

Epilepsia en la mujer, por qué es especial

Diana C. Nájera, Angela M. Gutiérrez

RESUMEN El objetivo de este artículo es explorar el impacto de la epilepsia en los diferentes aspectos en la vida de una mujer. Se consideran la niñez, la adolescencia, el embarazo y la menopausia porque son etapas en las que se revelan algunos de los problemas especiales de la mujer con epilepsia y aparecen algunos aspectos difíciles que afectan su vida diaria.

PALABRAS CLAVE: salud de las mujeres, epilepsia, apoyo social (*Acta Neurol Colomb 2005;21:7-11*).

SUMMARY. The aim of this article is to explore the impact of epilepsy on different aspects of a woman's life. A number of areas will be considered: childhood, adolescence, pregnancy, and menopause and some of the very special problems of women with epilepsy to show how various tensions affect their daily lives.

KEY WORDS: women's health, epilepsy, social support (*Acta Neurol Colomb 2005;21:7-11*).

Recibido: 15/11/04. Revisado: 29/11/04. Aceptado: 28/01/05.

Diana Carolina Nájera Losada, Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad del Rosario. Ángela María Gutiérrez Álvarez, Profesora Principal, Investigadora, Miembro de los grupos de Investigación Clínica y Neurociencias, Facultad de Medicina, Universidad del Rosario.

Correspondencia: amgutier@urosario.edu.co

La epilepsia es una condición de salud crónica muy común en la práctica clínica ya que afecta un 1% o más de la población (1). Existe un discreto predominio de varones en las tasas de incidencia y prevalencia de la epilepsia, sobre todo durante la infancia. La epilepsia en la mujer requiere de consideraciones especiales, ya que hay algunos factores relacionados con la concepción, el embarazo y la teratogenicidad, que deben evaluarse para definir una estrategia específica de tratamiento (2).

La fisiología femenina altera la expresión de las convulsiones y puede influenciar la efectividad de los medicamentos. La relación entre hormonas sexuales y crisis epilépticas es muy compleja. Para tener un conocimiento amplio al respecto, se pueden estudiar los siguientes fenómenos:

Acción de las crisis epilépticas sobre la secreción hormonal: en los casos de epilepsia del lóbulo temporal, ocurre una disfunción en la liberación de GnRH (hormona liberadora de gonadotropinas) por la alteración del eje hipotálamo-hipofisiario que se encuentra en conexión con el sistema límbico. La alteración de la fisiología de la GnRH produce un aumento del número de ciclos anovulatorios, que en

controles es de un 8%, y se eleva a un 35% en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal. En los ciclos anovulatorios no se forma cuerpo lúteo y, por tanto, se produce una síntesis mantenida de estrógenos al no poder compensarse por la síntesis de progesterona. Aproximadamente el 50% de las pacientes con epilepsia presentan alteraciones del ciclo menstrual y hasta un 20% amenorrea.

Acción de las hormonas sexuales sobre las crisis epilépticas: los estrógenos que tienen receptores en el sistema, en la amígdala medial, en el núcleo lateroseptal y en las regiones preópticas y mediales del hipotálamo, son proepilépticos, mientras que la progesterona, que presenta las mayores concentraciones en la amígdala y el córtex, inhibe el foco epiléptico. Se cree que el mecanismo de acción antiepiléptico de la progesterona se debe a su acción directa sobre el receptor del ácido gamma-aminobutírico (GABA).

Acción de los fármacos antiepilépticos sobre las hormonas sexuales: pueden actuar directamente sobre el sistema nervioso central, en especial sobre el hipotálamo y sobre el eje hipotálamo-hipofisiario; éstos disminuyen el

Número especial

tiempo de vida media de las hormonas, aumentan los niveles de proteínas ligando, disminuyen los niveles de hormona libre e incrementan de forma moderada los niveles de gonadotropina (3).

Un número considerable de factores, nos sugiere que la epilepsia tiene características diferenciales en la mujer. Aunque los estudios de calidad de vida no suelen presentar los resultados discriminados por sexo, Díaz-Obregón indica que “la tolerancia al padecimiento y tratamiento de la epilepsia es mejor en el caso de las mujeres que en el de los hombres con la misma enfermedad. La capacidad de adaptación a la adversidad, en general es superior en las mujeres”.

Entonces, la epilepsia es una enfermedad que tiene un gran impacto en la vida social y en los aspectos vocacionales de la vida de la mujer. Deben considerarse entonces todas las etapas, como son la niñez, la adolescencia, el ciclo menstrual, la anticoncepción, las relaciones sexuales, el matrimonio, el embarazo y la menopausia.

NIÑEZ

El hecho de tener un hijo con epilepsia puede significar un gran impacto en el ámbito médico, social o psicológico de una familia. La epilepsia puede alterar el equilibrio familiar y convertirse en una realidad frustrante. La manera como se percibe la enfermedad es de gran importancia para saber como afrontarla y que impacto va a tener sobre la salud y bienestar del niño. Las experiencias extrañas, asociadas a los síntomas de la enfermedad, pueden llevar a una situación de estrés en el niño; por esta razón, los padres deben encargarse de transmitir una sensación de tranquilidad y confianza para que el niño supere así las dificultades. De lo contrario, el impacto de la enfermedad puede ser desastroso y ocasionar daños irreversibles, desaires sociales y crueldad por parte de otras personas ajenas a la enfermedad. Las consecuencias a largo plazo son que el niño se vuelva muy vulnerable y que evite el contacto social. La sobreprotección puede crear irritabilidad y enfado. En otros casos se crea un rechazo familiar hacia el niño que empieza a ser considerado como un inválido. Lo más lógico para evitar este tipo de situaciones es el diálogo y la educación que logre darse a los

padres. El periodo escolar representa para el niño un primer paso en su vida social y por eso tiene una importancia enorme. Es en esta etapa donde va a adquirir una serie de destrezas básicas. Debe beneficiarse de una escolaridad en un medio normal, siempre y cuando su nivel intelectual lo permita y esté adecuadamente controlado. Aproximadamente un 5-6% de los niños pueden tener limitaciones mayores, en los que las crisis convulsivas son solo una manifestación más de su patología de base (4).

La marginación social, la falta de afecto y la incomprensión de la enfermedad acarrearán un número elevado de casos de estrés, depresión y baja autoestima, que obstaculiza un desarrollo apropiado del niño.

ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de gran timidez y de grandes cambios emocionales; la pubertad anuncia cambios físicos y hormonales que preparan a la mujer para el papel reproductivo. Si la epilepsia, coincide con esta etapa puede traer consigo ciertas dudas en cuanto al cumplimiento de este papel potencial. Sin embargo, estos procesos no siempre se dan en forma gradual y paulatina, ni en situaciones favorables. Dependen más bien de una serie de variables, micro y macrosociales, que frecuentemente escapan del control de las adolescentes, pero que afectan sus procesos de desarrollo global (4).

En la adolescencia, cuando normalmente la mujer está en busca de la independencia, puede ocurrir que se encuentre sobreprotegida por sus padres; si esta actitud no se maneja, la adolescente puede creer que tiene un serio problema de salud y se llena de temores e inquietudes sobre su enfermedad. Por ello, es importante que la adolescente y su familia puedan discutir sobre los problemas que puedan presentarse, como el miedo, la ansiedad, el rechazo o la crueldad de los demás. El diálogo puede ser una estrategia efectiva para que la paciente conozca su enfermedad y la enfrente con confianza (2,5,6).

Es importante como médico aclarar todos los conceptos erróneos que pueden tener la adolescente y su familia, como son la asociación de epilepsia con enfermedad mental, la herencia presuntiva de la misma, o la falta de cura de la

enfermedad, concepto erróneo ya que existen algunos casos donde se cura.

Además de lo expuesto anteriormente, debe garantizarse por parte de la familia y la adolescente la adherencia al tratamiento, tarea difícil, ya que es en este periodo de la vida donde hay rebeldía, poca aceptación a los consejos, rechazo, y ser ésta una manera de negar la existencia de la enfermedad; además las drogas antiepilépticas utilizadas pueden producir efectos no deseados, como el deterioro cognitivo, la sedación, la pérdida de cabello y el aumento de peso, efectos que pueden desmotivar intensamente a la paciente.

En cuanto a las actividades recreativas, generalmente son pocas las repercusiones en las personas con epilepsia. Las actividades como nadar y montar a caballo deben realizarse en compañía de alguien y mucho mejor si tiene conocimiento de primeros auxilios. Otro aspecto muy importante en la vida de la adolescente es el inicio de la vida sexual. En general la adolescente con epilepsia requiere consejos al respecto, para explorar y desarrollar su sexualidad y adquirir una visión madura al respecto (4).

EL CICLO MENSTRUAL

La epilepsia puede asociarse con un mayor riesgo de disfunción ovárica, que conduce a una falla ovárica prematura y a una disminución de la fertilidad (7). El ciclo menstrual es irregular, prolongado, oligomenorreico e incluso amenorreico (8). Es muy importante conocer éstas alteraciones, para poder detectarlas tempranamente en las pacientes con epilepsia; una de estas alteraciones es el síndrome de ovario poliquístico, que puede sospecharse cuando hay ciclos menstruales irregulares, obesidad, hirsutismo, alteraciones endocrinas con niveles elevados de andrógenos e infertilidad (7).

En general, entre las mujeres con epilepsia se destaca un subgrupo que experimenta períodos cíclicos de exacerbación de las crisis, que se producen en estrecha relación con ciertas fases del ciclo menstrual; esta es una forma de epilepsia que se denomina catamenial. Herzog y cols., proponen una definición basada en la intensidad del incremento de las crisis, exigiendo un “aumento al doble del promedio diario de

crisis en la fase de exacerbación, respecto de la basal”. Aproximadamente un tercio de las mujeres con epilepsia intratable cumpliría con este criterio (8).

Los estudios experimentales han demostrado que el aumento de la frecuencia de las crisis se produce en las fases del ciclo menstrual caracterizadas por una elevada proporción de estrógenos *versus* progesterona. Esto ocurre en el ciclo menstrual humano en tres periodos: la fase ovulatoria, donde hay un pico de estrógenos; la fase perimenstrual, donde cae la progesterona con predominio relativo de los estrógenos y los ciclos con fase lútea anormal, en donde los niveles de estrógenos siguen altos durante toda la segunda mitad del ciclo, por ausencia de la elevación normal de la progesterona en esta etapa (9). Este fenómeno puede ocurrir en ciclos ovulatorios y anovulatorios y puede representar un problema de salud importante para las mujeres con epilepsia. Se sabe que los estrógenos tendrían un efecto proconvulsivante mientras que la progesterona actuaría como anticonvulsivante. Los cambios de estas hormonas pueden inducir a modificaciones estructurales y funcionales que predispondrían el circuito hipocampal a hiperexcitabilidad, produciendo convulsiones. Estas hormonas alteran la excitabilidad neuronal de modo distinto e inverso, lo que explicaría las oscilaciones en la frecuencia de las crisis que se observan frecuentemente en el ciclo menstrual (5).

SEXUALIDAD

La mayoría de mujeres con epilepsia puede llevar una vida sexual normal. Sin embargo, aproximadamente un 33-50% puede experimentar algún grado de disfunción sexual. La ansiedad y la apatía pueden reducir la lubricación vaginal, incrementar la dispareunia y la anorgasmia (5). Además, es común que las mujeres con epilepsia teman la aparición de una convulsión durante la relación sexual, pues piensan que los sentimientos de su compañero pueden alterarse y dejar de ser atractiva para él. También es posible, que muchas mujeres confundan un episodio convulsivo con un orgasmo. Este tema debe ser discutido abiertamente para que el temor sea superado (1).

ANTICONCEPCIÓN

Generalmente, los anticonceptivos orales no se asocian con exacerbaciones de las convulsiones. Los medicamentos antiepilépticos inductores de enzimas hepáticas, pueden disminuir sustancialmente la concentración de estrógenos circulantes y de progesterona. Es así como los anticonceptivos orales más comúnmente utilizados -que tienen 35 mcgr o menos de componentes estrogénicos- pueden ser inefectivos en mujeres que consumen drogas antiepilépticas inductoras enzimáticas. En estos casos una alternativa es el uso de anticonceptivos con 50 mcgr o más de componente estrogénico, métodos de anticoncepción no hormonal o considerar drogas antiepilépticas que no sean inductoras enzimáticas (1).

EL EMBARAZO

Las tasas de fertilidad en mujeres con epilepsia son menores si se comparan con las tasas de mujeres sin epilepsia. Esto puede ser el reflejo de la presión social y psicológica que experimentan las mujeres con epilepsia; se considera que no pueden tener hijos por miedo a transmitir la enfermedad o por la preocupación de que las drogas causen defectos en el bebé. La ausencia de información acerca de la epilepsia favorece muchos de estos temores (1).

Actualmente, padecer epilepsia no es una contraindicación para el embarazo; es posible que las mujeres con epilepsia tengan niños sanos, a pesar de la preocupación que existe por el daño que puede causar la droga antiepiléptica al bebé. Desafortunadamente, ninguna de las drogas antiepilépticas utilizadas es completamente segura en el embarazo.

El 0,5% de todos los nacimientos son gestados por mujeres con epilepsia. Con un manejo adecuado, cerca del 90% de los nacimientos no presentarán complicaciones y la madre tendrá un hijo saludable.

En las mujeres con epilepsia, las convulsiones aumentan en el embarazo hasta en un tercio de las pacientes, por la pobre medicación y por los cambios en la farmacocinética de las drogas antiepilépticas. Esto es ocasionado por el aumento

en el volumen de distribución, el metabolismo hepático o el aclaramiento renal (1,5).

Los estudios que evalúan el efecto de la epilepsia durante el embarazo y la perspectiva neonatal, muestran que hay un aumento en el riesgo de complicaciones tales como hipertensión, preeclampsia, hiperemesis gravídica, anemia, hemorragia, necesidad de cesárea, parto prematuro, muerte neonatal, restricción del crecimiento intrauterino, microcefalia, o puntaje de Apgar bajo. Sin embargo, existen estudios publicados donde no se demuestra un aumento significativo en las complicaciones obstétricas o neonatales en este grupo de mujeres (9).

Entre las complicaciones asociadas al consumo de drogas antiepilépticas están: malformaciones mayores como labio y paladar hendido; defectos septales ventriculares y malformaciones menores que involucran cara y dedos. Esto incluye el hipertelorismo, el puente nasal amplio, el filtro elongado, la hipoplasia del lecho ungual, entre otras (10,11).

Para disminuir los riesgos, lo ideal es la planificación familiar. En estas condiciones se trata de controlar las crisis con la menor dosis terapéutica de drogas antiepilépticas, y se indican suplementos vitamínicos previos a la gestación. Esta planificación debe ser planteada desde la primera consulta. Es de vital importancia que el profesional que asiste a la paciente, le informe sobre los posibles riesgos de procreación y ponga énfasis en la programación de los embarazos.

MENOPAUSIA

La expresión de las crisis en los periodos peri y posmenopáusicos no se ha estudiado completamente. El término menopausia propiamente se refiere a la ausencia de reglas durante un año, con niveles de estrógenos prácticamente nulos, típicamente comienza entre los 48 y 55 años. El resultado final, además del cese de la menstruación, es un cambio hormonal con unos niveles de estrógenos y progestágenos muy bajos y una producción, tanto elevada como continua, de hormona folículoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH). Durante la perimenopausia se ha descrito un incremento de las crisis y durante

la menopausia no se han referido cambios significativos.

El uso de terapia de reemplazo hormonal puede prevenir el riesgo de osteoporosis y de demencia tipo Alzheimer, pero debe valorarse cuidadosamente en la mujer con epilepsia. Los estrógenos pueden incrementar la actividad convulsiva. El metabolismo óseo es especialmente importante en la mujer, sobre todo en la mujer menopáusica, que ve acelerada su pérdida de tejido óseo por el déficit estrogénico. El tratamiento anticonvulsivante de la paciente puede influir en la aceleración de este proceso (10-11).

REFERENCIAS

1. **Morrell MJ.** Epilepsy in women. *Am Fam Physician* 2002; **66**: 1489-94.
2. **Morrell MJ.** Reproductive and metabolic disorders in women with epilepsy. *Epilepsia* 2003; **44**(Suppl 4): 11-20.
3. **Padró LI, Falip M, Rovira R.** Gabapentina y mujer. *Rev Neurol* 2002; **34**: 387-391
4. **Trimble MR.** Women and Epilepsy. John Wiley & Sons: Chichester, England; 1991.
5. **Morrell MJ.** Hormones and epilepsy through the lifetime. *Epilepsia* 1992; **33**(suppl 4): S49-S61.
6. **Palacios L.** Vida Diaria del Paciente Epiléptico. En: Palacios L, Vélez A, Ruiz A. Epilepsia Diagnóstico y Manejo. Bogotá: Novartis; 2001.
7. **Tatum WO, Liporace J, Benbadis SR.** Updates on the Treatment of Epilepsy in Women. *Arch Intern Med* 2004; **164**: 137-145.
8. **Zahn, C.** Catamenial epilepsy: clinical aspects. *Neurology* 1999; **53**(Suppl 1): S34-S37.
9. **Pack AM, Morrell MJ.** Treatment of women with epilepsy. *Semin Neurol* 2002; **22**: 289-298.
10. **Richmond JR, Krishnamoorthy P, Anderman E.** Epilepsy and pregnancy: an obstetric perspective. *Am J Obstet Gynecol* 2004; **190**: 371-379.
11. **Martínez-Ferri M.** Atención integrada a la mujer epiléptica. *Rev Neurol* 2002; **34**: 471-476.