

**¿La propuesta de clasificación de las epilepsias de la Liga Internacional
contra la Epilepsia de 2017 será probablemente la definitiva?**

Will 2017 International League Against Epilepsy classification of
epilepsies likely be final?

Ramiro Jorge García García^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2681-0944>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad Finlay-Albarrán. Hospital
Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez”. Servicio de Neuropediatría. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: ramirogg@infomed.sld.cu

Recibido: 05/01/2020

Aprobado: 11/01/2020

Las diversas clasificaciones de las crisis epilépticas y de la epilepsia no fueron, ni son, la solución “para diagnosticar”, ni tampoco la base para tratar a todos los pacientes con epilepsia, pero son necesarias, incluso, cuando no se esté totalmente de acuerdo con la propuesta aceptada por la mayoría en un momento determinado.

Salas Puig *afirmó*:⁽¹⁾

Como en otras áreas de la medicina, en el estudio de las epilepsias se considera que es importante la utilización de conceptos y términos comunes de cara a facilitar la comunicación y el entendimiento universal.

La diferencia en la aplicación de conceptos y términos, de acuerdo con las diversas clasificaciones utilizadas, es evidente al atender a estos pacientes. Por ejemplo:

Un paciente atendido por presentar pérdida del conocimiento y convulsión clónica generalizada durante 8-10 minutos, no asociada a aumento de la temperatura, enfermedad infecciosa comprobada, traumatismo, u otra causa desencadenante y sin antecedente de un episodio similar, aunque se recoge el historial de haber presentado meningoencefalitis de causa viral dos años previo a este evento y padecer de discapacidad intelectual ligera.

De acuerdo con las clasificaciones de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) de 1981,⁽²⁾ la de 1985 modificada en 1989^(3,4) y la más reciente del año 2017,^(5,6) y teniendo en cuenta las nomenclaturas aceptadas en diferentes momentos:

- *¿Se trata de una crisis epiléptica o de un estado epiléptico?*
- *¿Se diagnostica al paciente como epiléptico, o se clasifica como un primer ataque epiléptico sin desencadenante, pero con factor de riesgo de recurrencia?*
- *¿Es adecuado iniciar tratamiento con medicamentos para la prevención de recurrencias de las crisis epilépticas, o es mejor esperar a la ocurrencia de un segundo ataque para hacerlo?*

Posiblemente, se reconozcan las diferencias en la nomenclatura y la manera de clasificar las crisis epilépticas y la epilepsia, pero es probable que la conducta terapéutica, el pronóstico a ofrecer al paciente o sus familiares, y las recomendaciones sean finalmente similares. De igual forma, las opiniones difieren entre las clasificaciones al considerar la epilepsia como un trastorno o una enfermedad.

La primera clasificación de las crisis epilépticas de la era moderna fue presentada por Gastaut en el año 1964.^(7,8) Estaba dirigida a agrupar las crisis de acuerdo con sus características clínicas. Constituyó un paso importante en su organización y facilitó la posibilidad de lograr una forma de comunicación entre todos los profesionales que tenían incluida en sus funciones la atención de los pacientes epilépticos. Desde entonces, otras clasificaciones de las crisis fueron propuestas. Además, se consideró la necesidad de confeccionar una clasificación de las epilepsias y síndromes epilépticos para poder emitir un pronóstico más preciso, apoyar la decisión de los exámenes paraclínicos a realizar e, incluso, contribuir a decidir el tratamiento. Esta cualidad de la clasificación de la epilepsia se sustenta en que no solo incluye el tipo de crisis, sino también la edad de aparición de las

manifestaciones, los antecedentes familiares y personales, la causa de la epilepsia, el resultado del estudio electroencefalográfico, entre otros.⁽⁴⁾

Las clasificaciones más destacadas por su utilidad práctica en los últimos cuarenta años son: la clasificación de las crisis epilépticas del año 1981,⁽²⁾ la de la epilepsia de 1985 y revisada en el 1989^(3,4) y la propuesta en marzo de 2017 por la ILAE.^(5,6)

Sobre la causa de la epilepsia, algunos autores consideran que más de la mitad son originadas por trastornos genéticos. Ello se evidencia en la base de datos de herencia mendeliana (OMIM, por sus siglas en inglés), que incluye más de 280 enfermedades en las que se puede presentar epilepsia.⁽⁹⁾

En relación con las supuestas causas adquiridas de la epilepsia, surgen algunas interrogantes. Una de ellas es: ¿Por qué algunos pacientes que recibieron un traumatismo craneal o padecieron una infección del sistema nervioso central presentan evolutivamente epilepsia y otros no? En estos casos, para la mayoría de los investigadores la susceptibilidad individual justifica la diferencia en la evolución.

Independientemente de las disquisiciones científicas y las reflexiones que puedan hacerse, en la actualidad, la clasificación de las causas de epilepsia incluye los siguientes grupos: estructural, genética, infecciosa, inmune, metabólica y el grupo de causa no conocida, que es cercano en dimensión a los otros cinco reunidos (aunque esta proporción se ha modificado en los últimos años). Conocer la causa es trascendental para lograr formular un pronóstico acertado y decidir el tratamiento idóneo, por lo que probablemente esta manera de clasificar será modificada hasta que el grupo de causa no conocida desaparezca. Respecto a la clasificación de las crisis, también se incluye en la actualidad un grupo denominado “no clasificado o indeterminado”. Es evidente la necesidad de hacer modificaciones y las implicaciones de los cambios influirán nuevamente en la asistencia, la docencia y en las investigaciones.^(10,11,12,13,14,15)

Los alumnos de Medicina e, incluso, de postgrado tienen programas y libros de texto adaptados a las clasificaciones en el momento de ser escritos y que requieren de tiempo para ser actualizados (nuevas ediciones). Por tanto, la clasificación correcta puede ser más de una en un momento determinado: según la que aparece en los libros de texto y la actualizada. Lo mismo sucede cuando se está desarrollando una investigación y se cambia la clasificación. Entonces, el autor presenta un resultado novedoso con una clasificación obsoleta, lo que iría en contra de los principios éticos de las investigaciones. O sea, el periodo de transición entre dejar de utilizar una clasificación y la incorporación de otra

puede causar dificultades y, sobre todo, cuando las propuestas de nuevas clasificaciones son frecuentes.

Al menos en la docencia de pregrado y postgrado no especializado en Neurología, posiblemente la mejor opción sea incluir en el programa de estudios una versión simplificada de las clasificaciones, asequible a estos niveles de enseñanza (así también se propone en los comentarios de la clasificación de 2017) e, incluso, que aborde solo los aspectos fundamentales de cómo clasificarlas en sus pasos iniciales, pues existirán modificaciones muy frecuentes que pueden dificultar el proceso de aprendizaje. No obstante, la pedagogía en la Medicina está dirigida a que el alumno aprenda a aprender y, de esa manera, podrá obtener los conocimientos recientes en el momento que los necesite.

Lifshitz A,⁽¹⁶⁾ en su libro *La nueva clínica*, refiere:

El concepto mismo de enfermedad (en el sentido nosológico), no resulta más que un artificio operativo y didáctico que busca las similitudes entre distintos enfermos pero soslaya las diferencias. La contrastación con el “padecimiento”, ilustra las diferencias entre un constructo y el sufrimiento verdadero, entre lo que dicen los textos y lo que padecen los enfermos. El viejo aforismo de que “no hay enfermedades sino enfermos”, ilustra el conocimiento ancestral de que la visión nosológica es artificiosa, sin negarle su valor práctico.

Además, explica al referirse a la medicina personalizada:

No se trata tanto de crear medicamentos o dispositivos que sean únicos para un solo paciente, sino de clasificar a los individuos en subpoblaciones que difieren en su susceptibilidad a una cierta enfermedad o en su respuesta a un tratamiento específico.

Lo anterior depende de la respuesta a la siguiente pregunta:

¿Será importante incluir a todos los pacientes en un diagnóstico específico correspondiente a la clasificación actual de la epilepsia?

A través de décadas, se han considerado de manera diferente algunos tipos de crisis y de epilepsias, aunque sean similares en sus características clínicas-electroencefalográficas, y con evolución similar de los pacientes; por tanto, lo fundamental es evaluar al enfermo

y decidir la conducta a seguir de manera personalizada. Sin embargo, la existencia de una clasificación que permita la comunicación entre los profesionales es necesaria; pero la actual no parece ser la última propuesta, así que se debe estar preparado para nuevos cambios.

Referencias bibliográficas

1. Salas-Puig J. Nueva propuesta de clasificación de las crisis epilépticas y de las epilepsias de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE). Rev Neurol. 2011;52(9):513-4.
2. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. From the Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Epilepsia. 1981;22:489-501.
3. Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndromes. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Epilepsia. 1985;26:268-78.
4. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Epilepsia. 1989;30:389-99.
5. Bosak M, Słowik A, Kacorzyk R, Turaj W. Implementation of the new ILAE classification of epilepsies into clinical practice - A cohort study. Epilepsy Behav. 2019;96:28.
6. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. Epilepsia. 2017;58:522-30.
7. Gastaut H. A proposed international classification of epileptic seizures. Epilepsia. 1964;5:297-306.
8. Gastaut H. Clinical and electroencephalographical classification of epileptic seizures. Epilepsia. 1970;11:102-13.
9. Noh GJ, Tavyev Asher YJ, Graham JM. Clinical review of genetic epileptic encephalopathies. Eur J Med Genet. 2012;55(5):281-98. Doi: 10.1016/j.ejmg.2011.12.010
10. Shek-kwan Chang R, Chun Yin WL, Chi Chung AH, Yung A. Classifications of seizures and epilepsies, where are we? A brief historical review and update. Formos Med Assoc. 2017;116:736-41. Doi: 10.1016/j.jfma.2017.06.001

11. Pack AM. Epilepsy Overview and Revised Classification of Seizures and Epilepsies. Continuum (Minneapolis Minn). 2019 Apr;25(2):306-21. Doi: 10.1212/CON.0000000000000707
12. Reynolds EH, Rodin E. The clinical concept of epilepsy. Epilepsia. 2009;50(Suppl. 3):2-7. Doi: 10.1111/j.1528-1167.2009.02034.x
13. Sirven JI. Epilepsy: A Spectrum Disorder. CSH perspective Med. 2015;5:a022848. Doi: 10.1101/cshperspect.a022848
14. St. Louis EK, Cascino GD. Diagnosis of epilepsy and related episodic disorders. Continuum (Minneapolis Minn) 2016;22(1 Epilepsy):15-37.
15. Trinka E, Kälviäinen R. 25 years of advances in the definition, classification and treatment of status epilepticus. Seizure. 2017 [citado: 12/12/2019];44:65-73. Doi: 10.1016/j.seizure.2016.11.001
16. Lifshitz A. Medicina personalizada. En: La nueva clínica. México: Intersistemas SA. 2014; 165-68.

Conflicto de interés

No existe conflicto de intereses.