

Trabajos presentados en las VIII Jornadas Invernales de Epilepsia

1. PACIENTES CON EPILEPSIA EN POLICLINICO DE NEUROLOGIA INFANTIL. CDT LOS ANGELES

Alvaro Wicki Monsalves

Policlínico de Neurología Infantil. CDT Los Angeles Servicio de Salud Bio Bio.

Introducción. La mayoría de las Epilepsias comienza en la infancia o adolescencia, esperándose un buen control de crisis en 70% de los casos (Plan AUGE).

Objetivo. Determinar las características de los pacientes con Epilepsia confirmada controlados por Neurólogo Infantil en CDT de Los Angeles.

Material y Método. Se revisaron retrospectivamente 669 fichas de menores de 15 años que ingresaron a la Base de Datos Electrónica del CDT con el diagnóstico de Epilepsia entre Enero 2006 y Marzo 2007.

Resultados: Se descartan 408 fichas (Eventos No Epilépticos, Error dígito etc). De los 261 casos confirmados 146 (56%) son hombres, 115 (44%) mujeres, 136 (52%) Urbanos, 125 (48%) Rural, catalogándose como Epilepsia Idiopática (EI) 127 (48,6%), Sintomática (ES) 111 (42,5%) y Criptogénica (EC) 23 (8,9%). El 69% (180) en monoterapia, 23,3% (61) biterapia y 7,7% (20) triterapia. 165 casos (63,2%) con una comorbilidad a lo menos. Habían suspendido tratamiento 60 (23%). Ingresaron a PLAN AUGE 62 pacientes (23,7%), de ellos 4 EC, 3 ES y 55 EI correspondiendo a 43,3% del total de él.

Conclusiones: La mitad de los pacientes en control tienen ES o EC, más del 60% de los casos presenta alguna comorbilidad. El 23,7% de los pacientes ingresan al PLAN AUGE, cifra menor a la esperada.

2. EPILEPSIA Y COMORBILIDAD EN NIÑOS

Eliana Jeldres, Santiago Peralta, Juan Figueroa,

Verónica Gómez, Marcelo Devilat.

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago. Chile.

Introducción. En una presentación anterior presentamos nuestra experiencia en el tema con 198 niños, la actual contiene 239 pacientes de un universo no seleccionado y orientada al tipo de comorbilidad (CMB).

Objetivo. Determinar la CMB en niños con epilepsia controlados en el Centro.

Material y Método. Se revisaron 239 historias clínicas, con un nivel de confianza de 92%, obtenidas aleatoriamente de la base datos. La edad de diagnóstico fue de 43 meses (mediana) (0-176 meses). La edad de inicio del tratamiento fue de 47,5 meses (mediana) (0-180 meses). Hubo 35 (14,6%) niños con epilepsia criptogénica, 125 (52,3%) con epilepsia idiopática y 79 (33,1%) con epilepsia sintomática. Ciento treinta y ocho (57,7%) niños tenían crisis generalizadas, 89(37,2%), crisis parciales y 11 (4,6%) crisis mixtas.

Resultados. Ciento noventa y dos (80,3%) niños presentaron al menos una CMB y, 83 (43,2%) de ellos presentan tres o más. Cuarenta y siete (19,7%) niños no tuvieron CMB. De los 192 pacientes que presentan CMB, cada uno de ellos tiene en promedio 2,4 CMB. De las 464 CMB que se registraron en la muestra, 281 (60,6%) son de tipo neurológica y, 183 (39,4%) corresponden a etiologías no neurológicas.

Las CMB neurológicas más frecuentes fueron: Retardo mental (RM) y Retraso del desarrollo psicomotor (RDSM) en 71 (29,7%), Déficit atencional (SDA) en 51 (21,3%), Parálisis cerebral (PC) en 37 (15,5%) y Retraso del lenguaje en 21 (8,8%). Las comorbilidades no neurológicas afectan preferentemente a los sistemas cardiovascular y respiratorio

en 32 (13,4%) niños, 31 (13,0%) niños con patología digestiva y 27 (11,3%) niños con patología osteomuscular

Conclusiones. Alrededor del 80% de los niños presentó al menos una CMB. Más de la mitad de estas CMB son de tipo neurológico, las más frecuentes fueron RM/RDSM, SDA, PC. Entre las CMB no neurológicas predominan las que afectan al sistema cardiovascular y respiratorio, sistema digestivo y sistema osteomuscular.

3. PROGRAMA DE EPILEPSIA EN LA UNIDAD DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES 2005 -2006

Marta Chang, Jessica Reyes, Vicky Mori, Juan Enrique González, Marisol Avendaño, Javier Escobari, Maritza Carvajal.

Becadas de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Universidad de Santiago. Equipo de Epilepsia.

Introducción. El Programa de Epilepsia se implementó el año 2001, en nuestra unidad. Desde el primer semestre del 2005 se implementa GES epilepsia. Desde junio se ingresan pacientes a SIGGES. Es de nuestro interés dar a conocer nuestra experiencia.

Objetivos. Dar a conocer las características de los pacientes adscritos a este Programa desde enero del 2005 a 130 de abril del 2007.

Resultados. Se han ingresado hasta la fecha 1064 pacientes, de los cuales son pacientes activos 981 pacientes (92,19%) y se han dado de alta o trasladado 83 pacientes (7,8%). De estos 981 pacientes, 143 niños han sido catalogados como refractarios según criterios 4 y 5 de Schmidt, han sido ingresados al GES epilepsia, 255 niños y 583 niños tienen una epilepsia activa aun no catalogados en uno y otro grupo.

De los pacientes GES ingresaron 106 niños en año 2005, 117 niños el año 2006 y hasta el 30 de abril 32 casos.

Más del 50% de los niños ingresados al GES lo hacen el primer semestre GES (63/106 el año 2005 y 83/117 el año 2006). Se cerraron 13 casos el año 2005 y solo 1 caso el año 2006.

El 100% de nuestros pacientes tiene consentimiento

informado en la ficha clínica, y el 100% se cumplió la garantía de oportunidad de los 20 días.

Conclusiones. Estos resultados se lograron por un cambio en el funcionamiento de la Unidad de Neurología, asignando un equipo de Neurólogos a cargo del Programa, asignando EU en horario parcial, priorizando las horas para EEG a estos pacientes y conformando una red con los consultorios APS. Con capacitación continua de los encargados de programa en cada consultorio.

4. EPILEPSIA DEL SUEÑO EN NIÑOS. CLINICA Y TRATAMIENTO.

Karina Tirado, Katya Reinbach, Verónica Gómez, Marcelo Devilat.

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna. Santiago. Chile.

Introducción. Las epilepsias del sueño han sido bien descritas en el adulto desde hace muchos años. En los niños la experiencia es reducida.

Objetivo. Describir la clínica y tratamiento de niños con epilepsia del sueño.

Pacientes y Método. Se revisaron todas las historias clínicas, acerca del tema, de uno de nosotros (MD), de niños con epilepsia del sueño que resultaron ser 24.

Se revisaron las fichas clínicas de 24 pacientes con epilepsia del sueño, definida como aquella en la cual las crisis epilépticas ocurren en >60% durante el sueño. La muestra consta de 10(41,7%) mujeres y 14(58,3%) hombres, con edad promedio actual de 11,4 años. Tiempo en control en el Centro fue en promedio de 7,3 años. El tiempo promedio de monoterapia fue de 24 meses y 64 meses politerapia.

Resultados. No hubo diferencias de género. El diagnóstico fue de epilepsia generalizada en 7(29,2%) pacientes y epilepsia parcial en 17(70,8%). Se registraron 13(54,1%) pacientes con epilepsia sintomática, 10(41,7%) idiopática y 1(4,2%) criptogénica. Veinte niños (83,3%) tenían un EEG específico para epilepsia y en 4 (16%) era normal o inespecífico.

Diez y ocho pacientes (75%) presentaban crisis sólo durante el sueño (Epilepsias puras del sueño (EPUS)).

Seis pacientes (25%) tenían crisis en sueño y en vigilia (Epilepsias predominantemente del sueño (EPRES)). Tanto los niños con EPUS y EPRES tenían mayoritariamente crisis parciales.

Doce niños (50%) presentaron comorbilidad neurológica, 8(33,3%) mostraban comorbilidad no neurológica y sólo 4(17,7%) no tenían comorbilidad asociada. Al corte 8(33,3%) pacientes estaban en monoterapia, 15(62,5%) recibían politerapia y uno no ingería medicación. Se registraron 7(29,4%) pacientes con efectos adversos a los fármacos.

Conclusión. La mayoría de los niños tiene epilepsias sintomáticas, parciales y con EEG específico. Así también, las comorbilidades y la politerapia son frecuentes. Dos tipos de epilepsia pueden describirse en relación a la exclusividad o no de crisis durante el sueño.

5. EPILEPSIA MIOCLONICA JUVENIL: CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES EN CONTROL EN UN HOSPITAL PEDIATRICO

Andrea Schlatter, Keryma Acevedo, Leon Alderstein, Andrea Godoy.

Unidad Neurología Infantil. Hospital Roberto de Río.

Introducción. La epilepsia mioclónica juvenil (EMJ) representa el 5-10% de las epilepsias. La edad inicio tiene un máximo entre 12-14 años. Las ausencias y mioclonías son breves y suelen pasar desapercibidas, retrasando el diagnóstico de EMJ hasta la aparición de crisis tónico-clónicas generalizadas (TCG).

Objetivos. Establecer las características de pacientes con EMJ en control en el Hospital Roberto del Río, evaluando la respuesta al tratamiento, la evolución y la presencia de complicaciones secundarias al tratamiento.

Material y Método. Revisión retrospectiva de pacientes controlados en Policlínico de Neurología entre 1/01/05-31/12/06 codificados como Epilepsia Idiopática Generalizada (EIG).

Resultados. Revisión 264 fichas pacientes, encontrándose 20 con EMJ (7,5%). 13 de sexo femenino con edad promedio 12 años (8-14). Motivo de consulta correspondió a crisis TCG en 60 % de los casos y sólo un 5% lo hizo por mioclonias. Un 75% había

presentado síntomas anteriores al diagnóstico como: ausencias (10), mioclonias (10) y crisis TCG (3). El primer EEG tomado fue compatible con EMJ en 80%. Ácido Valproico fue el tratamiento de elección en 19 pacientes. Sólo 4 pacientes continuaron con crisis. Como efectos secundarios al tratamiento destacan: aumento de peso y ovario poliquístico.

Conclusiones. Las características de nuestros pacientes se ajustan a lo descrito en la literatura en cuanto a edad, distribución por sexo y evolución. Llama la atención que la presencia de mioclonías o ausencias no motivaran la consulta espontánea de los pacientes.

6. ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN PACIENTES CON EPILEPSIA DEL LOBULO TEMPORAL

Enzo Rivera, Carolina Bustos, Liliana Henríquez, Octavio Alarcón, Jorge Valdés.

Facultad de Medicina, Carrera de Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso, Chile

Introducción. Los efectos de las crisis y descargas eléctricas sobre la cognición y el lenguaje son un hecho vislumbrado desde los inicios de la epileptología moderna. Al respecto, la mayoría de las investigaciones realizadas en el extranjero avalan la presencia de deterioro cognitivo en la Epilepsia del Lóbulo Temporal (ELT). La exploración del lenguaje a través de la ejecución de tareas lingüísticas, se plantea como un método útil para acercarse al problema.

Objetivos. Demostrar posibles alteraciones lingüísticas en una población de pacientes con ELT refractaria, en período interictal.

Pacientes y Método. Se evaluó a 13 pacientes pertenecientes al policlínico de epilepsias refractarias del Hospital Carlos van Buren con diagnóstico de ELT (Grupo 1) y 13 adultos sin epilepsia (Grupo 2), a través de la pauta de evaluación de tareas lingüísticas. Esta herramienta consta de 6 ítems que evalúan comprensión auditiva, memoria de trabajo, denominación visual y auditiva, así como fluidez fonológica y semántica. Se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados. Las personas con ELT obtuvieron rendimientos inferiores respecto a las personas sin ELT en todas las tareas aplicadas. Este rendimiento inferior

alcanzó niveles estadísticamente significativos para las tareas de comprensión auditiva, fluidez fonológica y semántica. Se observó asimismo un mayor tiempo de ejecución de las respuestas para las personas del Grupo 1.

Discusión. Las alteraciones del lenguaje encontradas concuerdan con lo descrito en la literatura. Sin embargo, debido a la naturaleza preliminar del trabajo, no es posible establecer conclusiones definitivas al respecto. Es necesario continuar esta línea de investigación a fin de caracterizar mejor la población en riesgo y proponer programas dirigidos de rehabilitación fonoaudiológica precoz.

7. MANEJO DE DEPRESION EN PACIENTES EPILEPTICOS. RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO.

Elizabeth Guerrero, Silvia Guerrero.
Consultorio San Antonio.

Introducción. La depresión es frecuente comorbilidad de la epilepsia. A pesar de ello escasamente diagnosticada, Neurology 2002.

Objetivos. Evaluar prevalencia de depresión en epilépticos del Consultorio. Detectar si existe algún efecto en las crisis convulsivas al manejar la depresión y efecto en el tiempo.

Material y Método. Incluye el 100 % de pacientes del Programa de Epilepsia, 52. Aplicándose anamnesis y escala diagnóstica de Depresión CIE-10. Iniciándose tratamiento con ISRS, Fluoxetina. Se evalúa el número de crisis convulsivas al inicio, primer y segundo año de tratamiento.

Resultados. 17 pacientes presentan depresión, prevalencia total del 32,69%, correspondiendo 9.6% varones y 23% mujeres. Distribuyéndose en leve, 3.84%; moderada: 21.15% y severa 7.69%. A 15 pacientes se logró aplicar tratamiento obteniéndose una reducción del número de crisis en 11, 73.33% y reducción en el número de sus crisis de 61.89% promedio en más de la mitad de los tratados al primer año y 69.64% al segundo año.

Conclusiones. Obtuvimos alta prevalencia de depresión, 32.69% asociada a las condiciones socio-culturales de San Antonio. Además el manejo de la depresión disminuyó las crisis, lo cual es constante

en el tiempo de tratamiento, probablemente a causa de la compensación de la depresión.

8. TRATAMIENTO CON LAMOTRIGINA EN NIÑOS CON EPILEPSIA

Katya Reinbach, Karina Tirado, Verónica Gómez, Marcelo Devilat

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago. Chile

Introducción. La lamotrigina (LMT) es un antiepiléptico (AE) de tercera generación que puede ser una ayuda eficaz en algunos niños con epilepsia

Objetivo. Evaluar la eficacia y los efectos adversos de LMT en niños con epilepsia.

Material y Método. Se revisaron las fichas clínicas de 27 niños tratados con LMT por uno de nosotros (MD) desde el año 1999, que recibieron LMT en algún momento de su evolución. Los pacientes fueron seguidos por 6 años 5 meses en promedio (0,2-18). Todos tenían calendario de crisis. Todos estaban en medicación y la LMT se agregó como coadyuvante.

La edad promedio al iniciar LMT correspondió a 6 años 1 mes (1-18). La LMT fue usada en promedio por de 3 años 7 meses (0- 8,9). Todos los pacientes salvo uno, tenían epilepsia resistente.

Promedio de crisis fue de 185 al mes por paciente (3-999) al iniciar la LMT. Veinte y cuatro (89%) pacientes presentaron comorbilidad neurológica de los cuales 17 (70%) tenían retardo mental de diversos grados

Resultados. En 5(18,5%) enfermos hubo una reducción de crisis del 100%. En 16(59,3%), la disminución fue del 51 al 99% y en 6(22,2%), las crisis solo disminuyeron del 0 al 50%.

En 4 (22,2) niños con crisis parciales hubo una reducción del crisis del 100%, en 9 (50%) fue de 51 a 99% y en 5(27,8%) la reducción fue de 0 a 50%.

Sólo un niño (11,1%) con crisis generalizadas tuvo una reducción del 100% de las crisis, 7 (77,8%) y en 1 (11,1) la reducción fue de 0 a 50%.

En 4 pacientes (14.8%) hubo que retirar el AE, en uno por aumento de la frecuencia de crisis en otro por tolerancia y en 2 por reacciones alérgicas

Conclusión. La lamotrigina resultó ser beneficiosa para este grupo de pacientes con crisis parciales y generalizadas resistentes puesto que la mayoría disminuyó la frecuencia de crisis en más del 50%. Dos niños presentaron efectos adversos.

9. BROMURO DE POTASIO EN EPILEPSIA REFRACTARIA SINTOMÁTICA: EXPERIENCIA CLÍNICA

Loreto Ríos, Christian Galleguillos, Scarlet Witting, Alejandra Hernández, Carla Rojas Carmen Quijada, Ledía Troncoso.

Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

Introducción. El Bromuro de potasio es el más antiguo agente antiepiléptico descrito en la literatura. Su indicación actual va dirigida al tratamiento de epilepsias en veterinaria. La discontinuación en su uso se debió a su marcada sedación, pérdida de la libido, ausencia de monitoreo sanguíneo confiable y la aparición de nuevos antiepilépticos. Se desconoce su mecanismo de acción, aunque se cree actuaría similar al mecanismo de acción gabaérgica.

Objetivo. Conocer la efectividad de bromuro de potasio como alternativa terapéutica en pacientes con epilepsia refractaria a tratamientos antiepilépticos convencionales (fármacos antiepilépticos clásicos y de nueva generación, dieta cetogénica), tratados en el servicio de neurología Infantil del Hospital San Borja Arriarán.

Pacientes y Método. 8 pacientes con diagnóstico de Epilepsia refractaria sintomática tratados con bromuro de potasio fueron estudiados.

Resultados. Edad entre 1 y 11 años, sexo 5 hombres y 3 mujeres. 2 pacientes con diagnóstico de malformaciones desarrollo cortical, 2 con parálisis cerebral secundaria a meningitis y asfixia, 4 con encefalopatía epiléptica de causa no precisada. El rango de dosis varió entre 40 a 90 mgrs/Kg/día. 3 pacientes resultaron con reducción cercana al 90% y 1 con disminución del 50%. La presencia de reacciones adversas fue infrecuente siendo sólo la somnolencia el efecto registrado en 2 de ellos e

hiperkalemia leve en otro.

Conclusiones. El bromuro de potasio puede ser una alternativa efectiva y de muy bajo costo a considerar en algunos pacientes con epilepsia refractaria cuando la terapéutica antiepiléptica habitual no tiene respuesta.

10. COSTO DIRECTO MEDICO DEL TRATAMIENTO DE LAS EPILEPSIAS PARCIALES CON CRISIS PARCIALES COMPLEJAS EN NIÑOS

Juan Pablo Figueroa, Marcelo Devilat, Bolívar Valenzuela, Verónica Burón, Ricardo Erazo, Ximena Carrasco, Daniela Triviño, Verónica Gómez.

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago. Chile.

Introducción. Existe escasa literatura sobre costos en epilepsia, a pesar de la importancia para la planificación de acciones costo-efectivas

Objetivo. Cuantificar costos directos médicos en la epilepsia parcial con crisis parciales complejas en niños.

Pacientes y Método. 23 niños, 12 varones y 11 mujeres, se seleccionaron por muestreo aleatorio sencillo de un total de 210 pacientes atendidos entre 1997 y 2006 con el diagnóstico de epilepsia parcial con crisis parciales complejas (3 sintomáticas y 20 idiopáticas o criptogénicas), se excluyeron pacientes con epilepsia resistente a tratamiento con AE.

Los valores de las unidades de costos los proporcionó el centro de costos del hospital.

Los pacientes estuvieron bajo control en promedio 4,3 años (0,8 a 8,8), con 139,1 años acumulados. El tiempo promedio con antiepilépticos (AE) fue 3,7 años (0,8 a 8,75) y sin AE fue 0,62 años (0 a 3,17).

Resultados. Consulta neuropediatra 6.778.460 pesos, consulta enfermera 32.000 pesos, consulta psicóloga 6.000 pesos, EEG 866.026 pesos, TAC cerebro 995.998 pesos, RM cerebro 1.120.000 pesos, hemograma 39.353 pesos, pruebas hepáticas 137.150 pesos, niveles plasmáticos AE 70.600 pesos, otros exámenes 44.000, costo AE 4.399.556 pesos.

Conclusiones. El costo directo médico total fue 14.489.143 pesos, el costo directo médico promedio por paciente fue 629.962 pesos y el costo médico directo mensual por paciente fue 12.352 pesos.

11. PROPUESTA DE ESCALA DE EVALUACION PARA PREVENCIÓN DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON USO CRÓNICO DE ANTIEPILEPTICOS

Dra. Loreto Ríos, Dra. Loreto Llanos, Dr. Jorge Orellana, Dra. Scarlet Witting, Dra. Alejandra Hernández, Dra. Carla Rojas, Dra. Carmen Quijada, Dra. Ledía Troncoso*

Servicio de Neuropsiquiatría infantil Hospital San Borja Arriarán- Santiago

*Servicio de Pediatría Hospital San Borja Arriarán-Santiago

Introducción. El uso crónico de antiepilépticos produce alteraciones del metabolismo óseo no considerado en la práctica habitual del manejo de la epilepsia.

Objetivos. Establecer protocolo de factores de riesgo a fin de prevenir osteoporosis en los niños en tratamiento antiepiléptico.

Material y Método. Con la finalidad de construir escala de evaluación del riesgo de osteoporosis en pacientes con uso crónico de antiepilépticos se recolecta información de 100 pacientes de nuestro servicio, analizando edad; sexo; peso; número, tipo y tiempo de uso de antiepilépticos; características de las crisis; actividad motora diaria; lugar de origen (exposición solar) y exámenes realizados para estudio de metabolismo óseo.

Resultados. Menos del 30% de los pacientes tenían estudio dirigido de la función ósea. Ninguno de los pacientes tenía realizado estudio con densitometría ósea.

Discusión. El tratamiento de la osteoporosis en pacientes con factores de riesgo como uso crónico de antiepilépticos y postración es difícil y poco efectivo. El uso de un protocolo de seguimiento en edad pediátrica es fundamental para la prevención de secuelas irreversibles.

Conclusiones. El monitoreo de metabolismo óseo no se realiza en pacientes en tratamiento crónico con antiepilépticos. Se propone protocolo de riesgo acce-

sible al sistema público a fin de iniciar profilaxis para alteraciones del metabolismo óseo. Considerando que la densitometría ósea es un examen no accesible económicamente al sistema público, se propone estudio prospectivo utilizando escala de puntuación de factores de riesgo que permitan seleccionar aquellos pacientes que deben iniciar tratamiento profiláctico para osteoporosis.

12. PRESENTACION DEL SINDROME CONVULSIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIA PEDIATRICO EN EL HOSPITAL SAN MARTIN DE QUILLOTA 2004-2005

Diego Barros, Daisy Pezoa, Dr. Yébenes, Juan Pezoa, Javier Arellano, Yessenia Orellana.
Hospital San Martín de Quillota. Chile

Introducción. La epilepsia es una enfermedad de alta prevalencia, y su presentación en la edad pediátrica involucra no sólo el seguimiento y diagnóstico de la patología en sí, sino también el manejo multidisciplinario del “impacto social” tanto en la familia del paciente como en el círculo social inserto.

Objetivos. Determinar la frecuencia y realizar una descripción de la presentación del Síndrome Convulsivo en el Servicio de Urgencia Pediátrico en el Hospital San Martín de Quillota durante el período 2004-2005.

Pacientes y Método. Revisión de todos los datos de urgencia pediátrica presentados durante el periodo descrito (67487) y el análisis de Ficha Médica. Se realiza base de datos en Microsoft Office Access 2003 para tabulación y análisis de datos para estudio descriptivo retrospectivo de estos pacientes.

Resultados. Del total de consultas N= 67487, un 3,27% (2212 pacientes) presentó dentro de sus diagnósticos el Síndrome Convulsivo. De los cuales un 41,9% (927) correspondía al sexo femenino y un 58,1% a varones. Las edades fluctuaron entre 4 meses y 12 años (ver tabla de distribución etárea). Sólo un 2,17% requirió de hospitalización (48) y el promedio de días de hospitalización de estos niños fue de 5,6. Cabe destacar que de la población estudiada un 31,4% (695) correspondía a población rural y esto es una sobreestimación del porcentaje de población rural atendida en este Servicio de Urgencia. Del tipo de Síndrome Convulsivo un 77,9% (1724) fueron Convulsión Febril (CF), un 10% (222) ECPC, un

8,5% (189) no fue clasificado. Del tratamiento utilizado el más frecuente fue el uso de Diazepam Rectal (DZR) con un 93,6% (2072).

Conclusiones. El Síndrome Convulsivo presenta una alta frecuencia en las consultas de Urgencia Pediátricas del HSMQ (3,27%), siendo su principal presentación la CF (77,9%), con una distribución etárea homogénea y el uso de DZR fue el tratamiento más frecuente, con un bajo porcentaje de hospitalización 2,17%.

13. EVIDENCIA DE RESPUESTA EEG ANORMALA FOTOESTIMULACION EN PACIENTES CON COMPROMISO DE CONCIENCIA.

Lucila Andrade, Gisela Kuester, Debora Pollak, Tomás Mesa, Julia Santín, Jaime Godoy.

Departamento de Enfermedades Neurológicas y Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Objetivo. Reportar la existencia de respuestas EEG anormales a fotoestimulación (FE) en pacientes no seleccionados, niños y adultos, con compromiso de conciencia, referidos para EEG portátil.

Material y Método. Se revisaron retrospectivamente los EEG portátiles consecutivos efectuados en pacientes del Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile entre Enero 2004-Diciembre 2006. Analizamos demografía; distribución/morfología/clínica de las respuestas a FE; rasgos del EEG basal y presencia de actividad epileptiforme interictal/ictal no asociada a FE.

Resultados. Se incluyeron siete pacientes y 11 EEG. La edad promedio fue 42 años (rango: 2-88) y hubo cinco mujeres. Siete EEG mostraron RFP no asociada a cambio clínico, la que fue focal, bifocal o multifocal, todos ellos con patrón autolimitado y autosostenido en un mismo registro. En seis EEG hubo respuesta fótica anormal electroclínica, todas de origen focal, pero sólo dos con inicio occipital.

Conclusiones. La fotosensibilidad se asocia tradicionalmente a epilepsias idiopáticas generalizadas y occipitales. En la literatura hay reportes aislados de actividad epileptiforme inducida por FE en pacientes con alteración de conciencia. A nuestro entender, esta es la primera descripción de una serie de pa-

cientes con compromiso de conciencia cuyo estudio EEG mostró respuesta anormal a fotoestimulación, hallazgo que podría tener eventuales implicancias fisiopatológicas y terapéuticas.

14. CARACTERISTICAS DE LOS EEG DE LA UNIDAD DE ELECTROENCEFALOGRAFIA. SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES. AÑO 2006.

Maritza Carvajal, Juan Enrique González, Cristina Hidalgo.

Introducción. Con la implementación del Programa de Epilepsia el año 2001, se crea la necesidad de priorizar la solicitud del EEG en nuestro hospital por los médicos tratantes neurólogos, contando con la adquisición del equipo Digital con Video-Monitoreo de 32 canales a fines del año 2005.

Objetivos. Dar a conocer las características de los EEG realizados desde Enero hasta Diciembre del año 2006, en virtud del tipo de examen, procedencia, distribución etaria y resultados del examen.

Material y Método. Estudio Descriptivo Observacional Prospectivo. Se obtuvieron los datos de tabla EXCEL previamente diseñada, donde se registraron los datos durante el año 2006. Se analizaron estadísticamente los resultados.

Los registros EEG se realizaron en 1 equipo Digital de 32 canales y dos equipos análogos de 8 canales uno de ellos en UCI y otro en unidad de EEG. Fueron realizados en sistema internacional 10-20, con electrodos en cuero cabelludo, entre Enero y Diciembre del 2006 e informados en su mayoría por un solo médico.

Resultados. Durante el año 2006 se realizaron 1874 Electroencefalogramas. El 63.6% fueron realizados en formato digital y el 36.6% se realizó en formato análogo. El 78.4% se realizó en forma ambulatoria y el 21.6% a pacientes hospitalizados. Se realizaron 35 Video-Monitoreo para diagnóstico de crisis. Sólo el 4.4% de los exámenes fueron realizados con inducción de sueño. Se observó igual distribución por sexos. La distribución etaria correspondió a: Lactantes (28d a 2ª) 37.4%, Escolares (5ª a 11 a) 24.5%, Preescolares 15.7%, Adolescentes (>12ª)

17.6% y Recién Nacidos a 4.9%. Los exámenes fueron solicitados en su mayoría (75.4%) por el departamento de Neuropediatría, seguidos por UCI (7.1%), Intermedio (4%), Lactantes (3.6%), Neonatología Hospital Barros Luco (2.4%), Segunda Infancia (2%), Psiquiatría CDT Hospital Barros Luco (1%), Servicio de Urgencia (0.6%) y Oncología (0.4%). Del total de EEG realizaron un 52.2% fue informado como normal y un 47.8% presentó alguna alteración, de las cuales destaca en orden de frecuencia: Actividad Epileptiforme Focal (17.4%), Actividad Epileptiforme Generalizada (17%), Alteración difusa (5.2%), Actividad Multifocal (1.2%), Alteración inespecífica (2.8%), Muerte Cerebral (0.7%) e Hipsarritmia (0.5%).

Discusión. En la actualidad la gran mayoría de los exámenes se está realizando en formato digital, por sus ventajas al momento del análisis en relación al formato análogo. El 47.8% presentó anomalías, lo cual es concordante con la información existente en la literatura. Cabe destacar que sólo un 4.4% de nuestros pacientes recibieron inducción de sueño con Hidrato de Cloral. En el 75% de nuestros pacientes el examen fue indicado por un médico Neurólogo o una Enfermera altamente capacitada en Epilepsia. Nuestra casuística es concordante con lo publicado en la literatura.

15. ANALISIS DE LA RESPUESTA FOTOPARO-XISTICA.

Mariana Weitzman, Erna Rauch, M^a Eugenia López, Jorge Lasso.
Hospital Padre Hurtado

Introducción. La respuesta fotoparoxística (RFP) se manifiesta con ondas cerebrales de tipo punta o espiga onda, o como lentitudes en rango theta generalizada de predominio anterior o posterior, o puede ser focal. Su relación con epilepsia está muy determinada en ciertos síndromes.

Objetivos. Describir la evolución clínica de pacientes con resultado en electroencefalograma de RFP.

Material y Método. Estudio descriptivo, revisión de ficha clínica y registro EEG.

Resultados. De 6.500 electroencefalogramas, se encontraron 53 exámenes con RFP, el promedio de edad fue 23 años (4 a 57 a). Un 73% (38 pacientes)

tuvo diagnóstico de epilepsia (70% de tipo generalizado, 22% focal y un 8% indeterminado). De los síndromes generalizados la mayoría era EMJ 51%, seguido de epilepsia ausencia 13%, en cambio en los focales, la mayoría se presentó en la infancia, la epilepsia rolándica fue la más frecuente. Al analizar el tipo de RFP la mayoría fue limitada al estímulo 72%, seguida de la respuesta autosostenida 25%. El grupo sin epilepsia (27%) tuvo diagnóstico de cefalea 32% y crisis convulsiva febril 22%.

Conclusión. La RFP fue un hallazgo poco frecuente en el registro EEG, pero se asoció en alto porcentaje con epilepsia, principalmente formas generalizadas idiopáticas.

16. CLASIFICACION DE LOS PATRONES DE RESPUESTA EEG A FOTOESTIMULACION EN PACIENTES AMBULATORIOS.

Lucila Andrade, Debora Pollak, Gisela Kuester, Jaime Godoy, Julia Santin, Tomás Mesa.

Departamento de Enfermedades Neurológicas y Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Objetivos. Describir tipos de respuesta fotoparoxística (RFP) y crisis epilépticas (CE) por fotoestimulación (FE) en pacientes no seleccionados, niños/adultos, ambulatorios, referidos para estudio EEG. Correlacionar hallazgos con clasificaciones propuestas en la literatura.

Material y Método. Se revisaron retrospectivamente los EEG consecutivos efectuados en Laboratorio EEG Pontificia Universidad Católica de Chile entre Enero 2004-Abril 2007. Analizamos demografía, distribución/morfología de descargas epilépticas (DE) por FE, características del EEG basal vigilia/sueño y de las DE interictales/ictales independientes de FE. Se intentó agrupar los distintos tipos de RFP según clasificaciones de "Jeavons y Harding", "Waltz" y "Kasteleijn-Nolst Trenité et. al".

Resultados. Se incluyeron 33 pacientes y 39 EEG. Edad promedio: 13.6 años (rango: 3-42), 61% mujeres. En 62% de los EEG la RFP tuvo morfología variable en un mismo registro, incluyendo DE focales y generalizadas. Sólo en 21% de los EEG se pudo definir RFP como estrictamente focal, focal con generalización o generalizada. Las CE por FE fueron mayoritariamente de origen focal. Las tres clasifica-

ciones de respuestas EEG a FE fueron insuficientes a la luz de nuestros hallazgos.

Conclusiones. Existen variados modelos de RFP entre pacientes referidos para EEG ambulatorio que van más allá de los propuestos en la literatura, impidiendo adecuadas descripción y correlación clínica.

17. UTILIDAD DEL REGISTRO POLIGRAFICO EN EPILEPSIA.

Dra. Loreto Ríos, Dra. Francisca López, Dra. Scarlet Witting, Dra. Carla Rojas, Dra. Carmen Quijada, Dra. Ledía Troncoso.

Servicio de Neuropsiquiatría. Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), Santiago, Chile.

Introducción. En los últimos años, el videomonitorio EEG ha sido un aporte valioso para lograr una aproximación diagnóstica más precisa de los pacientes con epilepsia. Sin embargo, recientemente la incorporación del registro simultáneo de EEG y EMG a través de la poligrafía, ha permitido precisar el origen cortical o extracortical de la actividad motora observada y diferenciar el tipo de paroxismo observado por ejemplo, mioclonía, clonía, ausencia mioclónica, espasmo.

Material y Método. Presentamos tres pacientes controlados en el Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del HCSBA, en quienes el registro poligráfico fue de importancia precisión diagnóstica.

Resultados. Se describen tres pacientes, dos con sospecha de Epilepsia Parcial Continua y uno con Epilepsia Frontal de difícil manejo. En los dos primeros se pudo descartar el diagnóstico en base a los hallazgos del registro. En el tercer caso, se pudo determinar con certeza ausencia de epilepsia y presencia de pseudocrisis.

Conclusión. El registro poligráfico simultáneo EEG-EMG puede ser de suma utilidad en el diagnóstico y por lo tanto manejo de los pacientes con epilepsia.

18. EPILEPSIA PARCIAL COMPLEJA Y ALTERACION METABOLISMO ACIDOS GRASOS DE CADENA MEDIA ¿EFECTO SECUNDARIO DE ACIDO VALPROICO?

Camilo Zapata, Jorge Díaz.

Hospital Las Higueras de Talcahuano

Introducción. El Acido Valproico puede producir excreción de Octanoil-carnitina (C8) simulando el perfil de acilcarnitina encontrado en el déficit de MCAD, patología que habitualmente debuta como hipoglicemia hipocetósica en lactantes. Presentamos un caso en que se planteó déficit de MCAD atípico el cual se descarta por estudio genético pero plantea el diagnóstico diferencial de esta patología y el uso de dosis altas de Valproato.

Caso Clínico. Se presenta caso de escolar de 13 años sin antecedentes de asfixia, hijo de padres sanos no consanguíneos, que presenta Crisis parciales complejas repetidas desde los 7 años, EEG muestra actividad irritativa epileptiforme temporal izquierda, TAC y RNM cerebral normal, se inicia Acido Valproico en dosis crecientes hasta dosis máxima de 1500 mg/d, por el difícil control de crisis (permanece con 2 a 3 crisis mensuales), se agrega Carbamazepina 30 mg/k/día y Clonazepam 1 mg/día con lo que actualmente lleva 6 meses sin crisis.

Desde los 10 años paciente presenta episodios de letargia, debilidad y al menos un episodio de hipoglicemia (el que requirió uso de solución Glucosada ev) en relación al ayuno, por lo que se le indica alimentación fraccionada e ingesta de Hidratos de carbono nocturna y L-Carnitina. Dentro de su estudio se realiza Espectrometría de masa en Tándem (EMT) la que muestra categórica elevación de Octanoil carnitina (0,44 mmol/l) resultado que se confirma con EMT realizada en USA (IVX), lo que plantea alteración del metabolismo de Acidos Grasos de cadena media atípico.

Se realiza Estudio de Mutación de enzima deshidrogenada de AGCM, no encontrándose mutaciones 985A>G y 199T>C. Otros exámenes muestran Amonio y Acido Láctico Normal, carnitina total disminuida con aumento de carnitina esterificada, función hepática normal, estudio aminoacidopatías (-). Se evalúa exámenes por expertos en enfermedades metabólicas de Pediatrix (USA) quienes sugieren que las alteraciones del metabolismo de los AGCM son consecuencia del uso de altas dosis de Acido Valproico.

Se presenta este caso por presentar alteración del metabolismo de los ácidos Grasos en forma sintomática y adquirida (no hay síntomas sugerentes de esta patología en el período de lactante y preescolar) y sería un efecto adverso poco conocido del Acido

Valproico.

19. CASO CLINICO: DESCRIPCION DEL SINDROME CONVULSIVO EN PACIENTE CON SINDROME DE HUNTER

Diego Barros, Daisy Pezoa, Teresa Román, Juan Pezoa, Javier Arellano y Yessenia Orellana.

Hospital El Pino. Santiago, Chile

Introducción. La Mucopolisacaridosis tipo II o el síndrome de Hunter es heredado como enfermedad ligada al cromosoma X. La anomalía metabólica que causa el síndrome es la falta de la enzima sulfatasa de sulfoiodurodinato y al estar esta enzima ausente los mucopolisacáridos se acumulan en varios tejidos causando el daño.

Objetivos. Describir los episodios convulsivos en una patología poco frecuente como el Síndrome de Hunter.

Pacientes y Método. Análisis de la Ficha Médica. Estudio Caso-Control.

Resultados. El paciente corresponde a un varón de 10 años con familiares portadores de la misma patología controlados en este Servicio. El Síndrome de Hunter

es una patología que se puede presentar con la siguiente clínica: rasgos faciales toscos, cabeza grande, nariz corta y ancha (presentando una rinorrea mucosa crónica, afecciones de oído y senos paranasales en forma crónica, cara plana con pómulos rojos, cuello corto, macroglosia, rigidez de las articulaciones, sordera, hipertrichosis, hepato y esplenomegalia que empuja al diafragma hacia arriba disminuyendo su expansibilidad torácica y aumentando los problemas respiratorios, retina anormal, manos cortas anchas y con los dedos gordos, síndrome del túnel carpiano, vientre muy abultado y herniopatía frecuente, además de una piel muy gruesa. El paciente había presentado durante su vida 6 episodios convulsivos (3 durante el último año de control) de los cuales, el primero de estos fue una Convulsión Febril a 39,5° C por una Pansinusitis, el segundo interpretado como tónico-clónico generalizado y el último como focalizado. El paciente actualmente se encuentra en estudio de Epilepsia, sin medicación específica y con deterioro de su condición neurológica por su patología de base.

Conclusión: En relación al Síndrome de Hunter no existe descripción en la literatura sobre una relación directa, incidencia y/o tipo de presentación de la Epilepsia, razón por la cual se decide la presentación del Caso Clínico.

Crónica

Congresos y Cursos 2008

CONGRESO SOPNIA
XXVI Congreso Anual de SOPNIA
15 al 18 de Octubre de 2008
Pucón, Chile
www.sopnia.com

CONGRESO SONEPSYN
63° Congreso Anual Chileno 2008
Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
Hotel del Mar, Viña del Mar
30, 31 de Octubre y 1 de Noviembre de 2008
www.sonepsyn.com