

Trabajos presentados en las IX Jornadas Invernales de Epilepsia

Estas IX Jornadas Invernales de Epilepsia tienen una especial significación, por cuanto coinciden con la conmemoración de los 100 años de la fundación en Budapest de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), con los 10 años de vida de la Sociedad de Epileptología de Chile y nos permitirán rendir un homenaje a quien nos precediera y nos acompañara en nuestro peregrinar por los insondables caminos de la epilepsia. Nos referimos a la Dra. Nelly Chiofalo Santini. Es por anterior que hemos designado como tema oficial de estas Jornadas a la dimensión bio-psico-social de la epilepsia, que se corresponde con los objetivos fundacionales de la ILAE y de la Sociedad de Epileptología de Chile, que es su Capítulo Chileno.

Para realzar este acontecimiento estarán con nosotros dos prestigiados profesores reconocidos mundialmente como figuras señeras de la Epileptología actual. El Profesor Lazarowski, que ha hecho importantes contribuciones al mejor entendimiento de la epilepsia resistente y el Profesor Arzimanoglou, presidente del Capítulo Francés de ILAE, que ha colaborado con éxito en numerosos aspectos clínicos de la epilepsia, entre los que se destacan las enfermedades catastróficas de los niños y los aspectos quirúrgicos de la epilepsia.

IX Jornadas Invernales de Epilepsia de la Sociedad de Epileptología de Chile

PROGRAMA

Viernes 12 de Junio de 2009

- 08:00-08:30 **Bienvenida**
Dra. Lilian Cuadra, Dra. Perla David
- 08:30-09:00 **El impacto de los nuevos antiepilepticos en la epilepsia**
Dra. Perla David. Hospital Exequiel González Cortés

- 09:00-09:30 **Análisis de los estudios de embarazo y epilepsia. Efectos físicos y mentales de los antiepilepticos sobre el embrión, feto y niño**
Dr. Darío Ramírez. Hospital del Salvador
- 09:30-10:00 **¿Cuál elegir?: Hemisferectomía, Callosotomía, Resección, Estimulación vagal**
Dr. Arturo Zuleta. Instituto de Neurocirugía Asenjo
- 10:00-10:30 **Resistencia múltiple a drogas (MDR): Bases moleculares de un fenómeno clínico**
Dr. Alberto Lazarowski. Universidad de Buenos Aires. Argentina
- 10:30-11:00 **Mesa redonda.** Dr. Osvaldo Olivares. Hospital San José
Dra. Perla David, Dr. Darío Ramírez, Dr. Arturo Zuleta, Dr. Alberto Lazarowski
- 11:00- 11:30 Pausa
- 11:30-12:00 **Efectos adversos severos de los AE. Una comparación entre los nuevos y los antiguos**
Dr. Juan Enrique González. Hospital Exequiel González Cortés
- 12:00-12:30 **Lo dramático de las epilepsias: la resistencia, la muerte súbita, el suicidio y el estigma.**
Dr. Marcelo Devilat. Hospital Luis Calvo Mackenna
- 12:30-13:00 **Criterios para una selección precoz de candidatos a cirugía de la epilepsia**

- Dr. Alexis Arzimanoglou. Universidad de Lyon. Francia
- Dr. Marcelo Gálvez. Instituto de Neurocirugía Asenjo
- 13:00-13:30 **Mesa redonda.** Dra. Paula Pérez. Hospital Luis Calvo Mackenna
Dr. Juan Enrique González, Dr. Marcelo Devilat, Dr. Alexis Arzimanoglou
- 18:10-18.30 **Aporte del PET en epilepsia**
Dra. Paulina Sierralta. Hospital Militar
- 13:30-14:30 **Simposio GSK**
Dra. Loreto Ríos. Liga Chilena contra la Epilepsia
Dra. Mónica González. Clínica Alemana
- 18.30-19.00 **MDR en epilepsias refractarias: Desde las primeras evidencias clínicas, su impacto en la farmacocinética de los AE, hasta su confirmación en modelos experimentales.**
Dr. Alberto Lazarowski. Universidad de Buenos Aires. Argentina
- 14:30-14:50 **Convulsiones en el sueño. ¿Crisis epilépticas o parasomnias?**
Dr. Pedro Menéndez. Hospital San Juan de Dios
- 19.00:19.30 **Utilidad-inutilidad y peligros de los antiepilépticos en las encefalopatías epilépticas**
Dr. Alexis Arzimanoglou. Universidad de Lyon. Francia
- 14:50-15:10 **EEG. Neurofisiología clínica ¿Qué hay de nuevo?**
Dra. Loreto Ríos. Liga Chilena contra la Epilepsia
- 19.30-20:00 **100 años de Epilepsia, 10 años de Sociedad. Un homenaje a la Dra. Nelly Chiofalo**
Dr. Marcelo Devilat. Hospital Luis Calvo Mackenna
- 15:10-15.30 **Evaluación psicosocial de personas con epilepsia**
Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic. Instituto Psiquiátrico Horwitz
- 20.00-21.00 Cocktail. Gentileza de Lamictal®
- 15:30-15:50 **La cirugía: efecto sobre las crisis, la cognición, la calidad de vida y la mortalidad**
Dra. Lilian Cuadra. Instituto Neurocirugía Asenjo
- Sábado 13 de Junio de 2009**
- 15:50-16:20 **Mesa redonda.** Dr. Juan Salinas. Hospital Exequiel González Cortés
Dr. Pedro Menéndez, Dra. Loreto Ríos, Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic, Dra Lilian Cuadra
- 09:00-09:30 **Trastornos cognitivos en personas con epilepsia. ¿Efecto de los medicamentos o de la epilepsia?**
Dr. Jorge Foerster. Hospital Sótero del Río
- 09:30-10:00 **Primera crisis epiléptica no provocada, no sintomática. Tratar o no tratar a largo plazo?**
Dr. Jaime Godoy. Hospital Pontificia Universidad Católica
- 16:20-16:50 Pausa
- 16:50-17:50 **Presentación de posters.**
Grupo I: Dra. Lilian Cuadra. Instituto de Neurocirugía Asenjo
Grupo II: Dr. Enzo Rivera. Hospital van Buren
- 10.00-10.30 **Cuándo, cómo y hasta cuándo tratar a los pacientes con epilepsia a la luz de de los nuevos conceptos de Epilepsia y de la irrupción de los nuevos AE?**
Dra. Ledia Troncoso. Hospital San Borja-Arriarán
- 17:50-18:10 **Imágenes estructurales y funcionales en RNM y epilepsia**

10:30-11:00 **Epilepsia en el adulto mayor y su manejo farmacológico**
Dr. Enzo Rivera. Hospital van Buren

11.00-11.30 Pausa

11:30-12:00 **¿La expresión neuronal del gen MDR es sinónimo de farmacorresistencia o epileptogenicidad.? ¿Es el gen MDR un nuevo “blanco terapéutico” en la Epilepsia?**
Dr. Alberto Lazarowski. Universidad de Buenos Aires. Argentina

12:00-12:45 **Mesa redonda.** Dr. Cayetano Napolitano. Hospital Militar
Dr. Jorge Foerster, Dr. Jaime Godoy, Dra. Ledia Troncoso, Dr. Enzo Rivera, Dr. Alberto Lazarowski, Dr. Alexis Arzimanoglou

12.45-13.00 **Clausura**

La Sociedad de Epileptología de Chile agradece a los patrocinantes, a los profesores invitados y a los conferencistas su participación en este evento y les expresa el testimonio de su reconocimiento.

Patrocinan:

- Ministerio de Salud
- Universidad de Chile
- Universidad de Santiago
- Universidad Mayor
- Universidad de Los Andes
- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia
- Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
- Liga Chilena contra la Epilepsia

Comisión Organizadora:

Presidente: Dr. Marcelo Devilat
Vicepresidenta: Dra. Lilian Cuadra
Secretaria: Dra. Paula Pérez
Miembros: Dra. Perla David, Dra. Eliana Jeldres, Dr. Juan Salinas, Dr. Darío Ramírez, Dr. Juan E González

Directorio de la Sociedad de Epileptología de Chile

Presidenta Dra Perla David

Vicepresidente	Dr. Marcelo Devilat
Secretaria General	Dra. Andrea Pérez
Tesorera	Dra. Daniela Triviño
Directora	Dra. Eliana Jeldres
Editora	Dra. Perla David
Encargado de eventos	Dr. Marcelo Devilat
Past Presidente	Dr. Juan Salinas
Delegados Anliche	Dr. Manuel Campos
	Dr. Carlos Acevedo

La Sociedad de Epileptología de Chile invita a los asistentes a visitar los stands de las firmas auspiciadoras, gracias a quienes estas IX Jornadas de Epilepsia han sido posibles.

Auspiciadores

- Laboratorio Drugtech (Corp. Farmacéutica Recalcine)
- Abbott Laboratories de Chile
- Glaxo SmithKline Farmacéutica
- Novartis Chile
- Laboratorio Janssen-Cilag

Colaboración:

Socios:	\$ 15.000
Médicos:	\$ 17.000
Otros profesionales:	\$ 12.000
Becados y Técnicos:	\$ 5.000

RESUMENES DE LOS TRABAJOS DE POSTERS

Epilepsia Refractaria en Niños, Hospital Regional de Rancagua

Eliana Jeldres, Luisa Prüssing, Lucía Álamos.
Policlínico de Neurología, Servicio de Pediatría, Hospital Regional de Rancagua

Introducción

Se estima que aproximadamente un 30% de los pacientes en tratamiento por epilepsia evolucionarán hacia la refractariedad, lo cual implica una gran alteración de la calidad de vida de los pacientes y su familia y, un enorme desafío para el equipo de salud.

Objetivo

Evaluar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes pediátricos en control por epilepsia

refractaria del Hospital Regional de Rancagua.

Material y métodos

Se revisan retrospectivamente las fichas clínicas de 17 niños obtenidas aleatoriamente del listado de pacientes con epilepsia "No GES"; se excluye a los no refractarios. La información fue ingresada a una base de datos EpiInfo 2000 para su posterior análisis estadístico.

Resultados

Muestra constituida por 10 (59%) mujeres y 7(41%) hombres, edad de diagnóstico fue de 1año5meses (mediana). Etiología de la epilepsia fue sintomática en 82%. Tipo de crisis: generalizada en 47%, parcial en 29% y mixtas en 24%. Nueve pacientes (53%) tienen crisis en sueño y vigilia, y, ocho (47%) tienen crisis sólo en vigilia. Los pacientes presentan entre 1 y 150 crisis al mes (mediana 11 crisis). Catorce pacientes (82%) tienen comorbilidad asociada. Once pacientes (65%), reciben tratamiento con dos antiepilépticos, y seis (35%) reciben tres o más fármacos; el 76% recibe ácido valproico y 17% recibe algún anticonvulsivante novel.

Conclusiones

Los pacientes en tratamiento por epilepsia refractaria controlados en el Hospital Regional de Rancagua tienen más frecuentemente epilepsia sintomática, con crisis generalizadas y frecuente comorbilidad. La mayoría de ellos está en tratamiento con ácido valproico asociado a uno o más anticonvulsivantes.

Perfil Clínico y Tratamiento en Niños con Epilepsia Resistente II

Marcelo Devilat, Verónica Gómez, Verónica Burón, Ximena Carrasco

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

Introducción

La epilepsia resistente corresponde al 20 a 30% de las epilepsias y origina numerosos problemas biopsicosociales y económicos al paciente y su familia. Un acertado manejo terapéutico permite minimizar esos efectos.

Objetivos

Describir las principales características clínicas de

60 niños con epilepsia resistente y comunicar el resultado del tratamiento

Material y métodos

Sesenta niños entraron prospectivamente a un protocolo desde diciembre de 2006 a Diciembre de 2008. El promedio de crisis mensuales en 54 niños fue de 219 (4 a 900), en 6 eran incontables. Los pacientes fueron tratados con antiepilépticos, cirugía y dieta cetógena.

El tiempo de observación del grupo total fue en promedio de 3.20 años (0.5 - 9 años) y de los que respondieron favorablemente fue de 2.99 años (0.5 - 8 años).

La respuesta al tratamiento se clasificó porcentualmente según disminución mensual de crisis en: mala < de 50; aceptable 51 al 70; buena 71 al 99 y excelente 100.

Resultados

La epilepsia se inició en promedio a los 2.81 años (1 mes a 15años) y su duración fue de 5.62 años (1 - 14). Hubo 55 pacientes (85%) con epilepsias sintomáticas. Cincuenta y siete (95%) inscribieron 8 puntos o más en la escala de severidad. Cuarenta y cinco niños (75%) eran dependientes o semi dependientes. Comorbilidad neurológica se presentó en 57 (96%). En 29 (58%) la respuesta a los antiepilépticos fue buena o excelente. De 10 niños operados, 7 tuvieron respuesta buena o excelente. Una respuesta similar la presentaron 3 de 6 niños con dieta cetógena.

Conclusiones

Estos pacientes presentaron epilepsias crónicas, activas, sintomáticas, severas, precoces, con frecuente comorbilidad, organicidad cerebral y dependencia del adulto. Un tercio tiene excelente respuesta, otro tercio la tiene buena y un tercer tercio tiene mala respuesta al manejo terapéutico.

Calidad de Vida Pre y Post Quirúrgica en Niños con Epilepsia Refractaria operados de Epilepsia

Nathalia Capdepon, David Aguirre, Miguel Contreras, Lilian Cuadra

Instituto de Neurocirugía Asenjo. Santiago. Chile

Introducción

La cirugía es, para algunos niños con epilepsia re-

fractaria, la única alternativa terapéutica. Su resultado en términos de control de las crisis ha sido bien estudiado, sin embargo poco se sabe de su impacto en la calidad de vida. Esta información permitiría formarse expectativas más acordes a la realidad.

Objetivos

Evaluar la calidad de vida (CV) pre y post quirúrgica en niños operados por epilepsia refractaria (ER).

Material y métodos

Se estudió de manera prospectiva 28 niños operados (4 a 17 años), aplicando el "Cuestionario de Calidad de Vida para Pacientes Epilépticos Infantiles - forma para padres" antes y después de la cirugía (≥ 6 meses). Dicho cuestionario evalúa 5 áreas: características de la epilepsia, independencia, sociabilidad, desarrollo psico-emocional y aprendizaje; y clasifica la CV en: muy mala, mala, regular, buena y muy buena. Se evaluó el cambio de la CV para cada niño y se relacionó con el control de las crisis (clasificación de Engel) y con la técnica quirúrgica (callosotomía, hemisferectomía, resectiva). Además se observó el área de la CV de mayor mejoría para cada técnica.

Resultados

Post cirugía, ningún niño empeoró su CV, 5 (17,9%) permanecieron igual, 15 (53,6%) mejoraron en una categoría, 4 (14,3%) en dos y 4 (14,3%) en tres. En los 17 que quedaron libres de crisis (Engel IA) todos mejoraron su CV. Nueve niños mejoraron el control de las crisis (Engel II a IVA), de los cuales 4 mejoraron su CV.

De los 11 niños operados por callosotomía, 6 mejoraron su CV. Todos los pacientes sometidos a hemisferectomía y a cirugía resectiva mejoraron su CV.

El mayor progreso en las callosotomías fue la sociabilidad (27,3%), en las hemisferectomías las características de la epilepsia (54,4%) y la sociabilidad (53,3%) y en las cirugías resectivas las características de la epilepsia (48,3%).

Conclusiones

En pacientes pediátricos con ER la cirugía mejora la CV. Las áreas más favorecidas son las características de la epilepsia y la sociabilidad.

Calidad de vida de niños con Síndrome de West

Claudia Riffo, Bolívar Valenzuela, Gerardo Riffo*, Marcelo Devilat.

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

Introducción

El síndrome de West (SW) es una epilepsia catastrófica de inicio precoz y de mal pronóstico. La calidad de vida (CV) se compromete en diverso grado en los pacientes y su familia

Objetivo

Evaluar la CV en niños con SW e identificar los ítems más relevantes de la CV de los niños según la percepción de su principal cuidador.

Material y métodos

Se revisó el registro computacional de 572 niños con epilepsia del año 2009, pesquisándose 26 pacientes con diagnóstico de SW que tenían más de un año de seguimiento. Se contactó telefónicamente a 9 de ellos junto a su principal cuidador, la madre. No se evaluó al resto de los pacientes por ser inabituables.

Se realizó un estudio transversal mediante la Encuesta de Calidad de Vida para Niños con Epilepsia (CAVE) (Herranz) durante el período comprendido entre enero y abril de 2009. La CAVE consta de 8 parámetros: Conducta, Aprendizaje, Autonomía, Relación social, Intensidad de las crisis, Asistencia escolar, Frecuencia de crisis y Opinión de los padres. El puntaje máximo es de 5 puntos, (desde 1, muy mala; 2, mala; 3, regular; 4 buena y 5 muy buena. El promedio de edad de los niños fue de 5 años 9 meses (2 - 22 años). Hubo 4 hombres y 5 mujeres, 6 pacientes tenían epilepsia sintomática, 2 idiopática y uno criptogénica. Ninguno de los enfermos tenía marcha independiente y 3 no concurrían a la escuela.

Resultados

La CV fue calificada de regular con un promedio de 3,4 puntos. Los ítems mejor evaluados fueron Sociabilidad, Opinión de los padres y Asistencia escolar con 4 puntos. Conducta, Frecuencia de las crisis e Intensidad de ellas dieron un puntaje promedio

entre 3,0 a 3,8. Los ítems peor evaluados correspondieron a Aprendizaje y Autonomía con 2,8 y 2,7 puntos respectivamente.

Conclusión

La CV de de este grupo niños con síndrome de West resultó ser regular. Los ítems mejor evaluados fueron Sociabilidad, Opinión de los padres y Asistencia escolar. Los ítems mas comprometidos resultaron ser Aprendizaje y Autonomía

Mortalidad en niños con epilepsia II. 1996 a 2008

Marcelo Devilat, Verónica Gómez, Juan Pablo Sepúlveda

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

Introducción

La mortalidad en epilepsia es al menos 2 a 3 veces superior que la de la población general. En niños la información es escasa.

Objetivos

Determinar la tasa de mortalidad estandar (TME), las causas de muerte y sus circunstancias, los posibles factores de riesgo, la comorbilidad y las medidas de apoyo en los niños con epilepsia que fallecieron estando en control en el Centro, en los últimos 12 años.

Material y métodos

Los 27 niños que fallecieron, desde octubre de 1996 hasta octubre 2008, entraron a un protocolo prospectivo. En promedio, la edad de inicio de la epilepsia fue de 1 año 11 meses (1mes a 13 años), la edad de muerte resultó ser de 6 años 6 meses (2 meses a 14 años) y el lapso entre la edad de inicio de la epilepsia y la muerte, fue en promedio de 7 años 3 meses (1mes a 228 meses). El fallecimiento fue conocido por información personal de los padres o por vía telefónica. El protocolo contempla una reunión con los padres después de cada fallecimiento. Hubo 9 niños con epilepsias parciales y 17 con epilepsias generalizadas.

Resultados

La TME fue de 3.0 (CI 95%, 2.07-3.87). Hubo 11 niños que fallecieron de muerte súbita inexplicable

(Musiep) y 16 por infecciones. Quince pacientes murieron en hospital y 12 en domicilio. Veinticuatro niños tenían epilepsias sintomáticas y 3 criptogénicas. Sólo 2 enfermos tenían epilepsias inactivas, el resto, 25, presentaba epilepsias activas o catastróficas o resistentes El EEG interictal tenía actividad específica en 23 niños, 18 pacientes recibían politerapia al morir. Veinticuatro niños tenían comorbilidades neurológicas. Los familiares de 23 pacientes fueron entrevistados después del fallecimiento y en 4 ello no fue posible.

Conclusiones

La TME resultó ser tres veces superior a la población sin epilepsia. La mayor causa de muerte fueron infecciones, seguida de la Musiep. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: Epilepsias activas, resistentes y catastróficas, EEG específico, epilepsia sintomática, y comorbilidad neurológica. La mayoría de los padres fue entrevistado después de la muerte de sus hijos

Comorbilidad psiquiátrica y calidad de vida en adolescentes con epilepsia mioclónica juvenil

Paula Pérez, Sandra Oltra, Verónica Gómez, Marcelo Devilat

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

Introducción

Estudios en pacientes adultos describen que 20-49% de los pacientes con epilepsia mioclónica juvenil (EMJ) tienen comorbilidad psiquiátrica del eje I. Por otro lado, uno de los objetivos terapéuticos es propiciar una adecuada calidad de vida (CV), la cual puede verse afectada por la comorbilidad.

Objetivo

Pesquisar comorbilidad psiquiátrica en adolescentes con diagnóstico de EMJ y evaluar CV.

Material y método

Estudio transversal, de 19 pacientes con diagnóstico de EMJ. Se contactó telefónicamente a 15 para participar en entrevista clínica junto a sus padres y aplicarles "MINI KID", que permite pesquisar alteraciones psiquiátricas del eje I en niños y adolescentes. En una segunda sesión se informó resultados y se aplicó Escala de Calidad de Vida del Niño con Epilepsia (CAVE).

Resultados

Se entrevistaron 15 pacientes, diez mujeres y cinco hombres, con una mediana de edad 14 años (10-18 años). Al momento de la investigación se revisa ficha clínica y 100% estaba en control por EMJ, con una mediana de seguimiento de 26,5 meses (6-64 meses). La mediana de tiempo sin crisis es 23,5 meses (1-58 meses). Al momento del estudio 100% de los pacientes estaba en tratamiento con ácido valproico. De los 15 pacientes a los que se les aplicó MINI KID, 8 (53%) cumplían criterios de comorbilidad del eje I del tipo trastorno ansioso, trastorno del ánimo y trastorno conductual. 3 (20%) cumplieron criterios diagnósticos para TDAH. A 10 de los padres se les aplicó CAVE, 5 resultaron con muy buena-buena CV, 4 con regular CV y 1 con mala CV.

Conclusiones

En este grupo de pacientes, se pesquisó una alta frecuencia de trastornos psiquiátricos coincidente con lo descrito en la literatura en adultos. No fue posible evaluar CV en todos los pacientes, sin embargo el 50% de los entrevistados responde a regular o mala CV de sus hijos.

Control ambulatorio en policlínico salud mental

Rodrigo Stocker, Marcel Souyet, Loreto Vilches, Andrés Ebensperger

Hospital de Calbuco. Chile

Introducción

Calbuco es una comuna rural insular de aproximadamente 34000 habitantes cuya población se atienden en un hospital de baja complejidad tipo IV. El policlínico de salud mental controla a pacientes epilépticos de la comuna desde hace más de 20 años, además, estos pacientes frecuentemente presentan comorbilidad psiquiátrica aún no evaluada. La psicopatología interictal comprende eventos que ocurren en epilépticos mientras está libre de crisis e incluye casi la totalidad de las patologías mentales.

Objetivos

Evaluar comorbilidad psiquiátrica de epilépticos en control ambulatorio en policlínico de salud mental Hospital Calbuco, durante el año 2008.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de 40 fichas clínicas de pacientes epilépticos mayores de 17 años; recopilando

los siguientes datos: comorbilidad psiquiátrica, tipo de crisis, daño del SNC y farmacoterapia.

Resultados

77,5% (30) presentan comorbilidad psiquiátrica, de los cuales: 56,7% (17) retraso mental, 20% (6) trastorno de personalidad, 10% (3) presentan ambos, 6,7% (2) trastorno depresivo, 3,3% (1) trastorno disociativo y 3,3% (1) trastorno psicótico por OH.

Referente al tipo de crisis, 57,5% (23) son complejas (21 TCG, 1 ausencia, 1 Síndrome de West) y 12,5% (5) parciales complejas; encontrando comorbilidad psiquiátrica en un 69% y 60% respectivamente.

Del total, 37,5% (15) presentan epilepsia secundaria a daño del SNC. Un 60% se produjo en periodo neonatal o primera infancia y todos ellos presentan alteraciones psicopatológicas.

45% de los pacientes utilizan monoterapia (8 pacientes fenitoína y 10 fenobarbital), 20% utilizan biterapia con fenitoína más fenobarbital y 35% utilizan otras combinaciones de psicofármacos.

Conclusiones

Alta asociación de epilépticos con comorbilidad psiquiátrica, mayor que estudios internacionales (30%-60%). Esto podría explicarse por: deficiencia o error diagnóstico, mala adherencia al tratamiento, falta de control por especialista, baja escolaridad, alta ruralidad, tiempo de evolución de la epilepsia, etc.

Alta asociación con daño orgánico cerebral y retardo mental que podría relacionarse con edad de comienzo de crisis, frecuencia, tipo, farmacoterapia y factores sociales que se vinculan con deterioro psicoorgánico.

Seudoepilepsia e inmovilismo terapéutico en pacientes adultos evaluados por primera consulta en el policlínico de epilepsia refractaria del Hospital del Salvador, período Enero 2008 – Abril 2009

Gladys Godoy, Darío Ramírez

Hospital del Salvador, Servicio Metropolitano Oriente, Santiago. Chile

Introducción

El sobrediagnóstico por comicialidad y el inmovi-

lismo terapéutico constituyen dos de los problemas más serios de todo programa de epilepsia. Estimar su incidencia es esencial en la perspectiva del Plan AUGE en epilepsia.

El inmovilismo terapéutico es una causa frecuente de pseudo-refractoriedad.

Definiciones:

- Sobrediagnóstico de epilepsia: se ha formulado un diagnóstico firme de epilepsia y se ha iniciado tratamiento en paciente que sufre de crisis de mecanismo no comicial.
- Inmovilismo terapéutico: cuando se ha mantenido un mismo esquema terapéutico durante 5 o más consultas, a pesar de que el paciente sigue con crisis, sin que se hayan agotado los ajustes medicamentosos posibles.

Objetivos

Determinar incidencia y posibles factores del sobrediagnóstico de epilepsia, e inmovilismo terapéutico.

Material y métodos

Se evalúan 157 pacientes, el total del registro de los pacientes evaluados por primera vez por epilepsia o por sospecha de epilepsia, en el período señalado, los que son derivados desde atención primaria, el servicio de neurología u otro servicio del hospital. Se realizó una evaluación clínica sistemática y se procedió a clasificar según diagnóstico, inmovilismo terapéutico y otras variables.

Resultados

Epilepsia 91 casos (58%), Sobrediagnóstico 36 casos (23%), 22 de ellos sin mecanismo orgánico (pánico y pánico pseudoconvulsivante) y 10 explicadas por mecanismo orgánico (mayoritariamente síncope).

Epilepsia + pseudoepilepsia 2%, observación de epilepsia + observación de pseudoepilepsia 3%.

Inmovilismo terapéutico: 22 pacientes (23 % de 91 casos de epilepsia auténtica).

Conclusiones

Tanto el sobrediagnóstico como el inmovilismo terapéutico constituyen problemas graves que deben ser erradicados de la práctica epileptológica.

Se postula que uno de los factores principales de error es el no cumplimiento de las normas ministeriales referidas al tiempo que debe ser destinado a la consulta, en el caso de un paciente que se evalúa por primera vez, lo que es particularmente esencial en el caso de un paciente con sospecha de refractoriedad.

Tratamiento quirúrgico Encefalitis de Rasmussen. Experiencia clínica en el Instituto de Neurocirugía Asenjo

Jovanka Pavlov, Lilian Cuadra, Arturo Zuleta, Sergio Valenzuela, Juan José Marengo.

Instituto de Neurocirugía Asenjo. Universidad de Chile. Santiago-Chile.

Introducción

La Encefalitis de Rasmussen (ER) es una enfermedad caracterizada por convulsiones parciales intratables y disfunción progresiva de un hemisferio cerebral. Su etiología aún no ha sido aclarada, sospechándose un posible origen autoinmune. La literatura demuestra que el tratamiento quirúrgico, en particular la "Hemisferotomía selectiva" (HS), permiten el control total de las crisis.

Objetivos

Evaluar el resultado postoperatorio de la cirugía en pacientes tratados con HS en el Instituto de Neurocirugía Asenjo (INCA).

Material y métodos

Se evaluaron los pacientes operados en el INCA con diagnóstico de ER desde el año 1994 al año 2005, se realizó seguimiento clínico y telefónico actualizado a marzo 2009.

Resultados

Se operaron un total de 5 pacientes con técnica de HS y un paciente con resección parcial, la cirugía se realizó entre los 2 años 11 meses y los 9 años (edad media 5 años 10 meses), del total de pacientes 4 se mantuvieron libres de crisis post-cirugía, 2 pacientes tuvieron recurrencia y requiriendo uso adicional de fármacos antiepilépticos, uno de ellos falleció 2 años después durante crisis prolongada. No se registró mortalidad en la cirugía, un paciente cursó con hidrocefalia y necesidad de DVP.

Conclusiones

El manejo quirúrgico de la ER es el tratamiento recomendado para el control de las crisis epilépticas intratables en la actualidad.

Malformaciones del desarrollo del sistema nervioso central en cirugía de la epilepsia

Lilian Cuadra, Natalia Capdepon, Arturo Zuleta, Sergio Valenzuela, Juan Marengo

Instituto de Neurocirugía Asenjo. Santiago. Chile

Introducción

Las malformaciones del desarrollo del sistema nervioso central producen epilepsia y la mayoría son refractarias a los fármacos antiepilépticos. Un tratamiento efectivo muchas veces es la Cirugía resectiva en pacientes bien seleccionados. Algunos de los pacientes requieren técnicas más invasivas como colocación de electrodos subdurales para la grabación de crisis.

Objetivos

Evaluar los resultados de la cirugía de la epilepsia en el INCA desde el año 2001 a la fecha en el total de los niños operados.

Material y métodos

Análisis de evaluación prequirúrgica, quirúrgica y evaluación post cirugía de los niños operados.

Resultados

Desde 1991 un total de 44 niños fueron estudiados con electrodos no invasivos y con RMN que sugirió malformación del SNC. Todos ellos cuentan con resultado histológico. Desde el año 2001 al 2008 fueron operados 28 niños cuyos resultados se analizan. De ellos, 23 se encuentran sin crisis (Engel I), en 1 se ignora seguimiento, 3 niños experimentan mejoría de las crisis y 1 está igual. Se evalúa técnica quirúrgica utilizada y se presenta 1 caso de estudio invasivo con electrodos subdurales.

Conclusiones

La cirugía de la epilepsia es un tratamiento efectivo en los niños con epilepsia refractaria y malformaciones del sistema nervioso central.-

Cirugía de la epilepsia en niños: evaluación electroencefalográfica extraoperatoria con electrodos subdurales implantados

Felipe Castro, Lilian Cuadra, Arturo Zuleta, Sergio Valenzuela, Juan Marengo, Lucila Andrade, A. Pugin, A. Cabezas

Hospital "Instituto de Neurocirugía Asenjo"-Santiago de Chile

Introducción

En el Hospital Neurocirugía Asenjo se desarrolla un Programa de Cirugía de la Epilepsia en Niños desde el año 1990. Hasta el año 2006 se realizaba evaluación prequirúrgica con técnicas no invasivas o semi-invasivas. A contar del año 2007, se mejora esta evaluación con el implante transitorio de placas de electrodos subdurales.

Objetivos

Demostrar que el uso de técnicas más invasivas en la evaluación pre-quirúrgica en Cirugía de la epilepsia es factible en un Programa del Sistema público y mejora el alcance de tratamiento a niños con epilepsia de más difícil resolución.

Material y métodos

Se estudian tres niños portadores de epilepsia refractaria cuyo foco y lesión epileptogénica se ubicaba cerca de áreas elocuentes. La edad de los niños fue de 10, 11 y 16 años, dos de sexo femenino y uno masculino. La Resonancia cerebral demostró displasia cortical en los 3 casos. La ubicación de las lesiones era insular izquierda en 1 caso y frontal en los otros 2. El monitoreo EEG en el niño con lesión insular mostró foco epiléptico de gran severidad y extensión, cercano a áreas motoras, por lo cual no se realizó extirpación alguna. En los otros 2 casos el estudio EEG invasivo mostró claramente la ubicación del foco y de áreas motoras, sensitivas y de lenguaje. Se realiza en ambos extirpación parcial respetando las áreas mencionadas.

Resultados

Los dos niños en que se resecó tejido lesional y foco mejoraron de sus crisis. Uno de ellos se encuentra sin crisis y el otro ha disminuido su frecuencia, ya que en ella no fue posible resecar toda la lesión por encontrarse en área motora.

Conclusiones

Los métodos más invasivos en la evaluación prequirúrgica son una alternativa para cirugía de la epilepsia en niños en los que no es posible operar en base a electroencefalograma con electrodos de superficie.

Experiencia en la aplicación de guía de práctica clínica en el diagnóstico de crisis febriles del Hospital Exequiel González Cortés años 2004 – 2008.

Javier Escobari, Maritza Carvajal, Marisol Avenaño, Juan Enrique González, José Martínez.
Unidad de Neurología. Hospital Exequiel González Cortés. Santiago. Chile

Introducción

El año 2004, se implementan policlínicos especializados en crisis febriles (CF), basados en Guía de Práctica clínica (GPC). Estos policlínicos se realizan una vez al mes, hasta la fecha. Se presenta la experiencia de 5 años de esta modalidad de trabajo.

Objetivos

Aportar la experiencia del Hospital Exequiel González Cortés en el diagnóstico de CF, basada en GPC especialmente elaborada.

Material y métodos

Estudio prospectivo en etapa de revisión de los casos (2° etapa: 2006 – 2008) en que se aplicó GPC (2004) con criterios de diagnóstico, factores de riesgo de recurrencia, riesgo de epilepsia, tratamiento y derivación establecidos mediante entrevista semiestructurada aplicada a todos los niños derivados con este diagnóstico a la Unidad de Neurología, desde junio 2004 a diciembre 2008. Se consignan datos del paciente, de la crisis, de factores predictores de recurrencia así como de riesgo de epilepsia además de datos sobre diagnóstico y manejo de éstos; en ficha creada para este propósito. Estos datos se tabularon en MS Excel® para su análisis.

Resultados

De todos los pacientes derivados, se diagnostica CF en 531 niños durante este periodo, 321 hombres y 210 mujeres (relación 1,53 : 1). La mediana de la primera crisis, dato obtenido sobre 262 pacientes, fue de 18 meses (rango entre 2 y 67 meses). 50 (19%) eran menores de 1 año.

Consultan 239 (45,0%) niños con CF única y 292 (55,0%) CF recurrentes; 5 (0,9%) debutaron con un status febril. Del total de pacientes, 271 (51,0%) presentaba al menos 1 factor pronóstico de recurrencia y 1 factor pronóstico de Epilepsia.

Factores pronósticos de recurrencia registrados:

Fiebre baja 141 (26,6%); menor de 1 año 50 (9,4%); antecedentes CF familiar 166 (31,3%); lapso corto entre el alza térmica y CF 134 de 162 (1° etapa) y 178 de 369 (2° etapa). Además hay antecedentes de Epilepsia familiar en 192 pacientes.

En una primera etapa de GPC (2004 – 2005), se evalúan 162 niños. De éstos 134 (82,7%) presentaba CF dentro de 6 hrs. de fiebre y 7 (4,3%) después de 24 hrs. En una segunda etapa (2006 – 2008), se evalúan 369 pacientes. 178 (48,2%) presentó CF en la 1° hora de fiebre, en 285 (77,2%) la CF ocurrió dentro de las 6 horas; en 28 (7,6%) tuvo CF después del 1° día. 141 presentó CF con temperatura baja.

En relación a tipo de CF (simple o compleja) 346 (65%) fueron crisis simple y 185 (35%) complejas. 42 fueron crisis parciales, 88 duró más de 15 minutos y 91 repitió en el día. En 65 casos hubo al menos 2 características de CF compleja.

Conclusiones

Los hallazgos en esta muestra son similares a lo encontrado en la literatura en cuanto a: edad promedio de primera crisis y al porcentaje de crisis febriles simples versus complejas.

Destacan en esta muestra la precocidad de la CF en relación al tiempo de fiebre. En la primera etapa, el 82,7% presentó CF antes de las 6 hrs de fiebre. Este dato motivó una modificación de la GPC para acotar la precocidad de la CF en relación al inicio del alza térmica. De las 369 fichas revisadas con el nuevo formato en el 93,4% se produce la crisis el primer día, y 48,2% en la primera hora.

Otro dato encontrado en esta muestra es la preponderancia del sexo masculino, siendo esta relación 1,53 hombres por cada mujer.

La mayoría de nuestros datos son similares a la literatura internacional.

Nuestro aporte es el momento de presentación de la crisis: 93,4% ocurre el primer día de fiebre y el 48,2% en la primera hora. Además, la pesquisa de mayor cantidad de varones con crisis febriles, en una relación de 1,53:1.

Eritema multiforme y aplasia medular inducidos por fenitoina: reporte de un caso

Álvaro Soto, Fernando Araya, Manuel Lavados.

Servicio de Neurología. Hospital del Salvador. Santiago. Chile

Introducción

La frecuencia de rash con fenitoína es de un 5,9 %, y asciende a un 25% con el antecedente de rash a otro anticonvulsivante. El riesgo de anemia aplásica con fenitoína es bajo (OR, 3,5; 95% CI, 0,4-44,4). La ocurrencia simultánea de rash y anemia aplásica con el uso de fenitoína es extremadamente infrecuente, y ha sido reportada una sola vez en la literatura médica.

Caso clínico

Mujer de 70 años, sin antecedentes mórbidos. Fue hospitalizada por cuadro de compromiso de conciencia súbito, de duración no cuantificada, seguido de mutismo y debilidad braquial derecha. Evolucionó con trastorno del lenguaje caracterizado por déficit de comprensión y parafasias semánticas y neologismos, que mejoró casi completamente en 72 horas. TAC de cerebro, al ingreso y a las 72 horas, no reveló lesiones agudas. Hemograma de ingreso mostró una bicitopenia leve, con 3.000 leucocitos (77,4% neutrófilos y 12,9 % linfocitos), hematocrito de 33,3%; 79.000 plaquetas y VHS = 52 mm/hr. El electroencefalograma mostró actividad lenta bilateral mayor a izquierda, y ocasionales ondas con morfología aguda en la región fronto-temporal izquierda (posibles grafoelementos epileptogénicos). La paciente fue cargada con 900 mg de fenitoína vía oral, y se mantuvo dosis de 300 mg al día. Al quinto día de la administración de fenitoína se pesquisó nistagmo bidireccional en mirada horizontal e inestabilidad de la marcha. Se redujo dosis a 250 mg al día. 3 días más tarde presentó peak febriles con hemocultivo y urocultivo negativos. Hemograma de control reveló una pancitopenia, con hematocrito = 33%, leucocitos = 722 (69.1% segmentados y 13,4% linfocitos) y 47.700 plaquetas. Además se constató rash máculo-papular confluyente en cara y tronco, con compromiso de mucosas, sugerente de eritema multiforme mayor. El nivel plasmático de fenitoína se encontraba en 40,9 ug/ml. El mielograma mostró celularidad disminuida de las tres series hematopoyéticas, compatible con hipoplasia medular.

Tanto el rash cutáneo como la pancitopenia revirtieron con la suspensión de la fenitoína.

Deterioro cognitivo leve secundario a epilepsia

Alvaro Soto, Darío Ramírez, Rodrigo Riveros

Servicio de Neurología. Hospital del Salvador. Santiago. Chile

Introducción

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se define con un estado cognitivo caracterizado por déficits subjetivos y objetivos leves de la cognición, anormales para la edad pero sin compromiso esencial de las actividades funcionales del sujeto. El DCL multidominio puede ser una condición particularmente inestable, ya que algunos pacientes pueden volver a su nivel de funcionamiento basal con el paso del tiempo.

Caso clínico

Hombre de 63, contador jubilado. Consultó por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por olvidos frecuentes, insomnio, irritabilidad, apatía y espasmofemia. Además presentó un episodio de desorientación temporoespacial, delirio persecutorio, alucinaciones visuales y conducta motora aberrante, desencadenado por midazolam y fentanyl, al realizarse una colonoscopia. Fue tratado con neurolépticos, sin mejoría.

Al ingreso se encontraba vigil espontáneo, desorientado temporalmente. Invertía series complejas. Lenguaje poco fluente por espasmofemia, con comprensión, repetición y nominación conservadas, sin parafasias, memoria conservada. Minimental = 21/30. Sin alteración de pares craneanos ni vías largas. La resonancia magnética de cerebro mostró cambios microangiopáticos de la sustancia blanca supratentorial. Quistes aracnoidales bitemporales, mayor a derecha. Moderados signos involutivos encefálicos difusos. Los niveles de vitamina B12 y ácido fólico en sangre fueron normales. Examen de LCR: citoquímico normal, VDRL no reactivo.

La evaluación neuropsicológica mostró: Eficiencia cognitiva global disminuida. Disminución de capacidades atencionales. Preservación de funciones visoconstructivas, con presencia de perseveraciones. Disminución de praxias gestuales. Leve anomia, con presencia de parafasias semánticas. Disminución de memoria episódica verbal. Disminución de la capacidad de aprendizaje y ausencia de mejoría

significativa con la introducción de claves categoriales. Disminución de rendimientos en tareas de funciones ejecutivas que requieren flexibilidad y programación motriz. Leve disminución de la funcionalidad. Estos hallazgos fueron compatibles con un deterioro cognitivo leve multidominio.

El electroencefalograma fue sugerente de epilepsia muy activa, probablemente generalizada, sin registro de crisis. Se cargó con 900 mg de fenitoína vía oral y se mantuvo dosis de 300 mg al día. Se objetivó una notable mejoría cognitiva y del trastorno del habla. Fue dado de alta con un minimal de 29 puntos.

Síndrome Cromosoma 20 en Anillo. Fenotipo clínico y electroencefalográfico. Primer reporte en Chile.

Loreto Ríos⁽¹⁻²⁾, C. Passig⁽¹⁾

(1) Liga Chilena Contra la Epilepsia. (2) Centro Infanto Juvenil VED.

Introducción

El cromosoma 20 en anillo es una anomalía cromosómica infrecuente asociada con epilepsia refractaria, trastorno conductual, escasas dismorfías y/o retraso mental.

El reconocimiento del fenotipo clínico y electroencefalográfico son claves para la sospecha diagnóstica.

Objetivos

Análisis clínico, electroencefalográfico y tratamiento de primer caso en Chile reportado, de paciente con diagnóstico comprobado de cromosoma 20 en anillo.

Material y métodos

Se revisa historia clínica, EEG's y terapia de paciente de 16 años, que consulta por epilepsia refractaria de 10 años de evolución con trastornos conductuales severos.

Historia clínica y patrón EEG altamente sugerentes de Sd. Cromosoma 20 en anillo, por lo que se solicita cariograma el cual resulta positivo para este síndrome.

Conclusiones

Si bien el Síndrome de Cromosoma 20 en anillo,

es de baja incidencia, su clara caracterización tanto clínica como electroencefalográfica permiten un alto índice de sospecha para su diagnóstico, en el grupo de epilepsias refractarias. Lo anterior es fundamental tanto para el consejo genético, como pronóstico del paciente.

Algodistrofia del miembro superior en pacientes tratados con fenobarbital. Análisis de 13 casos.

Darío Ramírez

Hospital del Salvador. Santiago. Chile.

Objetivo

Presentar la experiencia del autor en el manejo de la algodistrofia del miembro superior (síndrome hombro-mano, dolor regional complejo tipo 1) que es una complicación clásica pero subdiagnosticada y por lo tanto prácticamente desconocida del tratamiento con fenobarbital

Material y métodos

Análisis retrospectivo de las fichas de 13 casos detectados en el policlínico de epilepsia del Hospital Salvador en 7 años (2002 a 2009).

Resultados

La incidencia del síndrome es próxima a 1% anual. Es una complicación que afecta principalmente a mujeres (10 de 13 casos). La duración del tratamiento al momento de la algodistrofia tiene una distribución bimodal: o menor de 7 años o mayor de 30 años. Su tratamiento se basa en la kinesioterapia, en los antiinflamatorios y en la suspensión del tratamiento.

La suspensión total e inmediata del fenobarbital acorta significativamente el tiempo de evolución del síndrome (2 a 5 meses) en comparación con el grupo en el que la suspensión fue sólo parcial (3 a 9 meses) o en quienes no fue posible ni siquiera reducir el tratamiento (4 a 12 meses).

Luego de obtenida la curación fue necesario restituir el fenobarbital en 7 pacientes, 4 de ellos con la misma dosis inicial, en los otros 3 con dosis reducidas. Ninguno de ellos ha presentado recaídas hasta la fecha

Perfil clínico de los pacientes adultos del programa de epilepsia en consultorio adosado Hospital de Quintero

Paula Sottovia, Cristián Contreras, Jaime Valencia, Cristóbal Larraín, Paula Maldonado.
Hospital Adriana Cousiño, Quintero.

Introducción

Se estima que la epilepsia afecta a 50 millones de personas en el mundo. En Chile los datos de prevalencia van de 17 a 10.8 por mil habitantes y la incidencia de 114 por 100.000 habitantes por año. La epilepsia tiene una distribución bimodal, siendo mayor en las dos primeras décadas de la vida y luego a partir de la sexta década. El Hospital de Quintero atiende en su programa de epilepsia a pacientes de la comuna con confirmación diagnóstica desde la atención secundaria para su control y entrega de medicamentos.

Objetivos

Describir las características de los pacientes epilépticos adultos en control en consultorio adosado a hospital de baja complejidad y comparar con datos nacionales.

Material y métodos

Revisión de fichas clínicas y cartolas de pacientes asistentes con último control al menos hasta Abril de 2008. Se realiza tabla de datos en Excel y se analiza resultados.

Resultados

De un universo de 42 pacientes epilépticos con confirmación diagnóstica por especialista, de 15 años de edad y más, casi dos tercios son de sexo masculino, con 43 años de edad promedio, que ingresan al programa en torno a los 32 años de edad. La primera crisis convulsiva fue a los 17 años. El medicamento más usado es la carbamazepina, seguida del fenobarbital y la fenitoína. Un 45% usa monoterapia, 38% está con biterapia. 88% presenta crisis tónico-clónicas. En promedio, el período de remisión es de 46 meses, donde el medicamento principal es carbamazepina. 73% de los pacientes son de nivel socio-económico bajo.

Conclusiones

La población epiléptica en control de la comuna de Quintero presenta su primera crisis entre las dos primeras décadas de la vida, similar a la realidad nacional. En general, se mantiene buenos índices de compensación en pacientes que en su mayoría se tratan con monoterapia con carbamazepina. El nivel

socioeconómico de los pacientes es acorde al de la población general atendida en esta comuna.

Evaluación programa epilepsia infantil año 2008. VI Región

Luisa Prüssing, Lucía Álamos, Eliana Jeldres
CAE, Servicio Pediatría. Hospital Regional Rancagua (HRR).

Introducción

La epilepsia provoca repercusión física, psicológica, social y económica en la población, además, tiene un aumento significativo de riesgo de muerte, llegando a ser 2 a 3 veces mayor que la población general. El programa Nacional para la Epilepsia, con la publicación de normas el año 2002 y sus guías clínicas, define claramente los criterios de diagnóstico clínico, flujograma para confirmación diagnóstica, tratamiento, seguimiento y eventual alta. La evaluación periódica de las acciones que se realizan en los programas de salud nos ha permitido mejorar el cumplimiento del programa, optimizar recursos y corregir errores.

Objetivos

Conocer características clínicas y epidemiológicas de la población en control por epilepsia, analizar los resultados del programa en el año 2008. Evaluar estos resultados y, comparar con indicadores nacionales e internacionales con el fin de focalizar acciones en los aspectos susceptibles de mejorar.

Material y método

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de fichas clínicas, bases de datos informática HRR, y programa Regional Epilepsia VI Región. Construcción de archivo con antecedentes clínicos de pacientes, análisis estadístico programa EPI INFO.

Resultados

Población infantil regional 221.350 niños, población infantil beneficiaria de Fonasa 166.012. Pacientes pediátricos atendidos año 2008 Policlínico Neurología Infantil HRR: 9.051, con promedio 3,3 consultas año, la consulta neurológica representa el 46,1% del total del policlínico de pediatría. Se identificaron 613 pacientes con diagnóstico de epilepsia, correspondiendo al 14,7 % de las atenciones de nuestro policlínico, el número de ingresos fue de 114 pacientes. No se registran rechazo o lista de

espera en interconsultas con sospecha diagnóstica de epilepsia referida por servicio de urgencia o atención primaria.

Evaluación programa epilepsia no refractaria población 1 a 15 años. Julio del 2005-Marzo 2009

Luisa Prüssing, Lucía Álamos, Eliana Jeldres.
CAE, Servicio Pediatría Hospital Regional Rancagua (HRR).

Introducción

La incorporación de la Epilepsia como patología AUGE en julio del año 2005 fue enfrentado como un desafío, una oportunidad y un compromiso con nuestros pacientes, especialmente para el equipo de Pediatría del Policlínico de Neurología Infantil del HRR.

Objetivos

Describir características clínicas y epidemiológicas de los pacientes de 1 a 15 años en control por epilepsia. Conocer algunos resultados estadísticos del plan GES epilepsia, evaluar nuestras acciones, analizar el manejo local y su correspondencia a las indicaciones de las Normas Técnicas Epilepsia y guía GES.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de fichas clínicas y tarjetero, bases de datos informática HRR, SIGGES y programa Regional Epilepsia VI Región. Análisis estadístico programa EPI INFO.

Resultados

Hubo 613 pacientes con diagnóstico de epilepsia en control, con 3,3 consultas promedio al año, 14,7 % de las atenciones del policlínico de neurología Ingresos al programa año 2008: 114 pacientes. Pacientes ingresados al plan AUGE (Julio 2005 a Marzo 2009): 421 pacientes (68.7% del total de pacientes con diagnóstico de epilepsia); 44% sexo femenino, promedio de edad al ingreso 8,1 años, 30% viven en comuna de Rancagua, 69% cursaban el primer semestre al momento del ingreso, 84% tiene epilepsia idiopática, 83% tiene epilepsia generalizada, 72% de los pacientes corresponden a la clasificación A4 del programa GES, 100% registran 1 EEG, 95% 2 y 22% 4; 91% de los ingresos están con monoterapia, 84% corresponde a ácido valproico. Se registraron

69 cierres de casos, en 62% causa del cierre fue recaída, 21% por edad, y registramos 11 altas (17%). No se identifican diferencias epidemiológicas ni de manejo significativas en los cierres de casos. En 70% de recaídas, ésta se produce en la etapa de disminución de dosis de FAE, en el 41% por indicación médica. Posterior a recaída, en 49% se ajustó dosis del mismo fármaco y en 51% se asoció un segundo FAE, en 75% correspondió a clonazepam.

Conclusiones

El manejo del nivel secundario del plan AUGE epilepsia no refractaria a la luz de las cifras expuestas se ha cumplido estrictamente como lo sugiere la guía de práctica clínica pudiendo además asegurar que se ha garantizado el acceso a la garantías explícitas en salud cuando corresponde.

Seguimiento electroencefalográfico de pacientes con Síndrome de West: experiencia de 15 pacientes

Raquel Gaete, Juan Enrique González, Carolina Galdames, Maritza Carvajal

Unidad de Neurología. Servicio de Pediatría. Hospital Exequiel González Cortés. Santiago. Chile

Introducción

El síndrome de West (S.W.) , según la clasificación ILAE de 1989 corresponde a una epilepsia generalizada sintomática o criptogénica, de inicio en período de lactante menor y triada característica: crisis tipo espasmos, deterioro de desarrollo psicomotor e hipsarritmia al electroencefalograma (EEG).

Objetivos

Describir evolución del EEG al aplicar la guía de práctica clínica para manejo de S.W. a pacientes diagnosticados en la unidad de Neurología de nuestro hospital entre los años 2004 a 2008.

Material y métodos

Se revisaron fichas clínicas de pacientes con S.W., logrando obtener datos completos en 15 pacientes, con un rango de edad entre 3 meses y 1 año, de ellos 10 (67%) son hombres y 5 (33%) mujeres. Según etiología, sintomáticos 9 (60%) y criptogénicos 6 (40%).

Se inició tratamiento con ACTH según guía de práctica clínica, con dosis según kilo de peso: diaria la

primera semana y día por medio la segunda semana, solicitando en este momento (15 días de tratamiento) un 2° EEG.

Resultados

Del total de pacientes sólo 1 (7%) normalizó el EEG, desorganización de la actividad de base en 5 (33%), actividad epileptiforme multifocal en 6 (40%) y persistía la hipsarritmia en 3 (20%). En estos últimos se indicó esquema de ACTH diario por 15 días, sólo en 1 paciente se observó cambio en EEG a actividad epileptiforme multifocal, en 1 persistió hipsarritmia por lo que se inició Vigabatrina, en 1 se suspendió ACTH por reacción adversa.

Conclusiones

La solicitud de EEG al completar 15 días de tratamiento con ACTH se justifica ya que permite conocer la evolución electroencefalográfica de estos pacientes y tomar conductas terapéuticas concomitantes, que pueden afectar su evolución posterior.

Tratamiento Síndrome de West, experiencia de 15 años en Hospital Base Valparaíso

Carolina Arias, Karina Rosso, Lucila Andrade, Lilianna Araya, Marta Colombo, Fernando Quinteros, Fernando Novoa, Osvaldo Leppe
Hospital Base Valparaíso

Introducción

Los espasmos infantiles son un síndrome epiléptico severo de la infancia, resistentes a las terapias anti-convulsivantes tradicionales. El ACTH es la terapia más recomendada, con una variedad de esquemas terapéuticos propuestos en la literatura. A menudo se observa un efecto de corto plazo con remisión de las crisis y de las anormalidades electroencefalográficas, pero con resultados discretos sobre las funciones cognitivas.

Objetivos

Ante esta diversidad terapéutica queremos evaluar si el tratamiento en uso de nuestra unidad tiene los mismos resultados en función de la precocidad del diagnóstico y la etiología.

Material y métodos

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de las atenciones por Sd West en neurología infantil del hospital Carlos Van Buren, desde 1995. Se incluyen quienes recibieron como primer tratamiento

de ACTH, (synacthen depot ½ ampolla, 6 dosis día por medio IM), sin epilepsia previa. Fueron tratados con ACTH de primera línea 17 de 27 niños, y tuvieron tratamiento de mantención con Ácido Valproico. La mayoría fueron varones (76,5%). De etiología sintomática fueron 10, probablemente sintomáticos 5 e idiopáticos 2. La edad media de inicio de los espasmos infantiles fue 9 meses (2-14) y su manifestación clínica previa al tratamiento, tuvo promedio de 8 semanas (días-24 semanas). El 82% quedaron libre de crisis durante el tratamiento con ACTH. Un tercio presenta recaída de espasmos. El electroencefalograma control se obtuvo antes de un mes en 82%, registrando hipsarritmia modificada(6), focalidad(4), normalidad en dos. La mediana de seguimiento fue 5 años, leves alteraciones del desarrollo en 23%, incluyendo los idiopáticos, destacando pobre desarrollo en la mayoría, manteniendo epilepsia activa en la mitad al último control.

Conclusiones

Concluimos que el tratamiento administrado en nuestra unidad tiene una respuesta terapéutica eficaz, rápida y segura sobre los espasmos infantiles. El resultado neurológico adverso de largo plazo, puede estar influenciado por una alta frecuencia de pacientes sintomáticos y por el prolongado período de espasmos antes del inicio de tratamiento debiendo mejorarse con pesquisa y derivación precoz a especialista.

Experiencia clínica Síndrome de West, 2003-2009

Gianni Rivera, Jindriska Lara, Paula Stevens
Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco

Introducción

Es un síndrome epiléptico que incluye espasmos infantiles, un alto riesgo de retraso psicomotor y generalmente un patrón característico del electroencefalograma (EEG) conocido como hipsarritmia. Es relativamente poco frecuente, con una incidencia estimada de 0,16 a 0,42 por 1000 nacidos vivos. Se inicia en el primer año de vida con un peak a los 5 meses. Sus causas son variadas. El 70 a 80% son sintomáticos.

Objetivos

Describir la presentación clínica, tratamiento y evolución de un grupo de pacientes portadores de Síndrome de West.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de 13 pacientes atendidos entre los años 2003 y marzo de 2009. La muestra se extrajo en forma aleatoria de una base de datos, analizando las fichas clínicas de los pacientes. Los pacientes fueron estudiados con EEG, TAC, RNM o ecografía cerebral y con estudio metabólico en pacientes sin etiología identificada.

Resultados

10 pacientes fueron hombres (76,9%) y 3 mujeres (23 %). La edad promedio de inicio de los espasmos fue a los 6,46 meses con un rango de edad de 1 mes hasta los 18 meses. Ninguno fue de etnia mapuche, 12 pacientes tuvieron hipsarritmia y 1 hemihipsarritmia, todos los pacientes presentaron RDSM, 6 pacientes (46,1%) con antecedentes de encefalopatía hipóxica isquémica. Dentro del estudio de neuroimagen destaca 7 pacientes (53,8%) con atrofia parenquimatosa, un paciente con agenesia de cuerpo caloso y lesiones quísticas, un paciente con esquizencefalia y otro con lesiones características de Esclerosis Tuberosa. En relación al tratamiento todos iniciaron con ácido valproico, 11 utilizaron ACTH (84,6%) y 3 vigabatrina (23%). 10 pacientes quedaron libre de espasmos (76,9%) luego de iniciado el tratamiento.

Conclusiones

En su totalidad correspondieron a Síndrome de West sintomáticos, la causa más frecuente corresponde a daño anóxico perinatal, destaca un Síndrome de Aicardi. El tratamiento incluyó en su gran mayoría la asociación de ácido valproico y ACTH, en el paciente con esclerosis tuberosa se inició con vigabatrina con buena respuesta. Todos los pacientes tuvieron una mala evolución con RDSM y epilepsias refractarias.

Epilepsias generalizadas idiopáticas. Caracterización clínica y tratamiento I.

Daniela Aguilera, Paulina Alid, Verónica Gómez, Marcelo Devilat

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

Introducción

Las epilepsias generalizadas idiopáticas en los niños tienen pronóstico favorable, su importancia radica en un acertado diagnóstico y tratamiento.

Objetivos

Describir las características clínicas y tratamiento de niños con epilepsias generalizadas idiopáticas, con énfasis en su estudio inicial, comorbilidades y tratamiento.

Material y método

Estudio descriptivo de corte transversal que incluyó a todos los pacientes menores de 15 años con epilepsia generalizada idiopática, con crisis tónicas, clónicas, tónico-clónicas, atónicas y reflejas en forma predominante, ingresados entre 1997 y Diciembre del 2007. Se consideró crisis predominante a la presentada en más del 60% de los eventos y EEG inicial al realizado antes o simultáneamente al inicio del tratamiento. Se analizaron 55 casos, correspondientes al universo. El tiempo promedio de seguimiento fue de 43 meses (3-120 meses).

Resultados

Treinta y cinco pacientes (64%) son hombres. Del total 53(96,4%) pertenecen a región Metropolitana. La mediana de edad al diagnóstico fue de 78 meses (3meses a 15 años). Se encontró antecedente familiar de epilepsia de primer grado en 17(31%) y de segundo grado en 9(16,4%). Diez niños (18,2%) habían tenido convulsiones febriles antes del inicio de la Epilepsia. En 42(76,4%) las crisis predominantes fueron tónico-clónicas. Del total 38(69%) presentaban crisis sólo en vigilia, 14,5% sólo en sueño y 16,5% en ambos. Se realizó EEG inicial en 53, 10 de ellos con privación de sueño. En 24(45,3%) el registro fue específico generalizado, 6(11,3%) específico focal, 6(11,3%) inespecífico y 17(32,1%) normal. Se estudió con TAC a 34 pacientes, 3 con RNM y 10 con ambos; en 2 casos se encontró alteración inespecífica. Veinte (36,4%) presentaron comorbilidad neurológica y 13(23,6%) no neurológica. En 53(96,4%) se inició monoterapia con Acido Valproico y en 2(3,6%) con Fenitoína.

Conclusiones

La mayoría de los niños presentó crisis tónico-clónicas en vigilia. Aproximadamente la mitad tenía antecedentes familiares de epilepsia, un EEG específico y algún tipo de comorbilidad. Todos, salvo dos pacientes fueron tratados con Acido Valproico.

Epilepsias generalizadas idiopáticas. Caracterización clínica y tratamiento II

Paulina Alid, Daniela Aguilera, Verónica Gómez,

Marcelo Devilat

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

Introducción

Las epilepsias generalizadas idiopáticas corresponden al 15-20% de todas las epilepsias. Existe escasa literatura nacional respecto a la caracterización clínica de los distintos tipos de epilepsias.

Objetivos

Determinar las características clínicas y tratamiento de los niños con epilepsias generalizadas idiopáticas y sus comorbilidades.

Material y métodos

Se analizó la base de datos del Centro de 251 niños con epilepsia, aislando a 23 pacientes correspondientes a epilepsias generalizadas idiopáticas II (crisis mioclónicas, ausencia típica y atípica, ausencias mioclónicas, mioclonías oculares con y sin ausencia, crisis atónicas-astáticas, mioclonus negativo), según disponibilidad de los archivos. Los pacientes corresponden al período de Enero 1997 a Marzo 2009. El tiempo de seguimiento de los niños fue de 9.3 años (4 meses a 11 años 5 meses).

Resultados

Catorce niños (62.5%) correspondieron a mujeres, 18 pacientes (78.3%) presentaron crisis de ausencia, y 5 enfermos (21,7%) otro tipo de crisis; la edad promedio al diagnóstico fue de 9,4 años (17 meses a 14 años 6 meses); el 52% tenía antecedentes de familiares de 1° y 2° grado con epilepsia; todos los pacientes tenían EEG registrado al ingreso, siendo específico en el 69.5% de los casos. En 12 pacientes se realizó TAC cerebral y a 2 de ellos, RNM. Todos tuvieron neuroimagen normal salvo una cuya TAC reveló aumento del espacio subaracnoideo y una RNM que mostró una calcificación lenticular de globo pálido izquierdo con hiperintensidad subsinsular izquierda. Trece pacientes (56.5%) presentaron una o más comorbilidades neurológicas y 4 presentaron comorbilidades pediátricas (17.4%). En 22 enfermos (95,6%) el tratamiento más utilizado fue ácido valproico.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes resultó ser portador de ausencias, con EEG específico, neuroimagen normal y tratados con ácido valproico. Alrededor de la

mitad de los enfermos tenía antecedentes de epilepsia en la familia y comorbilidades neurológicas.

Epilepsia parietal. Características electroclínicas.

Alejandra Hernández, Francisca López, Scarlet Witting, Carla Rojas, Alvaro Velásquez y José Zamora.

Servicio de Neurología Infantil Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Santiago. Chile

Introducción

Las epilepsias del lóbulo parietal son poco frecuentes considerando el total de las epilepsias extratemporales. La principal característica está dada por la presencia de auras somatosensoriales con o sin propagación secundaria.

Objetivos

Describir las características clínicas, electroencefalográficas, imagenológicas y tratamiento en pacientes con diagnóstico de epilepsia del lóbulo parietal.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de fichas clínicas de seis pacientes en control actual en el policlínico de epilepsia del HCSBA.

Resultados

Los pacientes inician las crisis entre los 4 y 9 años de edad. Las crisis descritas fueron: parciales simples, con aura somatosensorial con dolor y/o parestesias y crisis parciales complejas. Dos de los pacientes presentan una hemiparesia congénita. El EEG reveló actividad epileptiforme focal en áreas parietales en todos los pacientes descritos. La alteración en la neuroimagen más frecuente fue el trastorno de la migración neuronal, involucrando áreas de expresión somatosensorial. En esta serie, en 2 pacientes el aura somatosensorial plantea inicialmente un origen no neurológico (pseudocrisis y trauma esquelético). La terapia farmacológica más utilizada fue Acido Valproico, en asociación con otro anticonvulsivante debido a la persistencia de crisis.

Conclusiones

El aura somatosensorial unilateral es un síntoma localizador de epilepsia del lóbulo parietal en esta serie clínica. En todos los pacientes descritos existió una concordancia electroclínica, siendo el EEG una herramienta útil. En nuestros pacientes

existe una importante asociación con lesiones displásicas corticales. La prominente sintomatología somatosensorial plantea el diagnóstico diferencial de pseudocrisis, siendo relevante una minuciosa anamnesis y el apoyo del laboratorio.

Interconsultas realizadas por Neurología a pacientes hospitalizados en Hospital Luis Calvo Mackenna

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

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

Introducción

La especialidad de neurología pediátrica resulta un recurso fundamental para el adecuado manejo de pacientes en un hospital de alta complejidad.

Objetivos

Cuantificar y describir las características de las interconsultas realizadas por neurología.

Material y métodos

Se revisaron los registros de todas las interconsultas realizadas por neurología a niños hospitalizados durante el período de Enero a Julio del año 2008. Se realizaron un total de 815 interconsultas, de los cuales 444(55%) corresponden a pacientes nuevos y 371(45%) a reevaluaciones.

Resultados

El número de evaluaciones en los diversos servicios del hospital reveló: Urgencia solicitó 196(24%) evaluaciones, Lactantes 169(21%), Segunda Infancia 162(20%), UCI Pediátrica 133(16%), UCI Neonatológica 66(8,1%), Oncología 37(4,5%), Cardiología 26(3,2%), Cirugía 22(2,7%) y Traumatología 4(0,5%).

Los diagnósticos que motivaron la solicitud de interconsultas en los pacientes nuevos, correspondieron a: crisis epilépticas en 100(22,5%) casos, seguido por otras causas varias en 98(22%) (incluyen por ejemplo síndromes genéticos, patología neuroquirúrgica, malformaciones, nistagmus, etc), TEC en 85 (19,2%), apneas y ALTE en 33(7,4%), encefalopatías en 28(6,3%), convulsiones febriles en 19(4,3%), parálisis cerebral en 18(4,1%), síndromes hipotónicos en 16(3,6%), cefaleas en 13(3%),

tumores de SNC en 11(2,5%), neuropatías en 9(2%), accidentes cerebrovasculares e infecciones de SNC en 7(1,6%) casos cada uno.

Los pacientes con diagnóstico de TEC requieren en su mayoría de una evaluación; 85 pacientes nuevos con TEC requirieron de 16(19%) reevaluaciones. En cambio en pacientes con crisis epilépticas se solicitaron 100 interconsultas, debiéndose realizar 160 reevaluaciones.

Conclusiones

Existe un importante número de pacientes nuevos que requieren evaluación neurológica en nuestro centro. Las interconsultas más frecuentes corresponden a crisis epilépticas, las que sumadas a convulsiones febriles representan un cuarto del total.

Afasia epiléptica. Caso clínico.

Juan Enrique González, Maritza Carvajal, Raquel Gaete.

Unidad de Neurología. Servicio de Pediatría. Hospital Exequiel González Cortés. Santiago. Chile

Introducción

La afasia como expresión de un Status Epiléptico no convulsivo en la Infancia es infrecuente. Las etiologías son variadas y se relacionan generalmente con una lesión estructural aguda o crónica.

Objetivos

Presentar un caso de afasia como expresión de un status epiléptico parcial, en un niño previamente sano, que cursó con una Encefalitis Viral

Caso clínico

Paciente de 13 años, previamente sano, con historia de 24 horas de evolución de disartria asociado a paresia braquial izquierda, y dos crisis previas de sialorrea, disartria y pérdida del tono cefálico. Ingresó agitado, con labilidad emocional, una afasia mixta y sin déficit motor, se plantea el diagnóstico de encefalitis viral. Posterior a punción lumbar que requiere sedación con Midazolam, recupera el habla transitoriamente, hecho que se repite ante una nueva dosis de Midazolam. El video monitoreo EEG revela actividad basal asimétrica con ritmos lentos delta sostenidos, continuos y aisladas espiga onda en c3 – p3. Bajo monitoreo se inyecta diazepam 10 mg IV recuperando comprensión del lenguaje oral y escrito, emite lenguaje coherente, reconoce a su

madre, repite y nomina, y EEG simultáneo revela una notoria desaparición de actividad lenta centro parietal izquierda concordante con afasia mixta de predominio expresivo, epiléptica. Crisis parciales simples cognitivas. Status parcial temporal izquierdo.

Líquido cefaloraquídeo revela: pleocitosis linfocítica, proteínas 28,8mg/dL, glucosa 63mg/dL, leucocitos 150/mm³ (99% linfocitos).

Se plantea encefalitis herpética y se inicia aciclovir y traslada a UCI para tratamiento de status parcial con midazolam en BIC (bomba de infusión continua), cediendo actividad epileptiforme continua en EEG seriados.

Evoluciona con afasia sostenida, presentando mayor estado confusional y se indica Inmunoglobulina 2 gr/kg, con lenta recuperación del sensorio en el curso de dos semanas. Alta al mes del ingreso sin afasia y sin déficit motor. El Estudio para herpes 1-2-6, varicela y enterovirus resultan negativos.

Conclusiones

La afasia como expresión de un status epiléptico parcial es infrecuente, pero existe y requiere un alto grado de sospecha para lograr pesquisarlo y tratarlo.

Status epiléptico febril

Marcela Legue, Cristián Valverde, Verónica Gómez, Marcelo Devilat.

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

Introducción

El status epiléptico febril se define como una convulsión febril o un conjunto de convulsiones febriles sin recuperación entre ellas y una duración mayor o igual treinta minutos. Representa un 25% de todos los estatus epilépticos. Su importancia radica en la aún controvertida relación con el desarrollo de ulterior epilepsia, especialmente la esclerosis mesial temporal. Existe escasa bibliografía que revise en forma independiente este tema.

Objetivo

Describir las características de los pacientes y la fenomenología de las crisis de pacientes con status

febril ingresados al hospital Luis Calvo Mackenna.

Material y métodos

Se revisaron los diagnósticos de 1253 pacientes ingresados a cuidados intensivos en el Hospital Luis Calvo Mackenna. Se recopilaron datos de 17 fichas de pacientes hospitalizados con estatus epiléptico y fiebre. El tiempo de evolución post convulsión fue de 1.6 años (1 mes a 3.5).

Resultados

La edad promedio de los pacientes fue de 2 años 7 meses (7 meses - 8 años 7 meses). Los estatus febriles correspondieron a un 27% de los estatus. En 52% se identificó la causa de la fiebre. En ninguno se pesquisó infección del SNC. En 59% los pacientes no tenían crisis previas. En 8 (47%) el estado fue una crisis prolongada, en 4 (23%) las crisis fueron subintrantes, en el resto no se encontró la información. En 6 (35%) el inicio fue focal y en la mitad se generalizó. El resto fue de inicio generalizado. En la evolución posterior, se observó recurrencia de crisis en 6 (29%) de los pacientes.

Conclusiones

Los status febriles representan un alto porcentaje de los estatus en nuestro hospital. Es más frecuente que no tengan el antecedente de crisis epilépticas previas. En la mitad de los pacientes fue posible identificar la causa de la fiebre. El porcentaje de recurrencia de crisis, 29%, es levemente superior que el del total de estatus no febriles, que es de 24% según estudio previo en esta misma población.

Estado epiléptico no convulsivo: presentación de una serie clínica.

Francisca López, Mónica Troncoso, Scarlet Witting, Alejandra Hernández, Francisca Cruzat.

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

Introducción

El estado epiléptico no convulsivo (EENC) se presenta a lo largo de la infancia asociado a síndromes epilépticos, encefalopatías y condiciones agudas. Puede manifestarse de variadas formas clínicas, en presencia de actividad EEG continua o casi continua, y ausencia de signos motores mayores. Existen múltiples definiciones de EENC; según el consenso de Walter y col, el EENC define un espectro de condiciones en las cuales existe actividad epileptiforme

electroencefalográfica prolongada, la cual produce síntomas no convulsivos.

Objetivos

Describir un grupo de pacientes con EENC, en relación a características clínicas y patrón EEG.

Material y métodos

Se describen cinco pacientes con clínica y EEG compatibles con diagnóstico de EENC, controlados en el Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del HC-SBA durante 2008/2009.

Resultados

Grupo de 5 niños, de 10 meses a 14 años de edad. Cuatro tienen epilepsia sintomática: MELAS, displasia cortical, infarto perinatal y encefalitis; uno tiene epilepsia probablemente sintomática. Cuatro pacientes presentaron clínica motora muy sutil (tics, clonías faciales, movimientos oculares) que motivó el estudio con el EEG, el cual evidenció la actividad compatible con EENC; en un paciente la sospecha diagnóstica fue a partir del EEG, encontrándose en la clínica deterioro del rendimiento escolar. A tres pacientes se les realizó EEG con diazepam, dos presentaron evidente mejoría del registro posterior a su administración. Cuatro pacientes fueron tratados con clobazam, con buena respuesta en 3 de ellos. Dos pacientes resolvieron el EENC durante el tratamiento con el fármaco antiepiléptico de primera línea.

Conclusiones

El diagnóstico de EENC es difícil y requiere de un alto grado de sospecha. La variedad de condiciones que abarca el término de EENC y la falta de acuerdo en los criterios diagnósticos contribuyen a las dificultades diagnósticas, haciendo que esta condición sea probablemente sub-diagnosticada.

Displasia cortical focal que debuta con status epiléptico refractario

Jovanka Pavlov, M Angeles Beytía, Manuel Loncomil, Nicole Brunel, Ximena Varela, Luis Velozo, Leon Adlerstein²

Hospital Roberto del Río. Departamento de Pediatría Norte. Universidad de Chile. Santiago-Chile.

Introducción

El 30 % de los status convulsivos evolucionan hacia un status refractario. Las causas más frecuentes en los niños son las infecciosas, existiendo aún causas no determinadas.

Objetivo

Analizar un paciente portador de una displasia cortical que debuta con status epiléptico refractario.

Caso clínico

Paciente de 7 años, previamente sano, presenta convulsión tónico clónico generalizada de 10 min de duración. Persiste con crisis focales 2° generalizadas a pesar de cargarlo con FNB, FNT e infusión continua de midazolam. Se inicia tiopental (3 mg/kg/hora) y valproico – EV pero continúa con crisis eléctricas por lo que se inicia propofol 3,5 mg/kg/hora, lográndose estallido supresión en el EEG. Se suspende a los 2 días por inestabilidad hemodinámica grave, se reinicia FNB. Fallece a los octavo día de evolución por falla multisistémica.

RNM cerebral normal, 2 PL normales, estudio LCR viral normal (herpes I-II-VI y CMV).

Estudio serológico de parvovirus, mycoplasma y bartonella normales.

El estudio anatomopatológico demostró displasia neuronal cortical temporal izquierda. Estudio de virus respiratorio negativos.

Conclusiones

Pese a la normalidad en el estudio de neuroimagen, la displasia cortical es una alternativa diagnóstica que hay que considerar dentro de los casos catalogados como idiopáticos.