

GUÍA **VIVIR CON EPILEPSIA**

Epilepsia y hombre

La epilepsia en el hombre

Pruebas diagnósticas

El electroencefalograma o EEG, pruebas por neuroimagen

Epilepsia y vida sexual

Problemas sexuales, epilepsia y fertilidad, cómo abordar estas alteraciones

Cómo actuar ante una crisis epiléptica



INCLUYE
INFOGRAFÍA
QUÉ HACER
ANTE UNA
CRISIS EPILEPTICA

ÍNDICE

1. La epilepsia en el hombre

2. Pruebas diagnósticas

2.1. El electroencefalograma o EEG

2.2. Pruebas por neuroimagen

3. Epilepsia y vida sexual

3.1. Problemas sexuales

3.2. Epilepsia y fertilidad

3.3. Cómo abordar estas alteraciones

4. Cómo actuar ante una crisis epiléptica



Dr. Albert Molins Albanell

Responsable de la Unidad Médica de Epilepsia de los Hospitales Josep Trueta y Martí i Julià de Girona

1. LA EPILEPSIA EN EL HOMBRE

La epilepsia es una enfermedad neurológica que puede ocurrir en cualquier persona de diferente edad y raza. Se estima que **el 45% de las epilepsias se manifiestan durante la infancia y la adolescencia**, aunque no hay mucha diferencia sobre la incidencia de la epilepsia por género.

No obstante, algunos estudios apuntan a que la prevalencia es algo más alta en el hombre que en la mujer. Hay, incluso, referencias que apuntan al dimorfismo sexual en **la estructura y el desarrollo del cerebro** como la causa que podría explicar esa susceptibilidad del cerebro masculino hacia esta patología¹.

En palabras del doctor Javier Salas, neurólogo especialista en epilepsia y trastornos del sueño y jefe de Sección de Neurología del Hospital Universitari Vall d'Hebron, en todos los tipos de epilepsias se observa **una frecuencia mayor en varones**. Existen diferencias estructurales y funcionales entre hombres y mujeres que inciden en que haya síndromes epilépticos con claro predominio en uno u otro género.

Otras referencias relacionan la prevalencia de la epilepsia en el hombre con **determinados factores de riesgo** que tienen que ver con accidentes laborales o de tráfico que llevan asociados traumatismos craneo-encefálicos (TCE). Estas lesiones, a su vez, pueden causar crisis epilépticas¹. También hay que mencionar que hay enfermedades más prevalentes en el género masculino (obesidad, tabaquismo, abuso de alcohol...) que pueden derivar en un ictus o crisis epilépticas sintomáticas secundarias¹.

En el caso de los niños, según el doctor Salas, hay síndromes epilépticos concretos que también aparecen con más frecuencia en los niños frente a las niñas. Hablamos del Síndrome de West, el Síndrome Lennox-Gastaut, la epilepsia mioclónica-astática o Síndrome de Doose, la Punta Onda Continua del Sueño, y en las ausencias mioclónicas. Y ya **en la adolescencia**, la epilepsia primaria de la lectura o la epilepsia la de crisis reflejas provocadas por videojuegos son más frecuentes en los varones.

Si bien es cierto, apunta el especialista, que los hombres **tienen una mejor calidad de vida con la epilepsia que las mujeres**, sea cual sea el escenario. En cualquier caso, el hecho de ser hombre es un factor que puede incrementar la frecuencia de las crisis epilépticas en aquellas personas que tienen esta condición. Por eso, contar con la información adecuada sobre este trastorno neurológico puede ayudar a controlarla.



¹ Quiroga, Pablo. Epilepsia. Hombre y sexualidad. 2019. Pharma and Health Consulting SL.

2. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico de la epilepsia es crucial para poder establecer el mejor tratamiento. Para poder confirmar este diagnóstico, es fundamental contar con una **historia clínica detallada del paciente**, haciendo hincapié en todos los detalles de las crisis que se hayan sucedido. La percepción de las personas que las hayan presenciado son de gran importancia para el profesional sanitario. La historia familiar y personal de la paciente también puede ayudar a completar el historial clínico.

Tras la historia clínica, el neurólogo llevará a cabo una **exploración clínica y neurológica** y, con frecuencia, se realizan pruebas diagnósticas complementarias que permitan establecer un diagnóstico certero de la epilepsia. Y si fuera posible **se identificará el tipo de síndrome epiléptico** que padece. Todo ello ayudará a establecer el tratamiento más adecuado, controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente.

» 2.1 EL EEG Y CÓMO SE REALIZA

Entre las pruebas complementarias habituales que se realizan en el diagnóstico de la epilepsia, se encuentra el electroencefalograma o EEG. Se trata de **una prueba no invasiva que registra la actividad eléctrica que se produce por las descargas de las millones de neuronas presentes en nuestro cerebro.**

Esta prueba se realiza desde los años 50, tanto en adultos como en niños, y no entraña ningún tipo de daño ni dolor para el paciente. **Sus resultados son muy útiles** tanto para el diagnóstico de la epilepsia así como para el seguimiento de los pacientes. También se utiliza para el diagnóstico y el pronóstico de daños cerebrales como infecciones o traumatismos, entre otros.

Para llevar a cabo un EEG, se disponen **unos electrodos, recubiertos de un gel conductor**, que se colocan sobre el cuero cabelludo y el rostro del paciente y son los que van transmitiendo a un ordenador las ondas cerebrales. En función de la edad del paciente se utilizarán más o menos electrodos desde 10 hasta 21 que son los que se emplean con un adulto. De esta forma se puede registrar la actividad cerebral anómala -si la hubiera- entre las crisis. Se trata de una prueba que **dura entre 20 y 30 minutos.**

Para realizar la prueba el paciente debe sentarse en un sillón, en una sala tranquila a una temperatura de unos 20°C y poco iluminada para favorecer la relajación. En ocasiones se emplea una cámara de vídeo para grabar también la prueba. El EEG **se registra en un primer momento en reposo**, con los ojos cerrados, a continuación se le pedirá que abra los ojos durante unos segundos.



» PRUEBAS ADICIONALES

Existen otras dos pruebas de estimulación destinadas a dotar de mayor sensibilidad al EEG con el objetivo de buscar anomalías que puedan confirmar la hipótesis diagnóstica:



La **hiperventilación**, que consiste en inspirar y espirar profundamente, con los ojos cerrados, entre 3 y 5 minutos; un procedimiento que podría repetirse a lo largo de la prueba. Se utiliza frecuentemente para diagnosticar las epilepsias de ausencia, en las que la hiperventilación favorece la aparición de este tipo de crisis.



La **estimulación luminosa intermitente (ELI)**, que consiste en enviar varias series de haces luminosos que parpadean con una frecuencia variable mediante un estroboscopio; durante la prueba se le pedirá al paciente que abra y cierre los ojos durante varios segundos. De este modo se puede confirmar o descartar una epilepsia fotosensible.

Al finalizar la prueba, se retira el gel conductor con ayuda de una compresa empapada en agua. De la cabeza se puede eliminar fácilmente con champú.



» 2.2 PRUEBAS POR NEUROIMAGEN

En ocasiones el neurólogo puede pedir pruebas por neuroimagen que le ayuden a confirmar un diagnóstico. Éstas suelen ser la **tomografía computarizada (TAC)** o la **resonancia magnética por imagen (RM)**. Ambas se realizan para conocer y examinar la anatomía del cerebro.

El **TAC** se realiza para conseguir **imágenes del cerebro o de sus venas y arterias** (lo que se conoce como una angiografía por tomografía computarizada) utilizando rayos X. Se trata de una prueba en la que el paciente es colocado en una mesa de escáner que se moverá varias veces para ir tomando las imágenes que requiera el profesional sanitario. Es una prueba que solo **dura unos minutos**.

Por su parte, la **resonancia magnética** es¹ una prueba que dura entre 15 y 30 minutos. Antes de hacer una RM, el paciente debe desprenderse de todos los objetos metálicos que lleve encima y advertir en el caso de que tenga algún elemento metálico dentro de su cuerpo, como prótesis, porque no podría realizarse dicha prueba. Para su desarrollo, el paciente se tumba en una camilla que se moverá hacia una máquina que parece un túnel iluminado donde permanecerá hasta su finalización. Durante la prueba el paciente oirá **diferentes ruidos bastante fuertes** pero debe procurar no mover la cabeza.

¹ Quiroga, Pablo. Epilepsia. Hombre y sexualidad. 2019. Pharma and Health Consulting SL.

3. EPILEPSIA Y DISFUNCIÓN SEXUAL

La sexualidad es una parte **fundamental para la salud de las personas** y está presente a lo largo de nuestra vida. Abarcamos este ámbito ya que los hombres con epilepsia pueden sufrir algún tipo de disfunción sexual. Una disfunción sexual es la incapacidad crónica para responder sexualmente de forma que se obtenga satisfacción.

Las disfunciones sexuales incluyen todas las alteraciones que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan las relaciones sexuales satisfactorias. Un problema de disfunción sexual puede terminar derivando en **problemas de pareja que afectan a otras parcelas de la vida** como la convivencia, la comunicación, las relaciones sociales y la autoestima. Estas disfunciones pueden ser primarias o secundarias, o bien situacionales o globales.

En las personas que padecen epilepsia, los problemas sexuales pueden terminar afectando al control de la propia enfermedad, así como un **empeoramiento en su calidad de vida**. Por otro lado, el manejo de la epilepsia y el uso de los antiepilépticos también pueden influir en la actividad sexual del paciente. De modo que ambos están íntimamente relacionados.

Pese a que se conoce esta relación, es un aspecto que rara vez se trata en la consulta del neurólogo bien por falta de tiempo, estigmas, tabúes, miedos... pero cada vez son más los especialistas que abogan por **abordarlo e incluirlo en la historia clínica**. Tú, como paciente, también puedes comentar el tema con el especialista ya que es la persona más indicada para ayudarte a manejar y mejorar la situación.





» 3.1 PROBLEMAS SEXUALES

Aunque no hay muchos datos al respecto, el doctor Albert Molins, neurólogo en el Hospital Josep Trueta, en Girona, ha realizado un análisis de la evidencia existente que relaciona la epilepsia con la sexualidad de los varones. Tras el análisis de varios estudios, Molins concluye que si entre la población general hay entre un 20-30% de varones con disfunción sexual, entre aquellos que tienen epilepsia el problema es un 1,5 o 2 veces mayor².

Los principales problemas o alteraciones sexuales que pueden experimentar los hombres con epilepsia según la evidencia científica son: disminución de la libido, problemas de fertilidad, hiposexualidad, **disfunción eréctil y eyaculación precoz**. Los dos últimos podrían considerarse los más frecuentes, indica Molins.

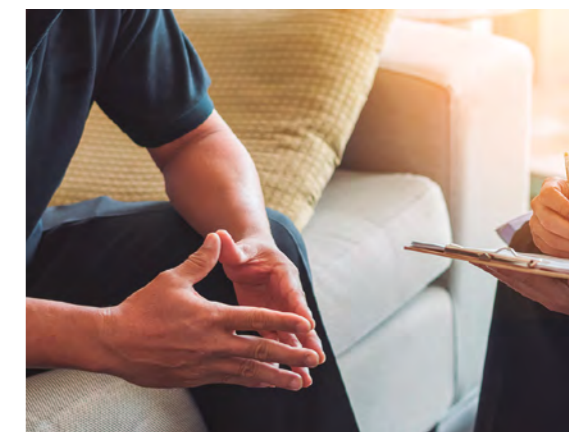
Entre las epilepsias que suelen manifestar este problema están las de tipo focal, las farmacorresistentes y las que conviven con otra patología psiquiátrica que son las que habitualmente se dan en el lóbulo temporal. El especialista también recuerda que, en este contexto, hay que tener en cuenta también que se pueden producir **crisis epilépticas con contenido sexual**. Es decir, que incluyan tocamientos de genitales, automatismos genitales o el aura orgásmica.

Y, como explicábamos antes, los **fármacos antiepilépticos** también pueden tener efectos sobre la función sexual, especialmente los medicamentos más antiguos, aunque también algunos de segunda generación. No obstante, solo suelen ocurrir cuando se prescriben dosis elevadas.

» 3.2 CÓMO MANEJAR ESTAS ALTERACIONES

Para poder abordar las alteraciones sexuales en los hombres con epilepsia, es fundamental tener en cuenta los **factores que pueden influir** en estos problemas. Según el doctor Pablo Quiroga, neurólogo y neurofisiólogo clínico en el Hospital Universitario Torrecárdenas, en Almería, estos factores son: el tipo de epilepsia que se tenga, el control de la misma, el estigma o problemas de integración social derivados, las comorbilidades asociadas, los tratamientos, el estado emocional del paciente, el estilo y hábitos de vida y las posibles alteraciones del sueño.

Todo ello configurará el mapa de cada paciente que ayudará a identificar sus alteraciones sexuales y a **buscar el tratamiento más adecuado** que permita controlar la epilepsia y evitar complicaciones añadidas. Para ello, el neurólogo tratará de individualizar cada tratamiento buscando la seguridad del medicamento, que sea bien tolerado y que tenga escasos o nulos efectos secundarios.



Aunque hablar de sexualidad es un tema que puede **incomodar en la consulta**, si tienes epilepsia, no dejes de hablar con tu neurólogo sobre las molestias que experimentes en tu vida sexual. Es el profesional indicado para ayudarte a buscar las mejores opciones que contribuyan a mejorar tu calidad de vida.

² R H Mattson, J A Cramer, J F Collins, D B Smith. Et al. Comparison of carbamazepine, phenobarbital, phenytoin, and primidone in partial and secondarily generalized tonic-clonic seizures. N Engl J Med. 1985 Jul 18;313(3):145-51.

» 3.3 EPILEPSIA Y FERTILIDAD

La fertilidad en el hombre puede verse afectada si se altera el eje hipotálamo-hipófisis testicular. A día de hoy se desconoce cómo influye la epilepsia en este circuito. Hay investigaciones que revelan la relación entre el uso de determinados medicamentos con problemas sexuales en hombres con epilepsia que **pueden comprometer su fertilidad**.



Si eres un hombre, tienes epilepsia y quieres tener familia, habla con tu neurólogo para explorar las posibilidades y opciones más adecuadas.

Aunque no hay muchos datos al respecto, el doctor Albert Molins, neurólogo en el Hospital Josep Trueta, en Girona, ha realizado un análisis de la evidencia existente que relaciona la epilepsia con la descendencia de los pacientes. Según sus conclusiones, los hombres con epilepsia **tienen menos hijos que la población en general**, aunque no se debe generalizar ya que son investigaciones pequeñas^{3,4}, con grupos de participantes poco homogéneos y criterios diagnósticos variables.

A su juicio, en general se calcula que se puede estimar un descenso en la fertilidad de los varones con epilepsia que oscila entre un 58% y un 88%. No obstante, aclara que son datos de estudios que **presentan mucho sesgo** ya que no tienen en cuenta a quienes no desean tener hijos.

4. QUÉ HACER ANTE UNA CRISIS EPILEPTICA

La mayoría de las crisis epilépticas **son breves y terminan por sí mismas**, sin ser necesario detenerlas. Sin embargo, se trata de situaciones de riesgo por lo que conocer las medidas adecuadas de primeros auxilios puede evitar lesiones y complicaciones. Es importante que las personas que rodean al paciente con epilepsia puedan conocer su condición y estén preparados para ayudarle en el caso de que le suceda una crisis.

» LAS PRINCIPALES MEDIDAS DE PRIMEROS AUXILIOS ANTE UNA CRISIS EPILEPTICA CONVULSIVA SON:



1 Retirar los objetos a su alrededor con los que pueda lastimarse y/o alejar a la persona de cualquier peligro. Pero nunca agarrar ni sujetar al paciente.

3 No introducirle nunca nada en la boca, no darle de comer ni beber, ni administrarle ningún medicamento.



4 Controlar el tiempo de duración de la crisis. Si pasa de los 5 minutos llamar a Urgencias.



2 Aflojarle la ropa, situarle de costado y ponerle una almohada bajo la cabeza para evitar que se haga daño.



5 No enfrentarse a él si parece enfadado o agresivo, y acompañarle hasta que se recupere por completo.

En el caso de una **crisis de ausencia**, se debe acompañar a la persona mientras sufre la crisis, observar su duración, y si la persona se encuentra bien, al finalizar la crisis que durará poco (normalmente menos de un minuto), podría continuar con su actividad.

³ M Artama 1, J I T Isojärvi, J Raitanen, A Auvinen. Birth rate among patients with epilepsy: a nationwide population-based cohort study in Finland. Am J Epidemiol. 2004 Jun 1;159(11):1057-63.

⁴ W A Hauser. The prevalence and incidence of convulsive disorders in children. Epilepsia. 1994;35 Suppl 2:S1-6.

GUÍA **VIVIR CON
EPILEPSIA**
www.vivirconepilepsia.es



UCBCares[®]
Comprometidos con las personas

