

Profilaxis anticomicial

Tumores cerebrales

1. Profilaxis primaria (pacientes con [tumor cerebral supratentorial](#) que no han tenido crisis epilépticas). Sólo se aconseja durante la primera semana después de la cirugía. El inicio del tratamiento comenzaría durante la inducción anestésica. Se mantendría la vía IV durante las primeras 48 h poscirugía, luego pasaría a vía oral, suspendiéndose al séptimo día.
2. Profilaxis secundaria (pacientes con tumor cerebral supratentorial que han sufrido una o más crisis epilépticas). Se aconseja un tratamiento indefinido, hasta conseguir el control de las crisis por un mínimo de un año, siguiendo las pautas de la epilepsia no tumoral. Si se realiza un electroencefalograma tras un año de control clínico, encontrar un foco irritativo estaría a favor de prolongar el tratamiento anticomicial, puesto que existe riesgo de recurrencia. No encontrar foco irritativo podría justificar la retirada del tratamiento antiepiléptico, ya que la crisis podría haberse producido por un evento fisiopatológico agudo, no existiendo foco epileptógeno crónico.
3. Elección del fármaco. Se propone como fármaco de primera línea el [levetiracetam](#), a dosis de 20 mg/kg/día repartidas en 2 dosis. Como fármaco de segunda línea el [valproato](#), a dosis de 15 mg/kg/día.
4. Crisis epilépticas no controladas. La persistencia de las crisis durante el seguimiento del paciente, indudablemente obliga a prolongar el tratamiento de forma indefinida hasta que se consiga el control de éstas y a modificar la pauta de tratamiento. Se puede optar por aumentar la dosis hasta el máximo de tolerabilidad en monoterapia y, si esto no es suficiente, cambiar por otro FAE o asociar otro.

El fármaco ideal para asociar al LEV podría ser el valproato.

En pacientes a quienes se les realiza craneotomía, la instauración de la terapia anticonvulsiva es aun mayor la controversia. Es una cuestión contradictoria, pues si bien hay estudios que avalan el uso sistematizado de antiepilépticos tras craneotomía como el publicado por North y cols. (1980) en el que hay 7,9% de pacientes con epilepsia posquirúrgica en pacientes tratados con fenitoína frente al 16,7% en los que recibieron placebo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

En otro estudio del mismo autor de 1983, aporta nuevos datos como la aparición precoz de las crisis siendo la mitad en los primeros 15 días y 2/3 en el primer mes tras la cirugía y diferenciando además las patologías intervenidas clasificándolas como bajo o alto riesgo de crisis. Las de alto riesgo fueron meningioma, metástasis, aneurisma y traumatismo craneal grave. El autor recomienda la profilaxis desde una semana antes de la intervención, de manera preferente en las de alto riesgo. El estudio de Mattew y cols. Sobre 118 pacientes craneotomizados aporta datos similares y compara el relativo bajo riesgo de convulsiones en los pacientes que no han tenido crisis preoperatorias (12,3% en la primera semana y sólo 3/87 a partir de la segunda semana) frente al 35,5% de crisis en la primera semana en los que habían tenido crisis preoperatorias. Otros estudios tienen conclusiones similares.

Sin embargo, hay otros estudios como el de Foy y cols. (1992) en el que se hace seguimiento de pacientes craneotomizados a 6 y 24 meses sin encontrar diferencias significativas respecto al número de crisis entre el grupo tratado con fenitoína, el de carbamacepina y el que no recibió tratamiento, desaconsejando por ello el uso de antiepilépticos de forma rutinaria. En otro artículo de 1986 también se desaconseja el uso sistematizado de profilaxis antiepiléptica, en este caso en el subgrupo de cirugía de aneurismas cerebrales dado el escaso daño cerebral con las técnicas de microcirugía, o,

como mucho, profilaxis durante un tiempo corto postoperatorio de 3 días en aneurismas. Otros estudios arrojan resultados similares. Un metaanálisis (Seizure 1996) revela tendencia a la prevención de crisis pero sin significación estadística en los pacientes tratados con antiepilépticos. Según los anteriores datos, parece que puede tener utilidad la profilaxis preoperatoria y durante un periodo postoperatorio precoz que varía desde pocos días a un mes según el tipo de cirugía, aunque se debería individualizar cada caso particular y considerar su riesgo de crisis.

En general a mayor lesión cerebral y peor estado del paciente, hay mayor riesgo de crisis y también el antiepiléptico puede tener efecto neuroprotector. Respecto a qué antiepiléptico escoger, un estudio realizado recientemente no muestra diferencias entre difenilhidantoína y valproato, siendo mejor tolerado éste último.

Antiepilepticos en trauma craneoencefalico

Las heridas penetrantes, hemorragias intracraneales y las alteraciones electroencefalográficas son las razones esgrimidas para iniciar la profilaxis. El tratamiento habitualmente empleado es la fenitoína, al menos durante tres meses. En trauma craneoencefálico se podría dar tratamiento antiepiléptico precoz (una semana) en algunos traumatismos) pero individualizando cada caso (hemorragia intracerebral, alteraciones electroencefalográficas). Sin embargo, aunque se tengan estos estudios, aun no existe una fuerte evidencia para recomendar el inicio de los agentes anticonvulsivos profilacticos. Existen algunos casos en los cuales el uso a largo plazo no esta recomendado excepto en pacientes con antecedentes de convulsiones, hematomas o infartos.

From:

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

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=profilaxis_anticomicial

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

