormente descritas. Dichas sensaciones pueden entonces servir de advertencia al paciente de que una convulsión tónico-clónica está a punto de ocurrir. Estas «sensaciones de alerta» son llamadas en conjunto aura.[13] Además, algunos proveedores de salud reportan que muchos ataques, especialmente en niños, están precedidos por taquicardia, que con frecuencia persiste durante toda la convulsión. Ese incremento en la frecuencia cardíaca puede reemplazar un aura como señal de advertencia fisiológica de un inminente episodio convulsivo.

Los síntomas experimentados por una persona durante una crisis, así como la naturaleza del aura, dependerá de que área del cerebro se ve afectada con trastornos de la actividad eléctrica.

Si la convulsión se originó por descargas a nivel del lóbulo temporal, el paciente suele tener sensaciones extrañas abdominales o un déjà vu o bien olores o sabores pocos frecuentes, así como sentimientos repentinos de felicidad o tristeza.

Si ocurre en el lóbulo frontal, suele sentirse una oleada en la cabeza, rigidez o temblores en alguna parte del cuerpo, como un brazo o una mano.

Las del lóbulo parietal pueden incluir pérdida de sensibilidad o hormigueo en alguna parte del cuerpo o

que una de las extremidades le parece más pesada o liviana que lo acostumbrado.

Mientras que del lóbulo occipital se puede asociar con trastornos visuales como luces destellantes o de colores brillantes y alucinaciones.

Estudios recientes muestran que las convulsiones durante el sueño suceden más a menudo de lo que se pensaba. El paciente con una convulsión tónico-clónica puede perder el conocimiento, caer al suelo, convulsionar, a menudo de forma violenta y volverse azulado o cianótico.

Una persona que tiene una convulsión parcial compleja puede parecer estar confundido o aturrido y no ser capaz de responder a las preguntas o órdenes que se le den. Algunas personas tienen convulsiones que no son perceptibles por los demás. A veces, el único indicio de que una persona está teniendo una convulsión no es más que un rápido parpadear, confusión extrema de unos segundos de duración o, a veces por horas. [editar] Tratamiento

La principal recomendación para pacientes con convulsiones recurrentes no provocadas es el anticonvulsivante. Si un individuo ha tenido más de 1 episodio convulsivo, se indica la administración del anticonvulsivante. Por el contrario, la principal recomendación para pacientes con su primer y único episodio convulsivo es el evitar los precipitantes más importantes, incluyendo el licor y la falta de sueño sin la indicación de anticonvulsivantes a menos que el sujeto tenga factores de riesgo para una recurrencia. Los principales marcadores de un elevado riesgo de recurrencia, desde un 15 a un 70% mayor que la población general, incluyen imágenes anormales en la resonancia magnética, un registro anormal en el electroencefalograma realizado durante la vigilia o que la convulsión haya sido focal.

Algunos antiepilépticos, entre ellos la lamotrigina, el topiramato, el ácido valproico y la zonisamida tienen múltiples mecanismos de acción, mientras que otros, como la fenitoína, carbamazepina y la etosuximida solo tienen un mecanismo de acción.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

[https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=convulsiones\\_focales](https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=convulsiones_focales)

Last update: **2025/05/04 00:01**

