



Debut de epilepsia y diagnóstico de embarazo en una adolescente

Pedro Juan Carpena Lucas, M.^º Isabel Jiménez Candel, Mónica Hernández Martínez, Laurentina Carvallo Valencia

Publicado en Internet:
16-abril-2018

Pedro Juan Carpena Lucas:
pjcarpena@hotmail.com

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Castillo. Yecla. Murcia. España.

Resumen

Los cambios madurativos durante la adolescencia cada vez son más precoces y ello conlleva un aumento de prácticas de riesgo. La tasa de fecundidad de los adolescentes se está incrementando de forma progresiva. La gestación durante la adolescencia es considerada de riesgo, añadiendo a las propias complicaciones maternas y fetales las derivadas de enfermedades como puede ser la epilepsia. Presentamos el caso de una adolescente mujer de 13 años que consulta tras una crisis tónico-clónica. Sin antecedentes de interés, menstruaciones irregulares, la última hace dos meses. Tras controlar las crisis se cursan pruebas complementarias sin hallazgos de interés. Durante las primeras horas de ingreso repite crisis que cede tras medicación. Se realiza test de embarazo con resultado positivo, confirmando la gestación mediante ecografía. Tras la información pertinente a la paciente y sus padres, deciden la interrupción voluntaria del embarazo. Actualmente en seguimiento en consultas de Neurología por epilepsia idiopática y acude junto con sus padres a terapia psicológica. Debemos fomentar la educación sexual tanto en los centros de salud como en los centros educativos y de forma cada vez más temprana, así como plantearnos la posibilidad de embarazo e incluir sus pruebas diagnósticas.

Palabras clave:

- Adolescente
- Embarazo
- Epilepsia

Abstract

The maturational changes throughout adolescence are becoming precocious and associate an increase in risk practices. The teenager fertility rate increases progressively. Gestation during adolescence is considered risky, adding to it the complications of epilepsy. We present the clinical case of a 13 years old teenager woman who went to the Emergency Room of our hospital because of a seizure. She had a non-relevant medical history. Irregular menstruation, last 2 months before. After controlling the first episode, we request supplementary tests without findings of interest. During the first hours of hospitalization she repeats convulsive crisis which is resolved after administering medication. A pregnancy test is performed with positive result, confirming gestation by ultrasound. After reporting the patient and her parents, they decided the voluntary interruption of the pregnancy. At present, the patient continues reviews in Neuropediatrics for idiopathic epilepsy, and she goes with her parents to psychological therapy. We must encourage sex education in health centers and educational centers, and every time earlier. Also, we must consider the possibility of pregnancy and include its diagnostic tests.

Key words:

- Adolescent
- Epilepsy
- Pregnancy

Cómo citar este artículo: Carpena Lucas PJ, Jiménez Candel MI, Hernández Martínez M, Carvallo Valencia L. Debut de epilepsia y diagnóstico de embarazo en una adolescente. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20:163-7.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 13 años que consulta en urgencias tras episodio de desconexión del medio y movimientos tónicos-clónicos. Refiere que, encontrándose previamente bien, sufrió cefalea holocraneal. Posteriormente presenta un episodio de desconexión del medio con movimientos tónico-clónicos de las cuatro extremidades junto con rigidez cervical, giro cefálico hacia el lado izquierdo, revulsión ocular y marcada sialorrea, con una duración de aproximadamente dos minutos. No asocia relajación de esfínteres, cianosis ni otra sintomatología. Tras el cuadro presenta periodo postictal con obnubilación e hipotonía y recuperación progresiva de su situación basal.

La madre refiere que desde hace una semana presenta tos, por lo que está en tratamiento con mepifilina y desde hace varias semanas presenta náuseas y vómitos mucosos posprandiales (último vómito hace 24 horas). Afebril. No refiere consumo de alcohol ni otros tóxicos y no presenta otros síntomas asociados.

Antecedentes personales sin interés, desarrollo psicomotor normal, vacunación correcta. Menarquía a los nueve años con menstruaciones irregulares, la última hace dos meses. Entre los antecedentes familiares, padre diagnosticado de diabetes *mellitus* tipo 2 y madre con hipertiroidismo. No refieren antecedentes de epilepsia ni otras enfermedades de interés en la familia.

A su llegada a urgencias presenta constantes normales con herida incisa en el borde lateral izquierdo y la punta de lengua. A nivel neurológico la paciente se encuentra consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, sin signos de focalidad neurológica. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales centrados y simétricos. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Fuerza y tono normales. Sin disimetrías. Escala de Glasgow 15, con signos menígeos negativos. Se realiza un análisis con hemograma, bioquímica general y tóxicos en orina, que resultan normales. Se solicita una tomografía computarizada cerebral, que no muestra alteraciones significativas.

Dada la situación clínica, se decide su ingreso para observación y pruebas complementarias. A las diez horas de la primera crisis refiere de nuevo cefalea holocraneal con un episodio posterior de desconexión del medio y movimientos tónico-clónicos de las cuatro extremidades junto con revulsión ocular, sialorrea y cianosis facial que cede tras administrar una dosis de midazolam intravenoso. Queda postcrítica, con posterior recuperación. A las 12 horas de la segunda crisis sufre un tercer episodio de características similares, pero presentando además relajación de esfínteres, y precisa de nuevo midazolam intravenoso a dosis habituales para ceder.

Ante la amenorrea descrita en los antecedentes, se amplía estudio con la realización de test de orina con β -HCG que resulta positivo (en dos ocasiones); por lo que Ginecología realiza una ecografía abdominal que confirma gestación de 11-12 semanas.

Tras informar a los padres y a la paciente de los riesgos-beneficios, se inicia tratamiento con levetiracetam intravenoso, sin presentar nuevos episodios convulsivos.

Posteriormente se completa el estudio con la realización de un electroencefalograma en el que se aprecia un trastorno paroxístico cerebral de tipo focal sobre la región temporal del hemisferio derecho, con elevada tendencia a generalizarse de forma secundaria, por lo que se mantiene tratamiento con el fármaco antiepiléptico.

Al día siguiente se entrega información detallada sobre el embarazo a los padres y a la paciente, que solicitan interrupción legal del embarazo. Esta es llevada a cabo en la siguiente semana, sin incidencias.

Tras seis meses del debut epiléptico, la paciente continúa seguimiento en consultas externas y mantiene tratamiento con levetiracetam, sin nuevas crisis epilépticas. Recibe apoyo psicológico junto a su familia.

DISCUSIÓN

Durante el embarazo, entre un tercio y un cuarto de las mujeres epilépticas experimentan un incremento de la frecuencia de sus crisis, no pudiéndose

predecir el cambio en la frecuencia de crisis en base a la edad, raza, número previo de embarazos y tipo de crisis, duración de la epilepsia, fármacos antiepilépticos ni frecuencia de crisis en embarazos anteriores. La causa o los mecanismos implicados en la fisiopatología de las crisis en el embarazo no están bien definidos¹.

Han sido varias las hipótesis propuestas para explicar las causas del incremento de la frecuencia de crisis:

- Efectos hormonales: a las hormonas esteroideas sexuales se les ha atribuido participación en el equilibrio o predisposición a la aparición de crisis convulsivas; los estrógenos están implicados en la disminución del umbral convulsivógeno. Los progestágenos, en estudios de modelos animales, han mostrado disminución de la aparición del fenómeno *kindling* (hecho de que las crisis epilépticas con el tiempo potencian la actividad epiléptogénica en el cerebro) y aumento del umbral convulsivógeno en el electrochoque como también disminución de las anomalías interictales en el electroencefalograma e incremento de los niveles de ácido γ -aminobutírico y aumento de la gonadotropina coriónica¹.
- Metabólicas: incremento del volumen de agua y retención de sodio, aumento de peso, alcalosis metabólica compensada, hipomagnesemia.
- Psicológicas: incremento del estrés y la ansiedad, toma irregular de fármacos o suspensión de estas por creencias sobre teratogenicidad.
- Farmacológicas: disminución durante el embarazo de los niveles séricos de los fármacos debidos probablemente a mala absorción intestinal, disminución de la unión a las proteínas de estos, entre otros. Estos cambios suelen ocurrir en el tercer trimestre del embarazo; sin embargo, se ha observado que las crisis aparecen más frecuentemente durante el primer trimestre, lo cual podría indicar que existan otros factores adicionales en su producción.
- Fisiológicas: privación de sueño producida por la náusea y emesis, presión y movimientos del feto y nicturia que llevan a la toma inadecuada de la

medicación. La presencia de estos factores explica que el 40-90% de las mujeres grávidas con epilepsia experimenten incremento de la frecuencia de las crisis durante el embarazo^{1,2}.

Es sabido que la epilepsia aumenta de 1,5 a 3 veces la probabilidad de desarrollar complicaciones durante el embarazo, así como una incidencia entre el 5-7% de malformaciones congénitas (1-3% en la población general)². Esto ha llevado a múltiples estudios y avances en relación con el tratamiento farmacológico durante la gestación y hasta el momento no se ha descrito ningún patrón de malformaciones específico para los nuevos fármacos antiepilépticos. De hecho, cuando se trata de adolescentes menores de 15 años, asocian mayor mortalidad y morbilidad perinatal e infantil de los hijos³. Pero el problema, como en el caso clínico, ya no es exclusivamente médico, ya que nos encontramos ante una menor con una gestación desconocida hasta el momento. Por ello tenemos que estar preparados para el abordaje tanto en el plano médico como en el psicológico y en el ético-legal, ya que puede ocasionar múltiples conflictos a nivel personal y familiar.

La adolescencia es una época de tránsito desde la niñez a la edad adulta en la que se producen cambios físicos que llevan a la posibilidad de reproducirse, así como cambios cognitivos y cambios psicosociales. En este periodo se abre un amplio abanico de oportunidades a los adolescentes, pero también situaciones de vulnerabilidad o exposición a conductas de riesgo, como por ejemplo el embarazo en la adolescencia (EA) sin que muchas veces hayan finalizado el proceso madurativo^{3,4}. Hasta el 75 % del EA no son buscados³.

El EA ya supone un riesgo ligado a la edad. Los profesionales debemos dar una adecuada respuesta en cuanto a consentimiento, confidencialidad e información, siendo esencial una buena comunicación entre los profesionales y las adolescentes³. Como es sabido, en el plano legal, según la última modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, cualquier menor de 18 años necesita el consentimiento de sus progenitores o representantes

legales para poder abortar. Esto significa que las menores deben ir acompañadas a la clínica con ellos y formalizar su voluntad de interrumpir el embarazo junto con el consentimiento firmado de sus padres. Y si existiese conflicto entre la menor y sus padres sobre el consentimiento firmado para que la menor pueda abortar, se deberá resolver judicialmente según determina el Código Civil⁵.

En cualquier caso, se ha de facilitar información escrita sobre los tratamientos y procedimientos posibles. La adolescente puede decidir proseguir con el embarazo por deseo procreativo, proseguir con el embarazo para entregar al bebé en adopción o la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Si se trata de la última opción, debe garantizarse el derecho al aborto según la actual Ley vigente en nuestro país⁵; la IVE puede realizarse por decisión materna/tutores hasta la semana 14 de embarazo, pudiendo verse ampliado este plazo hasta las 22 semanas de gestación en el caso de que existiese grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, o en el caso de que exista riesgo de graves malformaciones en el feto. Muchas veces el retraso del diagnóstico del EA puede limitar las opciones que se le ofrezcan a las adolescentes según la edad gestacional al diagnóstico.

Según datos estadísticos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁶, en 2015 la tasa de IVE en España fue de 10,4 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años (un total de 94 188 procedimientos). La tasa referente a mujeres menores de 19 años fue de 9,38/1000 mujeres (371). Según la tasa por comunidades, en la región de Murcia fue de 11,07/1000 mujeres entre 15 y 44 años, datos similares a la Comunidad de Madrid (12,5) o de Cataluña (12,7), pero muy superior y hasta casi el doble de comunidades como Castilla-La Mancha (7,38) o la Comunidad Valenciana (7,84). De ellos, el 89,46% en 2015 fueron interrupciones por decisión de la mujer, el 6,51% por grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y el resto por patología fetal.

Estos datos son muy alarmantes, más aún cuando actualmente los jóvenes habitualmente reciben información sobre educación sexual y métodos

anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual con campañas de publicidad, talleres en los centros de enseñanza, a través de las redes sociales, que proporcionan una cantidad incalculable de información al respecto, etc. Pero ¿es suficiente para que las adolescentes estén informadas?, ¿realmente les llega esa información?, ¿utilizan los recursos sanitarios?, ¿tienen una preparación y orientación para una conducta sexual responsable?, ¿saben buscar información veraz?^{7,8}. Según datos de una encuesta nacional sobre sexualidad a adolescentes, el 52,8% de las chicas reconoce haber tenido relaciones con penetración entre los 15-19 años (de ellas el 62,3% refieren usar método anticonceptivo)⁹. En un trabajo realizado por parte de nuestro equipo en el contexto del Programa de Intervención en Educación Sexual de la Comunidad Valenciana¹¹ en los colegios se pone de manifiesto la carencia de conocimientos o los conocimientos erróneos sobre salud sexual; de ahí surge la necesidad de informar, formar y educar a los jóvenes en esta área. La educación sexual debería estar incluida en la formación académica de los estudiantes a lo largo de toda su vida escolar^{4,7,8,10}.

Son muchas las revisiones bibliográficas y publicaciones sobre embarazo y epilepsia, estas centradas en su mayoría en líneas de tratamiento farmacológico y las complicaciones secundarias tanto del paciente como del feto^{2,8}. Habitualmente antes de la gestación ya se conoce la enfermedad y lo poco frecuente como en nuestro caso es que sea la epilepsia el punto de partida para el diagnóstico de la gestación. La mayoría de los casos se detectan cuando las pacientes llegan a consultas por otros motivos: molestias digestivas, síntomas urinarios, ganancia de peso, sin que muchas veces refieran el retraso menstrual, de ahí que los pediatras debamos ampliar nuestra visión y adaptarnos a las necesidades de una adolescencia cada vez más precoz en la sexualidad y con posibilidad de embarazarse y de contraer enfermedades de transmisión sexual⁸. Probablemente los pediatras debamos considerar el test de gestación como una prueba más dentro de la batería de pruebas complementarias

que manejamos habitualmente en las consultas y en urgencias en adolescentes. Así se podrán realizar detecciones precoces de la gestación con los consiguientes abordajes multidisciplinares pertinentes^{3,4,8}.

CONCLUSIONES

- Debemos fomentar la educación sexual tanto en los centros de salud como en los centros educativos y de forma cada vez más precoz.
- Se debería plantear la instauración del test de gestación como una prueba diagnóstica más en la batería de pruebas complementarias pediátricas en las adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nariño D. Epilepsia y embarazo. En: Asociación Colombiana de Neurología [en línea] [consultado el 13/04/2018]. Disponible en www.acnweb.org/guia/g2c11i.pdf
2. Domínguez M, Díaz-Obregón Santos MC, Bhathal H, Santiago-Gómez R. Epilepsia y embarazo. *Rev Neurol*. 2001;33:1179-85.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo en la adolescencia. *Prog Obstet Ginecol*. 2014;57:380-92.
4. Perkal Rug G. El embarazo en la adolescente. *Rev Form Cont SEMA*. 2015;3:35-6.
5. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Texto consolidado. Última modificación: 22 de septiembre de 2015. BOE núm. 55, de 4 de marzo de 2010. Disponible en www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514
6. Datos estadísticos, interrupción voluntaria del embarazo. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [en línea] [consultado el 13/04/2018]. Disponible en www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm

- El embarazo en adolescentes puede ser detectado de forma casual al consultar por otro motivo, antes de pruebas invasivas o antes de tomar fármacos teratogénos; debemos pensar en él.
- El embarazo en adolescentes precisa un abordaje multidisciplinar.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

EA: embarazo en la adolescencia • **IVE:** interrupción voluntaria del embarazo.

7. Guerrero Masiá MD, Guerrero Masiá M, García-Jiménez E, Moreno López A. Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10:433-42.
8. Generating demand and community support for sexual and reproductive health services for young people. A review of the literature and programmes. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 13/04/2018]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44691/1/9789241502214_eng.pdf
9. Equipo Daphne, Bayer Schering Pharma. Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española. 3.ª Encuesta Bayer Schering Pharma. En Equipo Daphne [en línea] [consultado el 13/04/2018]. Disponible en www.equipodaphne.es/archivos/encuestas/presen-tacionj.pdf
10. Jiménez Candel MI, Mansilla Collado J, Aranda García E, Muñoz Jaramillo P. Sexualidad saludable en nuestros jóvenes. Un programa de intervención escolar. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:e1-e5.
11. Gutiérrez-Álvarez AM. Uso de anticonvulsivos durante el embarazo y riesgo de malformaciones en el recién nacido: metanálisis. *Rev Neurol*. 2003;37:1022-8.