



## 1740 - ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ESTATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

*Cristina Villarejo Elena, David Lozano Fernández, María Rocío Pacheco Yepes, Victoria Fernández Sánchez, Halbert Hernández Negrín y Ricardo Gómez Huelgas*

*Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las características clínicas y evolución de los pacientes con sospecha de estatus epiléptico no convulsivo (EENC) diferenciando aquellos con confirmación del mismo de los que presentaron encefalopatía difusa inespecífica (EDI).

**Métodos:** Estudio analítico observacional de las solicitudes de electroencefalograma (EEG) ante sospecha de EENC en pacientes hospitalizados en la unidad de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel entre enero de 2018 y mayo de 2023, así como de sus historias clínicas. Se realizó un análisis comparativo entre los pacientes con hallazgos electroencefalográficos de EENC y de EDI. Para ello se empleó el *software* IBM-SPSS v.26 y los test de chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher.

**Resultados:** Se confirmaron 24 casos de EENC (61,54%) y 15 de EDI (38,46%). La edad media fue ligeramente mayor en el grupo de EDI (78,2 frente a 73,79). En ambos grupos se vio un predominio de sexo femenino (86,7% en EDI y 70,8% en EENC). Los antecedentes de demencia y alteraciones estructurales del SNC estuvieron más presentes en el grupo de EDI (33% frente al 20,8% y 40% frente al 25%, respectivamente). El tratamiento crónico con psicotropos, en concreto con ISRS, estaba presente en el 33,3% de los EENC y en el 13,3% de las EDI. El 66,7% de ambos grupos recibió antibioterapia y paralelamente la presencia de infección sistémica fue bastante similar (62,5% en EENC y 53,3% en EDI). El uso de cefepime y quinolonas fue mayor en el grupo de EENC (cefepime: 37,5% en EENC y 13,3% en EDI; quinolonas: 16,7% en EENC y 6,7% en EDI). Las alteraciones iónicas fueron ligeramente más frecuentes en el grupo de EENC (58,3% - 46,7%) aunque las alteraciones de la calcemia fueron más prevalentes en las EDI y las de la kaliemia en los EENC. El deterioro de función renal estuvo presente en el 54,2% de los EENC y en el 40% de las EDI. En ambos grupos se objetivó disminución del nivel de conciencia (100% EENC y 80% EDI), los síntomas negativos (afasia, amnesia, catatonía) fueron ligeramente más frecuentes en el grupo EDI (80-75%) y los positivos (mioclonías, nistagmo, automatismos) en el grupo EENC (54-33,3%). Se realizó EEG de control en el 70,8% de los pacientes con EENC apreciándose mejoría del mismo en el 70,6% de ellos. En las EDI únicamente se realizó en 1 paciente objetivándose mejoría. La tasa de respuesta clínica positiva fue del 58,3% en el grupo EENC y del 53,3% en EDI; y la tasa de *exitus* del 58,3% en EENC y del 46,7% en EDI. No obstante, en ninguno de estos análisis se halló significación estadística. Realizando un subanálisis de los EENC, se ha encontrado ligera asociación entre los síntomas positivos y la no respuesta al tratamiento ( $p = 0,047$ ) y entre hiperkaliemia y *exitus* ( $p =$

0,024).

	<b>EENC</b>	<b>EDI</b>	<b>p</b>
Tamaño muestral	N = 24	N = 15	
Edad media	73,8	78,2	0,0675
Sexo			0,437
<i>Hombre</i>	7 (29,2%)	2 (13,3%)	
<i>Mujer</i>	17 (70,8%)	13 (86,7%)	
AP epilepsia	4 (16,7%)	2 (13,3%)	1
AP demencia	5 (20,8%)	5 (33,3%)	0,384
AP estatus epiléptico convulsivo/no convulsivo	1 (4,2%)	1 (6,7%)	1
AP alteraciones estructurales del SNC	6 (25%)	6 (40%)	0,323
<i>Tumor</i>	2 (8,3%)	0	0,514
<i>Pos-TCE</i>	1 (4,2%)	1 (6,7%)	1
<i>ACV isquémico</i>	3 (12,5%)	2 (13,3%)	1
<i>Intervención quirúrgica previa</i>	1 (4,2%)	3 (20%)	0,279
Tratamiento habitual domiciliario con psicotropos	12 (50%)	6 (40%)	0,542
<i>ISRS</i>	8 (66,6%)	2 (33,3%)	0,263
<i>Otro</i>	4 (33,3%)	4 (66,7%)	
Tratamiento antibiótico en el ingreso (previo a desarrollo EENC)	16 (66,7%)	10 (66,7%)	1
<i>Cefepime</i>	9 (37,5%)	2 (13,2%)	0,150
<i>Quinolonas</i>	4 (16,7%)	1 (6,7%)	0,631
Interrupción de tratamiento habitual con benzodiazepinas	7 (29,2%)	5 (33,3%)	0,784
Interrupción de tratamiento habitual con opiáceos	10 (41,7%)	7 (46,7%)	0,759
Presencia de infección sistémica	15 (62,5%)	8 (53,3%)	0,571
Alteraciones iónicas	14 (58,3%)	7 (46,7%)	0,477
<i>Hipercalcemia</i>	3 (12,5%)	4 (28,6%)	0,387
<i>Hipocalcemia</i>	2 (8,3%)	2 (14,3%)	0,616
<i>Hiperkaliemia</i>	6 (25%)	0	0,067
<i>Hipokaliemia</i>	5 (20,8%)	3 (21,4%)	1
<i>Hipomagnesemia</i>	1 (4,2%)	1 (7,1%)	1
<i>Otro</i>	11 (45,8%)	3 (21,4%)	0,175
Deterioro de función renal (FG < 40)	13 (54,2%)	6 (40%)	0,389
Alteración de la función hepática	7 (29,2%)	4 (26,7%)	1
Deterioro del nivel de consciencia	24 (100%)	12 (80%)	0,050
Síntomas negativos	18 (75%)	12 (80%)	1
Síntomas positivos	13 (54,2%)	5 (33,3%)	0,204
Tratamiento con benzodiazepinas tras diagnóstico	22 (91,7%)	11 (73,3%)	
Tratamiento con FAE tras diagnóstico	21 (87,5%)	5 (33,3%)	
Realización de punción lumbar	10 (41,7%)	2 (13,3%)	
Realización de EEG control	17 (70,8%)	1 (6,7%)	
<i>Mejoría electroencefalográfica</i>	12 (70,6%)	1 (100%)	
<i>Empeoramiento o ausencia de cambios electroencefalográficos</i>	5 (29,4%)	0	

Respuesta clínica positiva	14 (58,3%)	8 ((53,3%)	0,756
<i>Exitus</i>	14 (58,3%)	7 (46,7%)	0,477

	<b>Nº pacientes con síntomas positivos</b> (N = 13)	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>No respuesta clínica positiva</b>	8	61,5%	0,049
<b>Respuesta clínica positiva</b>	5	38,5%	
	<b>Nº pacientes con hiperkaliemia (N =</b> 6)	<b>%</b>	<b>p</b>
<i>Exitus</i>	6	100%	0,024
<b>No exitus</b>	0		

*Conclusiones:* Aunque los datos sugieren una posible asociación entre ciertas variables y el desarrollo de EENC no se ha encontrado significación estadística en ninguna de las estudiadas, lo cual probablemente se encuentre relacionado con el pequeño tamaño muestral de nuestro estudio.

## **Bibliografía**

1. Wang X, Yang F, Chen B, *et al.* Non-convulsive seizures and non-convulsive status epilepticus in neuro-intensive care unit. *Acta Neurol Scand* [Internet]. 2022;146(6):752-60.
2. Triplett JD, Lawn ND, Chan J, *et al.* Cephalosporin-related neurotoxicity: Metabolic encephalopathy or non-convulsive status epilepticus? *J Clin Neurosci* [Internet]. 2019;67:163-6.
3. Kinney MO, Craig JJ, Kaplan PW. Non-convulsive status epilepticus: mimics and chameleons. *Pract Neurol* [Internet]. 2018;18(4):291-305. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/practneurol-2017-001796>
4. Máñez Miró JU, Díaz de Terán FJ, Alonso Singer P, *et al.* Uso de la electroencefalografía urgente por el neurólogo de guardia: utilidad en el diagnóstico del estatus epiléptico no convulsivo. *Neurología* [Internet]. 2018;33(2):71-7.
5. Muñoz Muñante A, Mérida Rodrigo L, Marcos Herrera M, *et al.* Estatus epiléptico no convulsivo. *Rev Soc Peruana Med Interna*. 2016;29(1).