

**PRINCIPIOS BÁSICOS PARA ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN EPILEPSIA**

**Resumen.** Objetivo. *Hasta años recientes los estudios epidemiológicos sobre epilepsia no fueron muy frecuentes. La falta de conocimiento de conceptos epidemiológicos y de un criterio común de elaboración de las encuestas fueron probablemente el origen de ello. Afortunadamente, en los últimos años se han publicado numerosos estudios tanto en países industrializados como en vías de desarrollo, en diferentes grupos de edad y abarcando todos los aspectos de la epilepsia. Tratamos de exponer los principales conceptos de neuroepidemiología y los métodos de medición epidemiológica con aplicación a la epilepsia. Desarrollo. Se exponen los criterios de planificación de un estudio epidemiológico que abarca la conceptualización del problema, la selección del modelo y de los métodos, y finalmente el tratamiento de los datos y la interpretación de los resultados. Se analiza la muestra objeto de estudio y las variables del mismo. Se definen los conceptos de ensayo clínico, ensayo de campo, estudios transversales, muestreo, estudio de cohortes, caso control, metanálisis, sensibilidad y especificidad de una prueba. Se exponen las definiciones y los criterios básicos de la Liga Internacional contra la Epilepsia para iniciar un estudio epidemiológico en epilepsia. Finalmente, se revisan los estudios epidemiológicos más recientes llevados a cabo, con especial énfasis a los efectuados en nuestro medio. Conclusiones. Los estudios epidemiológicos son fundamentales para establecer conclusiones y avances en la investigación en epilepsia. El apoyo de un epidemiólogo resulta básico. [REV NEUROL 2002; 34: 519-26]*  
**Palabras clave.** Epidemiología. Epilepsia. Incidencia. Prevalencia.

**PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS NA EPILEPSIA**

**Resumo.** Objetivo. *Até há poucos anos, os estudos epidemiológicos sobre epilepsia não foram muito frequentes. A falta de conhecimento de conceitos epidemiológicos e de um critério comum de elaboração dos inquéritos estiveram provavelmente na base disso. Felizmente, nos últimos anos foram publicados numerosos estudos, tanto em países industrializados, como em vias de desenvolvimento, em diferentes grupos etários e abrangendo todos os aspectos da epilepsia. Tratamos de expor os principais conceitos de neuroepidemiologia e os métodos de avaliação epidemiológica com aplicação na epilepsia. Desenvolvimento. São expostos os critérios de planificação de um estudo epidemiológico que abrange a conceitualização do problema, a seleção do modelo e dos métodos e finalmente o tratamento dos dados e a interpretação dos resultados. É analisada a amostra objecto do estudo e as variáveis do mesmo. São definidos os conceitos de ensaio clínico, ensaio de campo, estudos transversais, amostragem, estudo de grupos, caso controlo, meta-análise, sensibilidade e especificidade de uma prova. São expostas as definições e os critérios básicos da Liga Internacional Contra a Epilepsia para iniciar um estudo epidemiológico da epilepsia. Finalmente, são revistos os mais recentes estudos epidemiológicos, com especial ênfase para os efectuados no nosso meio. Conclusões. Os estudos epidemiológicos são fundamentais para estabelecer conclusões e avanços na investigação da epilepsia. O apoio de um epidemiologista é básico. [REV NEUROL 2002; 34: 519-26]*  
**Palavras chave.** Epidemiologia. Epilepsia. Incidência. Prevalência.

## Prevalencia de los distintos tipos de epilepsia en la práctica clínica

L. F.-V. Oller

### THE PREVALENCE OF DIFFERENT TYPES OF EPILEPSY IN CLINICAL PRACTICE

**Summary.** Introduction. *The author reviews the frequency with which different parameters are observed in the 7,500 patients included in his database, created in 1974 and last reviewed in June 2000. The objective of this review is not to do an epidemiological study, but exclusively for the evaluation of the characteristics of the patients who have attended the clinic in recent years. Since the population considered is not complete, but a particular transverse sector, strictly speaking it cannot be considered to be an epidemiological study. It is possible to make a hypothetical extrapolation from this data of a selected population to a general population. Patients and methods. We made a retrospective study of the database including 3,000 patients seen between 1974 and 1985. Between 1985 and 2000, 4,500 cases were analyzed prospectively. There were 7,500 patients altogether. Results. Regarding the types of seizures and their associations, the commonest were the association of simple partial crises and secondarily generalized partial seizures as seen in 661 patients (8.81%). Rather less often there were complex partial crises associated with secondarily generalized partial crises, seen in 640 patients (8.53%). We thus show the frequency of seizures of partial epilepsy. With regard to the types of epilepsy, we point out that the commonest is partial epilepsy (40.86%), to which one should add the cases of so-called unilateral epilepsy (398 patients, 5.3%) which was greater than those with generalized epilepsy (idiopathic and systemic and/or cryptogenic) (40.8%), with possible 'bias' due to the origin of the cases. Finally, we mention the frequency of epileptic syndromes. The commonest syndrome seen we have labelled as partial, secondarily generalized epilepsy (6.57%). However, when the syndromes were strictly classified according to established criteria, this was only possible in 2,013 of the 7,500 patients (26.84%). We interpret this, as recently described by Lombroso, as indicating a need for extension of the current classification of epileptic syndromes. [REV NEUROL 2002; 34: 526-31]*

**Key words.** *Forms of epilepsy in private ambulatory clinical practice. Frequency of epilepsies. Frequency of epileptic seizures. Frequency of epileptic syndromes.*

### INTRODUCCIÓN

Desde 1972, gracias al Dr. Luis Oller-Daurella (fallecido en 1996) y a sus colaboradores, entre los que desearía destacar al

Dr. Julián Márquez, empezamos a interesarnos en la codificación de las historias clínicas de nuestros enfermos epilépticos con el fin de llegar a edificar una base o banco de datos. Ello ha

Recibido: 26.09.01. Aceptado tras revisión externa sin modificaciones: 05.11.01.

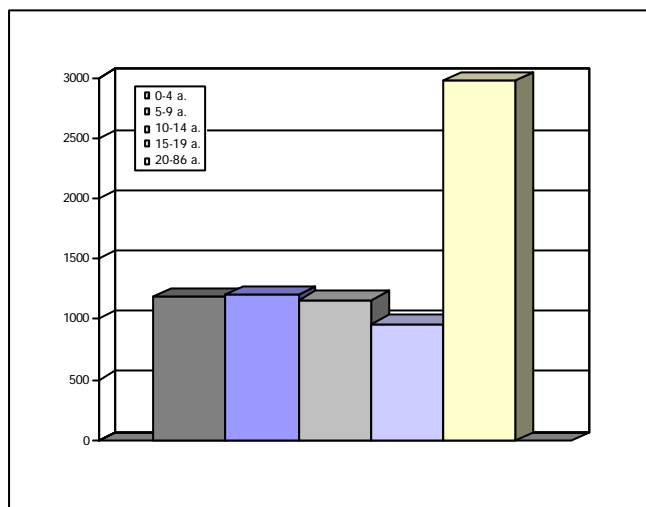
Neurólogo. Barcelona, España.

Correspondencia: Dr. Luis Oller Ferrer-Vidal. Escoles Pies, 89. E-08017

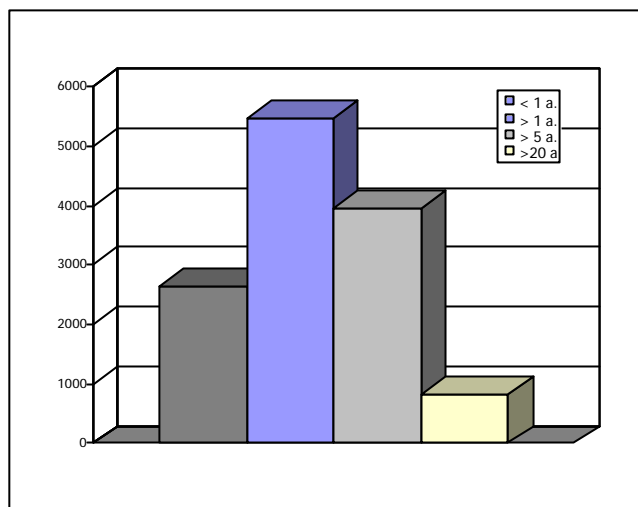
Barcelona, España. E-mail: lollerv@meditex.com

Presentado en el I Congreso de la Liga Española contra la Epilepsia, celebrado en Bilbao del 14 al 17 de noviembre de 2001.

© 2001, REVISTADENEUROLOGÍA



**Figura 1.** Edad del primer examen. Edad media del primer examen: 19,54 años. Varianza: 362,37.



**Figura 2.** Tiempo de seguimiento. Tiempo de seguimiento medio: 8,69 años. Varianza: 51,32.

visto su fruto en diferentes obras publicadas, como la monografía *5000 epilépticos: clínica y evolución* [1]. Existen muchos otros artículos basados en este procedimiento que sería prolijo citar aquí, pero de los cuales nos limitamos a citar los más relevantes en la bibliografía [2-5].

La creación de una base de datos no es una tarea fácil. Tan sólo trasladar los datos clínicos, paraclínicos y complementarios a dígitos tratables informáticamente (lo que denominamos codificar) comporta una unidad de criterio personal, continuamente variable en el curso de los nuevos conocimientos en epileptología, que sólo puede resolverse por medio de un equipo estrechamente vinculado por sus ideas. En nuestro caso, esto se ha llegado a conseguir plenamente gracias a una dedicación, en cuanto a tiempo y actualización de conceptos se refiere, que ha costado mucho más de lo que en principio podría deducirse del simple hecho de poseer un instrumental adecuado. De lo contrario, cualquier resultado obtenido habría sido, con alta probabilidad, erróneo y falso.

Hoy día prolifera la intención de hacer uso de las técnicas informáticas para tratar los datos de los pacientes de forma más ágil. Creemos necesarias estas acotaciones si deseamos obtener resultados fiables. Este concepto fue señalado por Tsuboi et al [6] en una de las aplicaciones de la informática en epilepsia más importantes, aun hoy, en la literatura mundial.

Las cifras de prevalencia (número de casos de un proceso por 1.000 habitantes) en epilepsia son extraordinariamente heterogéneas, y las cifras oscilan entre 2,7 [7] y 40 [8] por 1.000 habitantes. Estas diferencias se explican por el diseño del estudio, la población incluida, el *status* socioeconómico, el área geográfica (desarrollada o no, y con sus enfermedades endémicas causales), etc.

Hauser y Kurland [9] citan textualmente: 'Las cifras de prevalencia constituyen, más que un dato de la frecuencia, un reflejo de la supervivencia y de la gravedad o cronicidad de un proceso'. No es diferente lo que ocurre con las cifras de incidencia (número de casos nuevos por 100.000 habitantes y año), con valores comprendidos entre 24 [10] y 53 [11] casos nuevos por 100.000 habitantes/año.

En España existen publicados varios estudios epidemiológicos de interés. Entre ellos destacamos los realizados por Díez et al [12] en un colectivo en edad militar, y los recientes de

Tejeiro-Martínez et al [13] y de Serrano-Castro [14], quienes, basándose en una población de epilepsia del adulto subsidiario de ingreso hospitalario, describen el interesante concepto de 'prevalencia relativa' (cociente entre la prevalencia de una característica clínica en un tramo de edad y la prevalencia de esa característica en el total de su población) y llaman la atención sobre el incremento de la misma con la edad, en las crisis parciales de los síndromes indeterminados y en las crisis generalizadas entre los 31 y 60 años de edad, y sobre la disminución de las pseudocrisis en los tramos de edad avanzada.

No señalaremos la bibliografía mundial sobre el tema, sino que remitiremos al lector interesado a los trabajos clásicos de Hauser et al [15] y de Sander et al [16].

El presente trabajo no tiene pretensiones epidemiológicas, sino que únicamente constituye una aportación al conocimiento de la posible frecuencia de los tipos de crisis, tipos de epilepsia y síndromes epilépticos observados, tras una larga y cuidadosa metodología, en 7.500 epilépticos ambulatorios. Admitimos, aunque con fundadas reservas, todo tipo de sesgo que pueda 'disminuir' el valor de los resultados que se exponen.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se han recogido de nuestra consulta, desde el año 1972, los datos de un total de 7.500 enfermos, revisados y actualizados continua y sistemáticamente en una base de datos creada específicamente para tal fin en 1976. Los enfermos, antes de su ingreso al sistema informático, se codificaron en 1.000 posibles ítems por cada uno, en más de 115 campos de información [1]. El proceso de codificación, fundamental en cualquier estudio informático de un proceso biológico, podría calificarse de 'obsesivo' porque, con el fin de descartar errores, se modificaba continuamente en función de las adquisiciones aprobadas por los diferentes comités *ad hoc* de la International League Against Epilepsy (ILAE). Los pacientes se reunieron, inicialmente, en dos grupos:

1. Un primer contingente de 3.000 enfermos, codificados entre 1974 y 1976, cuyas características se han ido siguiendo evolutivamente en gran número de ellos. Se analizaron en forma retrospectiva
2. Un segundo grupo de 4.500 pacientes, examinados entre 1977 y 2000, que se estudiaron en forma prospectiva.

Los enfermos se han clasificado según los criterios de la Comisión de Clasificación y Terminología de las Crisis Epilépticas de la ILAE de 1981 [17], de la Comisión de Clasificación y Terminología de las Epilepsias y Síndromes Epilépticos de la ILAE de 1989 [18] y de la Comisión de Epidemiología y

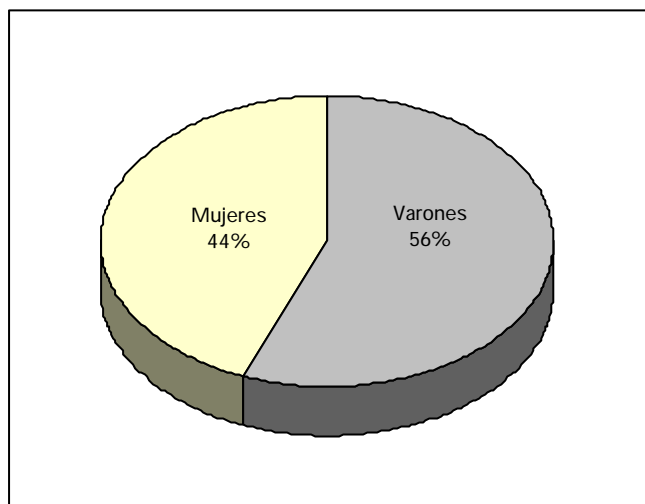


Figura 3. Sexo.

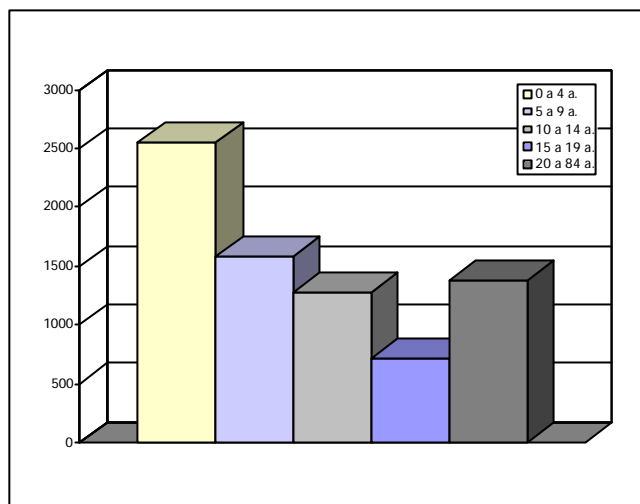


Figura 4. Edad de inicio de la epilepsia. Edad de inicio media: 12,2 años.

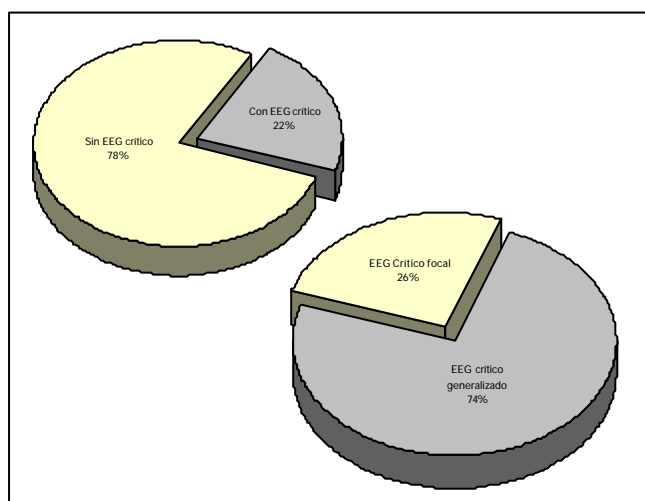


Figura 5. EEG crítico.

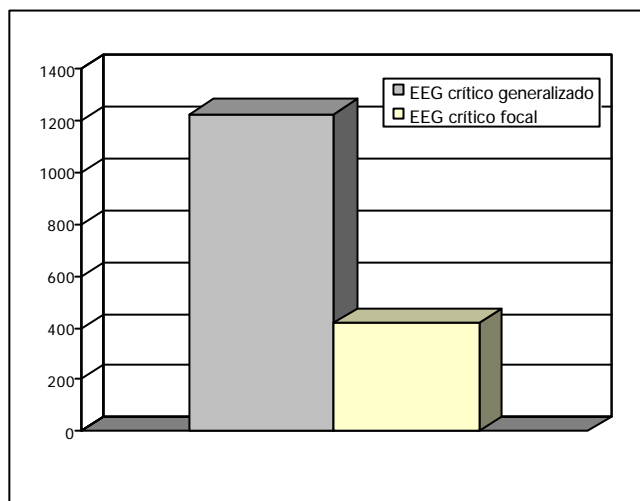


Figura 6. EEG crítico.

Pronóstico de la ILAE de 1993 [19]. En este sentido creemos, junto con Hauser y Kurland [9], que las definiciones deben ser claras y concisas. Así, aceptamos el concepto de epilepsia como aquella condición o proceso patológico caracterizado por la aparición de dos o más crisis originadas en una descarga neuronal excesiva.

El diagnóstico de epilepsia y del tipo de crisis epiléptica ha sido muy cuidadoso. En primer lugar, y como factor fundamental, la descripción minuciosa de las crisis se ha recogido tantas veces como ha sido necesario a través de un interrogatorio no forzado efectuado al enfermo, a los familiares o, en cualquier caso, a un observador directo del acceso. Se prestó especial interés a la cronología en la aparición de cada uno de los accesos. Si el enfermo perdió conciencia y no existían observadores directos, se llegó a clasificarlo por las crisis sucesivas observadas y por medios complementarios. Debe destacarse que en el 22,02% del total de los casos (sin activaciones farmacológicas, sino exclusivamente por hiperapneas prolongadas, estimulación luminosa intermitente y registros EEG bajo privación total de sueño) se ha conseguido un registro electroencefalográfico crítico, y en gran número de ellos con documentación visual en forma de película, vídeo en blanco y negro, vídeo doméstico en color (aportado por los familiares), vídeo-EEG en color y, en los últimos tiempos, mediante vídeo-EEG digital con dos cámaras de televisión en un primer plano sobre el área afectada, y otra aportando un plano general, todo ello grabado en DVD. En todos los casos se ha efectuado luego un examen neurológico completo, un estudio neurofisiológico electroencefalográfico guiado por nosotros mismos con el fin de confirmar o rebatir una hipótesis

diagnóstica emanada de la historia clínica y del resto de pruebas de neuroimagen, si fuera oportuno o indicado por la clínica.

El diagnóstico del síndrome se efectuó sobre la base del estudio clínico antes referido, con especial hincapié en la cronología de los accesos y en los estudios complementarios funcionales (EEG habitualmente con un registro tras privación de sueño) y anatomofuncionales (TAC, RM y variantes, estudios isotópicos). Únicamente se efectuaron en raras ocasiones estudios polisomnográficos, tomografía por emisión de positrones (PET) o magnetoencefalografía. Recogimos el porcentaje de los diferentes tipos de crisis, la posible evolución cronológica de uno a otro tipo, el porcentaje del tipo de epilepsia en que podía encuadrarse al paciente, y el número de casos que cumplían todas y cada de las características de los síndromes epilépticos aceptados [18,19].

## RESULTADOS

El total de los 7.500 casos poseía las siguientes características demográficas principales—consultese el resto en [1].

1. *Edad del primer examen*: osciló entre 0 y 86 años, con una edad media próxima a los 20 años (19,54 años) y una varianza de 362,37. Entre 0 y 4 años se observaron 1.187 casos; entre 5 y 9 años, 1.207; entre 10 y 14 años, 1.165; entre 15 y 19 años, 954 casos; hasta, por ejemplo, entre 70 y 86 años, 51 casos (Fig. 1).
2. *Tiempo de seguimiento o de observación*: el tiempo medio ha sido de 8,69 años (varianza: 51,32 años). Menos de un año, 2.032 casos; más de un año,

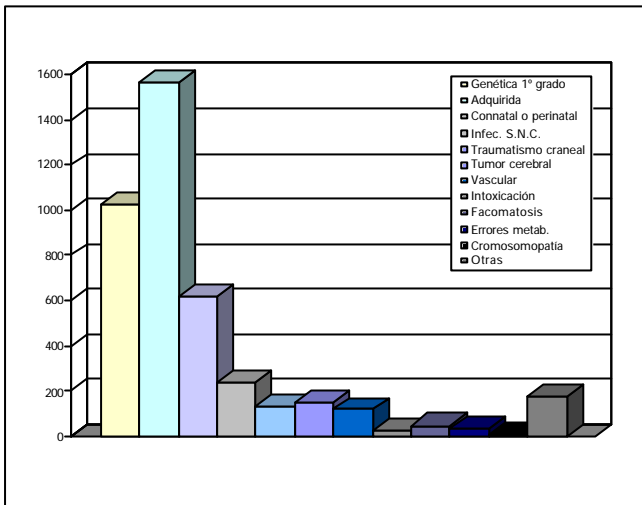


Figura 7. Etiología cierta.

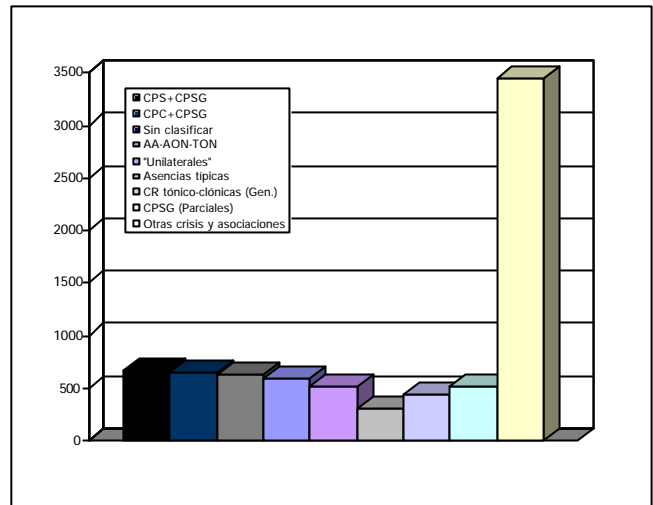


Figura 8. Tipos de crisis epilépticas.

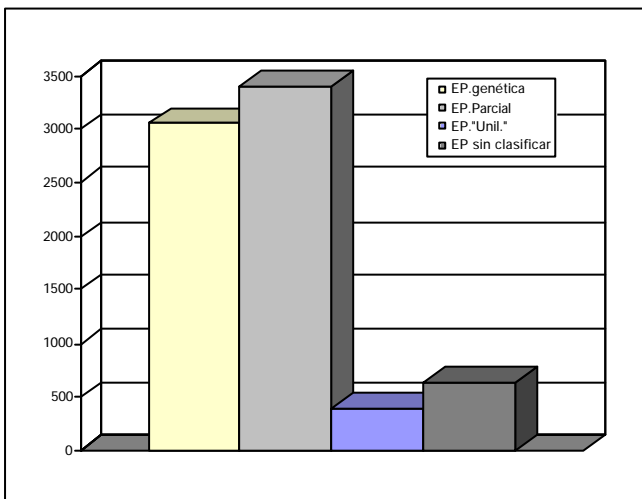


Figura 9. Tipos de epilepsia.

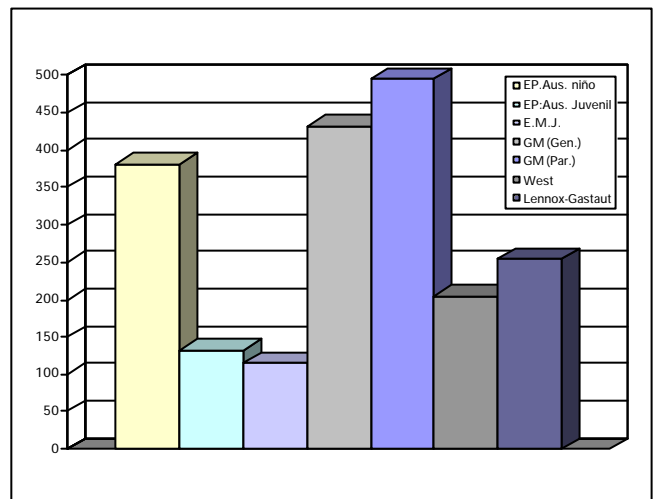


Figura 10. Tipos de síndromes. 2.013/7500= 26,84%.

- 5.468; más de cinco años, 3.942; más de 20 años, 816 casos. Ello da una idea de la validez de las afirmaciones pronósticas en nuestro grupo (Fig. 2).
3. *Sexo:* eran varones 4.204 sujetos (56,1%), mientras que pertenecían al sexo femenino 3.296 enfermas (43,9%), proporción global que se observa en la mayor parte de las casuísticas, aunque la distribución según las formas de epilepsia no es homogénea (Fig. 3).
  4. *Edad de inicio de la epilepsia:* este dato nos parece interesante. La edad de inicio media fue de 12,20 años. No obstante, predomina un inicio precoz: entre 0 y 4 años, 2.547 casos (34,0%); entre 5 y 9 años, 1.588 casos (21,2%); entre 10 y 14 años, 1.278 casos (17,0%); entre 15 y 19 años, 712 casos (9,5%); y en el otro extremo, entre los 20 y 84 años, las crisis se inician en 1.375 enfermos (18,3%). Ello quiere decir que en la edad adulta se inicia casi el 20% de las epilepsias. Por encima de los 50 años aparecen crisis epilépticas no provocadas y recurrentes en 229 enfermos (más de un 3,05% del total). Creemos que estos datos concuerdan con la distribución en dos picos de máxima frecuencia en el niño y en el adulto mayor y en el anciano. Probablemente, al no ser una población susceptible de un ingreso hospitalario, el porcentaje de edad elevada sería algo menor en nuestra serie que en la de Serrano-Castro [14] (Fig. 4).
  5. *Forma clínica de inicio:* se divide en dos grupos en función de si las crisis han sido recurrentes o repetidas desde un inicio (formas recurrentes), que constituyen 6.015 pacientes (81,4%), o si, a diferencia de aquéllas, antes de presentarse las crisis epilépticas repetidas han aparecido crisis aisladas,

- crisis repetidas seguidas de un intervalo prolongado sin crisis, crisis que se iniciaron por un estado de mal, o crisis febriles seguidas luego de crisis epilépticas repetidas (formas no recurrentes), que constituyeron 1.485 pacientes (19,6%).
6. *EEG crítico:* en 1.652 enfermos se obtuvieron uno o varios registros electroencefalográficos críticos que autentifican el diagnóstico con máxima exactitud. Ya nos hemos referido antes a la ausencia de activaciones farmacológicas. Es significativo el hecho de que en un 22,02% de nuestros pacientes tengamos un documento gráfico y visual de sus accesos, particularmente si se considera que en época anterior a la actual no se disponía de los sistemas continuos de vídeo actuales. Pueden dividirse los EEG críticos en dos grandes grupos: registros ictales generalizados –1229 casos (16,38%)– y registros ictales focales –423 casos (5,64%)–. Creemos que este índice autentifica la validez diagnóstica de la casuística (Figs. 5 y 6).
  7. *Etiología:* los antecedentes familiares (no factores genéticos en sentido estricto) se han recogido en 1.872 pacientes (24,96% del total) y se han tenido en cuenta un amplio grado de parentesco con el paciente. Corresponderían a 1.058 varones (56,52%) y a 814 mujeres (43,48%). Si tan sólo incluímos a los familiares directos (descendientes y ascendientes en primer grado), la cifra total es de 1.025 sujetos (13,6%): 598 varones (58,34%) y 427 mujeres (41,48%).

Respecto a la etiología adquirida cierta (es decir, con máximo grado de

implicación) podemos citar los siguientes factores implicados: connatales o perinatales, 618 casos (8,24%); infecciones del sistema nervioso central, 240 casos (3,20%); traumatismos craneales, 186 casos (2,48%); tumores cerebrales, 150 casos (2,00%); procesos vasculares cerebrales, 120 casos (1,60%); intoxicaciones, 27 casos (0,36%); facomatosis, 47 casos (0,62%); errores congénitos del metabolismo, 33 casos (0,44%); cromosomopatías, 12 casos (0,16%), y otras no precisadas o posiblemente no totalmente seguras, 181 casos (2,41%). Así, en 1.614 pacientes existe un factor adquirido cierto (21,52% del total).

Las pseudocrisis en nuestra metodología de banco de datos quedaban excluidas por criterios diagnósticos. Ello no implica que cualquier enfermo epiléptico pueda presentar en el curso de su evolución (y de hecho las presenta con cierta frecuencia, por lo que debe revisarse esta posibilidad en cada nueva consulta) una crisis cerebral y, por las connotaciones despectivas de esta enfermedad, crisis psíquicas (Fig. 7). Para completar datos acerca de la evolución, neuroimagen y demás factores, se remite al lector a la bibliografía [1,6].

Por lo que se refiere a los tipos de crisis epilépticas observadas, se aprecia una mayor frecuencia de la asociación de crisis parciales simples y de crisis secundariamente generalizadas (661 enfermos, 8,81% del total), seguido de la asociación de crisis parciales complejas y de crisis secundariamente generalizadas (640 casos, 8,53%), y a continuación, las crisis sin clasificar (624 casos, 8,32%). Quizá por nuestra especial dedicación al síndrome de Lennox-Gastaut, la asociación de crisis de ausencias atípicas, crisis tónicas y crisis atónicas se observó con una frecuencia considerable (592 enfermos, 7,89%), para luego predominar el grupo de crisis denominadas unilaterales (519 sujetos, 6,92%) y, con la misma frecuencia, las crisis de ausencias típicas asociadas a crisis generalizadas convulsivas tónico-clónicas y las crisis parciales secundariamente generalizadas (508 enfermos, 6,67%). Otros tipos de crisis aisladas o asociadas representan porcentajes menores (Fig. 8).

Respecto a los tipos de epilepsia, se han dividido en epilepsias generalizadas (incluyendo las idiopáticas, sintomáticas y criptogénicas), observadas en 3.060 pacientes (40,8%), y en epilepsias parciales (incluyendo las idiopáticas, sintomáticas y criptogénicas), observadas en 3.404 casos (45,38%). Debe añadirse un grupo denominado por nosotros como 'epilepsias unilaterales' que podría corresponder, por sus caracteres generalizados y focales o generalizados con predominio hemisférico, o parciales con síntomas generalizados, al tipo III propuesto por la Clasificación de Epilepsias y Síndromes [18]. Este grupo correspondería a 398 pacientes (5,30%). Por último existe un colectivo formado por epilepsias sin clasificar (quizá el bajo número de episodios ha impedido su clasificación), compuesto por 638 casos (8,50%) (Fig. 9).

Respecto a los síndromes epilépticos es donde se han encontrado mayores dificultades de identificación. En efecto, sólo ha podido clasificarse síndromicamente, con todas y cada una de las proposiciones de cada síndrome, a 2.013 de 7.500 enfermos (26,84%). Así, el síndrome epilepsia ausencias del niño se ha detectado en 381 enfermos (5,08%); el síndrome epilepsia ausencias juvenil, en 132 casos (1,76%); el síndrome epilepsia mioclónica juvenil, en 115 casos (1,53%); el síndrome crisis gran mal (tónico-clónicas) —incluyendo el gran mal del despertar y el *difusse* gran mal como forma de síndrome generalizado—, en 432 casos (5,76%); el síndrome de epilepsia parcial con crisis parciales secundariamente generalizadas, con signos de evidente origen relacionado con localización, en 493 casos (6,57%); el síndrome de West, en 205 niños (2,73% —cifra que disminuye gracias a su estudio por los relevantes neuropediatras de nuestro país—), y por último, el auténtico síndrome de Lennox-Gastaut (excluyendo ese cajón de sastre de encefalopatías con crisis epilépticas), cumpliendo las condiciones estrictas de su definición, en 255 casos (3,40%) (Fig. 10).

Puede argumentarse que la capacidad para clasificar nuestras epilepsias y síndromes 'relacionados con localización' es baja, hecho que más bien nos parece un déficit de la clasificación actual vigente; en este sentido, resulta muy útil la clasificación propuesta por Lüders et al [20], de reciente publicación. De cualquier forma, dejando aparte los síndromes específicos del primer año de vida, creemos que queda mucho por profundizar y debe enseñarse a aplicar con rigurosidad la totalidad de los síndromes epilépticos, por las

razones terapéuticas, pronósticas y evolutivas que esta terminología comporta, mucho más allá de razones puramente académicas.

Tenemos conocimiento, a través de los autores, que la actualización del libro de Roger et al [21] está bastante próxima.

De interés puede ser para el lector el capítulo redactado por Oller Ferrer-Vidal [22] sobre el síndrome de ausencias del niño y de la edad juvenil.

## DISCUSIÓN

Ya advertíamos que no se trata, a nuestro entender, de un estudio epidemiológico. Por tanto, hemos obviado cualquier referencia a valores de prevalencia, lo que hubiera resultado muy sencillo con tan extensa casuística. Quizá nuestro criterio de epidemiología sea excesivamente estricto, pero si no sabemos la población base que asiste a nuestra consulta, no nos parece prudente emitir juicios en este campo. Quizás los especialistas epidemiólogos puedan considerar interesantes las cifras.

No negamos que el análisis retrospectivo de 3.000 casos —vistos algunos de ellos por vez primera hace muchos años por L. Oller-Daurella—, junto con muchos otros casos personales propios (alrededor de 2.500) cuya codificación representó una ardua tarea realizada por éste y por quien firma este artículo —dos neurólogos apasionados por el tema—, constituyó una desventaja, pero al mismo tiempo fue una satisfacción comprobar que esta base de datos ha sido consultada con frecuencia por otros colegas, especialmente extranjeros, que son quienes más de cerca vivieron su creación.

Observamos una ligera diferencia en cuanto a la frecuencia de crisis descrita en la literatura y los datos aportados. Hauser y Kurland [9] y Zielinski [23] aportan cifras de crisis parciales del 66 y 65%, respectivamente, mientras que en nuestra muestra es del 44,3%, a lo que debe añadirse el 6,92% de crisis unilaterales, lo que alcanzaría una cifra total de crisis parciales en nuestra serie del 51,22%.

Este 14% de diferencia puede explicarse por la 'selección' de enfermos que acuden a nuestra consulta, afectados con ligera mayor incidencia de crisis generalizadas. Pero en modo alguno la causa puede imputarse a un diagnóstico electroencefalográfico de crisis generalizada, ya que ha sido norma no realizar ninguna de estas exploraciones si no es para confirmar o descartar una orientación diagnóstica basada en nuestra propia y detenida anamnesis y examen neurológico completo. Otras diferencias estriban en la base poblacional a donde acude el enfermo, puesto que las cifras de epilepsias parciales son más frecuentes en los centros hospitalarios, ya sean consultas externas de los servicios de urgencia o enfermos hospitalizados. Ello explicaría el relativamente menor número de ancianos en nuestro grupo respecto a la población hospitalaria (donde creemos que se han realizado los escasos estudios publicados de poblaciones extensas de epilépticos, con o sin fines epidemiológicos), especialmente con patología cerebrovascular, que acuden a los centros hospitalarios en la fase aguda, seguidos de quienes acuden a servicios y unidades de epilepsia.

El reconocimiento y la clasificación de los síndromes indeterminados añadiría más razones para profundizar en la clasificación de síndromes; debería estudiarse con detenimiento ese 8,32% de casos (624) de crisis epilépticas sin clasificar y ese 8,50% de casos (638) adscritos al apartado 'epilepsia sin clasificar'.

## BIBLIOGRAFÍA

- Oller-Daurella L, Oller F-V L. 5.000 epilépticos: clínica y evolución. Barcelona: Espaxs; 1994.
- Oller-Daurella L, Pamies R, Oller F-V L. Clinical, therapeutic and so-

cial status epileptic patients without seizures for more than five years. In Penry KJ, ed. Epilepsy, the Eighth International Symposium. New York: Raven Press; 1977. p. 69-75.

3. Oller-Daurella L, Oller F-V L. Partial epilepsy with seizures appearing in the first three years of life. *Epilepsia* 1989; 30: 820-6.
4. Oller-Daurella L, Oller F-V L. Historia natural y evolución de las ausencias típicas. *Rev Neurol* 1990; 18: 165-71.
5. Oller-Daurella L, Oller F-V L. Epilepsy with generalized tonic-clonic seizures in childhood. Does a childhood 'gran mal syndrome' exist? In Roger J, Bureau M, Davet C, Dreyfuss FE, Perret A, Wolf P, eds. *Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence*. 2 ed. London: John Libbey and Co.; 1992. p. 161-71.
6. Tsuboi T, Christian W. *Epilepsy: a clinical EEG and statistical study of 466 patients*. Berlin: Springer-Verlag; 1976. p. 171.
7. Hauser WA, Hesdorffer DH. *Epilepsy: frequency, causes and consequences*. New York: Demos Press; 1990.
8. Osuntokun BO, Schoenberg BS, Nottidge VA, et al. Research protocol for measuring the prevalence of neurologic disorders in developing countries: results of a pilot study in Nigeria. *Neuroepidemiology* 1982; 1: 143-53.
9. Hauser WA, Kurland LT. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1953 through 1967. *Epilepsia* 1975; 16: 1-66.
10. De Graaf AS. Epidemiological aspects of epilepsy in Norway. *Epilepsia* 1971; 15: 291-9.
11. Keranen T, Riekkinen PJ, Sillanpää M. Prevalence and pattern of epilepsy (Lath/Mirgi/Laran) in rural Kashmir, India. *Epilepsia* 1989; 30: 413-21.
12. Díez M, Ferrero J, García de León M, Pilo I, Tiradas F. Estudio epidemiológico de jóvenes epilépticos en edad militar: aspectos socioasistenciales. *Rev Esp Epilepsia* 1987; 2: 140-5.
13. Tejeiro-Martínez J, Barcenilla-Rodríguez B. Epidemiología de la epilepsia. *Rev Neurol Clin* 2000; 1: 229-45.
14. Serrano-Castro PJ, Olivares-Romero J, Guardado-Santervás P. Caracterización epidemiológica de la epilepsia del adulto subsidiaria de ingreso hospitalario. *Rev Neurol* 2001; 32: 1013-9.
15. Hauser W, Annegers JF, Rocca WA. Descriptive epidemiology of epilepsy: contribution of population-based studies from Rochester, Minnesota. *Mayo Clinic Proc* 1996; 71: 576-86.
16. Sander JWAS, Hat YM, Johnson AL, Shorvon SD. National general practice study of epilepsy: newly diagnosed epileptic seizures in a general population. *Lancet* 1990; 336: 1267-71.
17. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposed for revision clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981; 22: 489-501.
18. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. A revised proposal for classification of epilepsy and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 268-78.
19. Commission on Epidemiology and Prognosis of the International League Against Epilepsy. Guidelines for epidemiological studies in epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34: 592-6.
20. Lüders H, Achayra J, Baumgartner C, Benbadis S, Bleasel A, Burgess R, et al. Semiological seizure classification. *Epilepsia* 1998; 39: 1006-13.
21. Roger J, Bureau M, Dravet C, Dreyfuss FE, Perret A, Wolf P. *Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence*. 2 ed. London: John Libbey and Co.; 1992.
22. Oller F-V L. Childhood absence epilepsy and juvenile absence epilepsy. *Handbook of neurology. The Epilepsies, part II*. 2 ed. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 143-55.
23. Zielinski JJ. *Epidemiological and medical-social problems of epilepsy in Warsaw*. Warsaw: Psychoneurological Institute; 1974.

#### PREVALENCIA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE EPILEPSIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

**Resumen.** Introducción. El autor revisa la frecuencia observada de distintos parámetros que definen los 7.500 enfermos epilépticos de su banco de datos, creado en el año 1974 y revisado por última vez en junio del año 2000. El objetivo de esta revisión no es efectuar un estudio epidemiológico, sino exclusivamente valorar las características de los enfermos, que han acudido a la consulta en los últimos años. Al no ser una población total, sino un análisis transversal concreto, no puede hablarse de un estudio epidemiológico strictu sensu. Se podría efectuar de forma hipotética una extrapolación, a partir de los datos que se citan en esta población seleccionada, a la población general. Pacientes y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo del banco de datos sobre los primeros 3.000 enfermos recogidos entre 1974 y 1985. A partir de 1985 y hasta el año 2000, se analizaron prospectivamente otros 4.500 casos. En total, 7.500 pacientes. Resultados. Por lo que se refiere a los tipos de crisis y sus asociaciones, destacan con máxima frecuencia, la asociación de crisis parciales simples y crisis parciales secundariamente generalizadas, con un total de 661 pacientes (8,81%). Algo menos frecuente sería la asociación de crisis parciales complejas y crisis parciales secundariamente generalizadas que se observaron en 640 enfermos (8,53%). Se destaca así la frecuencia de las crisis correspondientes a la epilepsia parcial. Respecto a los tipos de epilepsia, destacaríamos como más frecuente la epilepsia parcial (40,86%) (a la que deben agregarse parte de los casos de la denominada epilepsia unilateral -398 enfermos 5,3%- por encima de la epilepsia generalizada (idiopática y sintomática o criptogénica) (40,80%), con posible existencia de un 'sesgo' por la procedencia de los casos. Por último, debemos referirnos a la frecuencia de los síndromes epilépticos. El síndrome más frecuentemente detectado es un síndrome que hemos denominado epilepsia parcial con crisis parciales secundariamente generalizadas (6,57%). Sin embargo, ajustándonos con exactitud a los caracteres exigidos para clasificar las diferentes entidades sindrómicas, ello ha sido únicamente posible en 2.013 de los 7.500 pacientes (26,84%), lo que interpretamos, como ha descrito recientemente Lombroso, que parece ser necesario ampliar la actual clasificación de síndromes epilépticos vigente. [REV NEUROL 2002; 34: 526-31] **Palabras clave.** Formas de epilepsia en clínica práctica privada ambulatoria. Frecuencia de las crisis epilépticas. Frecuencia de las epilepsias. Frecuencia de los síndromes epilépticos.

#### PREVALÊNCIA DOS TIPOS DISTINTOS DE EPILEPSIA NA PRÁTICA CLÍNICA

**Resumo.** Introdução. O autor revê a frequência dos parâmetros distintos que definem os 7.500 doentes epilépticos da sua base de dados, criada em 1974 e revista pela última vez em Junho de 2000. O objetivo desta revisão não é efectuar um estudo epidemiológico, mas sim, avaliar exclusivamente as características dos doentes que se apresentaram na consulta nos últimos anos. Por não ser uma população total, mas sim uma análise transversal concreta, não se pode falar de um estudo epidemiológico em sentido estrito. Poder-se-ia efectuar de forma hipotética uma extrapolção a partir dos dados citados nesta população seleccionada para a população em geral. Doentes e métodos. Efectuou-se um estudo retrospectivo da base de dados sobre os primeiros 3.000 doentes registados entre 1974 e 1985. A partir de 1985 e até ao ano 2000 foram analisados prospectivamente outros 4.500 casos. No total 7.500 doentes. Resultados. No que diz respeito aos tipos de crises e suas associações, destacam-se com maior frequência a associação entre as crises parciais simples e as crises parciais secundariamente generalizadas, com um total de 661 doentes (8,81%). Algo menos frequente seria a associação de crises parciais complexas e crises parciais secundariamente generalizadas que se observaram em 640 doentes (8,53%). Destaca-se assim a frequência das crises correspondentes à epilepsia parcial. No que diz respeito aos tipos de epilepsia destacaríamos como mais frequente a epilepsia parcial (40,86%) (a qual deve incluir parte dos casos da denominada epilepsia unilateral (398 doentes, 5,3%) para além da epilepsia generalizada (idiopática e sintomática ou criptogénica) (40,80%), com possível existência de um desvio pela procedência dos casos. Por fim, devemos referir-nos à frequência das síndromas epilépticas. A síndrome mais frequentemente detectada é uma síndrome que denominamos epilepsia parcial com crises parciais secundariamente generalizadas (6,57%). Contudo, ajustando-nos com exactidão aos caracteres exigidos para classificar as diferentes entidades sindrómicas, isso foi possível apenas em 2.013 dos 7.500 doentes (26,84%), o que interpretamos, como recentemente descrito por Lombroso, que parece ser necessário ampliar a actual classificação das síndromas epilépticas em vigor. [REV NEUROL 2002; 34: 526-31] **Palavras chave.** Formas de epilepsia na prática clínica privada ambulatoria. Frequência das crises epilépticas. Frequência das epilepsias. Frequências das síndromas epilépticas.