

EPILEPSIA ALCOHÓLICA

Es indiscutible que la ingesta excesiva de alcohol puede provocar crisis epilépticas.

Sin embargo, el diagnóstico de epilepsia alcohólica no debe efectuarse cada vez que la ebriedad provoca una crisis. De hecho, hay que distinguir:

1. La aparición accidental de una crisis después de la toma masiva de alcohol. Se trata de la embriaguez convulsiva.
2. La aparición de crisis debida a una ingesta alcohólica excesiva en los epilépticos diagnosticados. El alcohol es únicamente un factor desencadenante.
3. La aparición de crisis en un adulto sin antecedentes epilépticos, cuya única etiología es una intoxicación alcohólica crónica.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

La frecuencia de la epilepsia alcohólica es valorada de manera muy diversa: del 0,45 al 45% de las epilepsias del adulto. Estas divergencias se explican por la forma de elección de los pacientes y por los criterios adoptados tanto para el diagnóstico de la epilepsia como para el del alcoholismo.

De todas formas, se puede admitir que en España 1/4 de las epilepsias del adulto se deben a un exceso continuo de alcohol. Se estima que del 3,7 al 6,6% de alcohólicos crónicos presentan crisis.

Es una epilepsia del adulto que aparece después de una larga intoxicación. La edad media de la primera crisis oscila entre los 36 y los 38 años. Las mujeres constituyen el 5 al 18% de los casos.

Normalmente esta intoxicación es severa, con una mayor repercusión sobre las vísceras. Todas las clases de alcohol pueden provocarla pero en España el vino es el más importante.

MODALIDADES DE APARICIÓN DE LAS CRISIS

Pueden diferenciarse tres eventualidades:

1. **LAS CRISIS QUE APARECEN EN UNA CAÍDA DE LA ALCOHOLEMIA**

Debidas a una privación absoluta o relativa.

Representan del 18 al 75% de las crisis de epilepsia alcohólica.

1.A. **Privación absoluta:** cuando el enfermo espontáneamente o por obligación (hospitalización, prisión) cesa bruscamente la ingesta alcohólica.

1.B. **Privación relativa:** cuando hay un importante aumento del consumo habitual de bebida pero, a continuación, el alcohólico vuelve a su ración normal.

Son crisis que nunca aparecen cuando el enfermo tiene todavía una alcoholemia elevada. El 50% de ellas se producen entre 13 y 14 horas después de interrumpir la toma de bebida; el 90% entre las 7 a las 48 horas y únicamente el 6%, 48 horas después de esta detención.

Hay que destacar que en 1/3 de los casos una crisis o, con mayor frecuencia, una serie de crisis marca el inicio de un *delirium tremens* o de estados confusio-nóricos alcohólicos.

2. LAS CRISIS HABITUALES DE LOS ALCOHÓLICOS

Aparecen en los alcohólicos antiguos, sin ninguna relación con una intoxicación aguda o con una privación brusca. Constituyen el 41 al 65% de las epilepsias alcohólicas.

Marchand la ha definido como “de aparición periódica, sin causa determinante como en la epilepsia idiopática, en los alcohólicos o en los antiguos alcohólicos ahora abstemios”.

3. CRISIS DE LOS CIRRÓTICOS

Crisis subintraentes que pueden acompañar a la descompensación de las cirrosis hepáticas. Estas crisis son muy particulares y están en el límite del concepto de epilepsia alcohólica.

SEMIOLOGÍA DE LAS CRISIS

Excluyendo las crisis parciales de los cirróticos, la gran mayoría de las crisis de la epilepsia alcohólica son generalizadas tónico-clónicas.

Estas crisis tienen características típicas: duración relativamente corta; ausencia de grito inicial; predominio de la fase clónica, incluso ausencia de la fase tónica; carácter morfeico en 1/3 de los casos.

Son poco frecuentes, a menudo únicas (del 13 al 55%), pero por lo general hay como media de 2 a 3 crisis por año. En 1/4 de los casos pueden aparecer en salvos. El estado de mal es excepcional.

Se han señalado también crisis focales pero en todos los casos deben hacernos sospechar una lesión asociada.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El pronóstico forma un conjunto que depende, por una parte, de la importancia de la intoxicación etílica con sus repercusiones sobre otros órganos, por otra, de la existencia de una lesión cerebral irreversible, y por último, de la influencia de la abstinencia en la aparición de las crisis.

Pueden diferenciarse dos tipos de enfermos:

1. Sujetos en los que el cese de la intoxicación hace desaparecer las crisis. En general son personas bastante jóvenes. Esta epilepsia reversible parece estar en relación con alteraciones metabólicas (hipocaliemia, carencia de piridoxina).
2. Enfermos con más de 50 años que, a pesar de su abstinencia, continúan teniendo crisis. Estas epilepsias irreversibles parecen estar relacionadas con lesiones meningoencefálicas de origen alcohólico, en las que es patente la atrofia cortical, sobre todo de localización frontal, objetivada por el examen tomográfico.

Para Pinel, la potenciación de los efectos del alcoholismo crónico y de las crisis de abstinencia incluidas en la historia epiléptica de estos enfermos actuaría como un “efecto Kindling”.

Las indicaciones del tratamiento siguen siendo reducidas debido a razones elementales: es una epilepsia con crisis no muy bien definidas; el tratamiento nunca se sigue bien; existe la posibilidad de un aumento del riesgo de las crisis a causa de la abstinencia terapéutica y de la interacción medicamento-alcohol.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la epilepsia alcohólica es quizá fácil desde el punto de vista estadístico pero siempre difícil a nivel individual. Debe ser un diagnóstico de exclusión:

“El alcoholismo, evidentemente, no inmuniza de las demás causas de epilepsia.” Hillbom ha insistido recientemente en las diferentes etiologías (sobre todo el traumatismo craneal) descubiertas en los pacientes hospitalizados por crisis relacionadas con la excesiva ingesta de alcohol.

Hay que diferenciar la epilepsia alcohólica de:

- ❑ El efecto del alcohol en los epilépticos. El alcohol favorece la aparición de las crisis.
- ❑ Algunos sujetos predispuestos presentan crisis con ocasión de excesos incluso mínimos.
- ❑ Algunos epilépticos se vuelven alcohólicos, y este alcoholismo neurótico comporta un amplio cuadro de alteraciones del comportamiento. Las crisis se vuelven más frecuentes y más rebeldes a un tratamiento que, por lo general, es mal seguido.
- ❑ En algunos casos un exceso de bebida puede provocar una epilepsia hasta entonces latente. El E.E.G. puede mostrar paroxismos espontáneos. Si éste es normal, “la activación por el alcohol” permite evidenciar descargas de puntas-ondas bilaterales y sincrónicas, sobre todo bajo el efecto de la estimulación luminosa intermitente.
- ❑ La embriaguez convulsiva: una embriaguez, una absorción masiva de alcohol puede ser epileptógena, incluso en niños, pero éstas son crisis accidentales, no una enfermedad epiléptica.