



Endocrinología y Nutrición



P-121. - Diabetes tipo 1 y epilepsia. ¿Más que mera coincidencia?

I. Larrañaga^a, I. Conget^b, C. Viñals^b, A. Pané^b, M. Carreño^b, I. Vinagre^b y M. Giménez Álvarez^b

^aHospital de Mendaro, Mendaro. ^bHospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Se ha sugerido que la prevalencia de epilepsia en la diabetes tipo 1 (DT1) es superior a la de la población general (0,8-1,2% de la población con DT1). Sin embargo, los diferentes estudios publicados muestran datos contradictorios. Se apunta a un mecanismo autoinmune mediado por los autoanticuerpos anti-GAD como causa primaria de ambas DT1 y epilepsia. El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia de epilepsia en una cohorte de pacientes con DT1 de un hospital de referencia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas electrónicas en SAP (*Systems Applications and Products*) de sujetos con los códigos DT1 y epilepsia atendidos en un hospital nacional de tercer nivel. Se recogieron datos demográficos, características de su DT1, tipo de epilepsia e historia de hipoglucemias. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.0 para analizar los siguientes datos: 1. Análisis de la prevalencia de epilepsia en los pacientes con DT1 que se visitan regularmente en el Hospital Clínic de Barcelona. 2. Análisis de los tipos de epilepsia descritos en este grupo de pacientes. 3. Análisis de las características de los pacientes con DT1 y epilepsia.

Resultados: El análisis de los códigos introducidos en SAP mostró 5.324 pacientes con los códigos primario Epilepsia + secundario Diabetes y 2886 con código primario de DT1 + secundario de Epilepsia. De los 2085 pacientes con DT1 que se visitan regularmente en este centro, únicamente 19 presentaban epilepsia diagnosticada y tratada por un Servicio de Neurología (prevalencia 0,91%). De estos 19 casos, un total de 4 fueron diagnosticados de epilepsia previa al diagnóstico de la DT1 (3 mujeres, edad media 41 ± 2 años, edad debut DT1 23 ± 10 años, edad diagnóstico epilepsia 11 ± 5 años, 2 casos de epilepsia mioclónica juvenil y 2 de epilepsia generalizada idiopática), mientras que 15 de ellos se diagnosticaron posteriormente (8/15 mujeres, edad 47 ± 13 años, edad debut DT1 18 ± 15 años, edad diagnóstico epilepsia 29 ± 13 años). En 2/15 se orientó como epilepsia secundaria (1 tras AVC isquémico, 1 secundaria a displasia temporo-occipital derecha). De los restantes 13 casos, en 8/13 se asoció la epilepsia a complicaciones agudas de la DT1 (1 por hiperglucemia no cetósica/7 por crisis epilépticas en contexto de hipoglucemia). En 3/7 casos de crisis epilépticas en contexto de hipoglucemia los pacientes presentaban > 30 años de evolución e historia de al menos 15 episodios de hipoglucemia grave e hipoglucemia desapercibida. Estos 3 pacientes se evalúan actualmente para descartar la presencia de amnesia anterógrada.

Conclusiones: La prevalencia de epilepsia en la DT1 en nuestro centro es similar a la descrita en otros trabajos. La presencia de hipoglucemia puede ser el desencadenante de crisis epilépticas en

sujetos con DT1.