

Resúmenes de los Trabajados Presentados en las X Jornadas Invernales de Epilepsia. 11 y 12 de Junio de 2010

UTILIDAD DE ELECTRODOS ESFENOIDALES Y ELECTROCORTICOGRAFIA INTRAOPERATORIA EN LA PLANIFICACION DE CIRUGIA DE EPILEPSIA

Ada Chicharro, Alejandro de Marinis, Mónica González, Alfredo Yañez.

Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.

Introducción

La epilepsia refractaria es una condición relevante, que afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familias. En casos seleccionados, la cirugía se convierte en la única alternativa para lograr libertad de crisis. No obstante, la determinación exacta del foco epileptogénico y la adecuada planificación pre e intraoperatoria de la resección quirúrgica, son fundamentales en obtener resultados satisfactorios.

Objetivos

Mostrar la utilidad del Videomonitorio-EEG con electrodos esfenoideales profundos en la localización preoperatoria del foco epileptogénico, y de la electrocorticografía intraoperatoria (ECI) en la delimitación del mismo.

Material y métodos

Se presenta un paciente de 28 años, con epilepsia refractaria de 10 años de evolución. La resonancia magnética revela cavernomatosis múltiple, evidenciando lesión de mayor tamaño en región temporal medial izquierda. Videomonitorio-EEG: registro de dos crisis parciales complejas, con semiología sugerente de origen temporal pero cuyo EEG concomitante no evidencia actividad epileptiforme temporal sino frontal bilateral sincrónica de aparición tardía.

Resultados

La instalación de electrodos esfenoideales a 5 cm de profundidad, próximos al foramen oval, permitió registrar el inicio electrográfico de la crisis en región temporal anterior izquierda, previa a la propa-

gación a áreas frontales. Esto permitió localizar el foco e indicar cirugía. La ECI antes y después de la resección del cavernoma y hemosiderina adyacente, mostró actividad epileptiforme residual en área contigua, por lo que se debió ampliar la resección. Al año de seguimiento la paciente permanece libre de crisis.

Conclusiones

La sensibilidad del EEG de superficie para detectar actividad epileptiforme en los casos en que el foco epileptico se encuentra ubicado en la región temporal medial es limitada. En este caso la correcta localización del foco epileptogénico es primordial para plantear la cirugía, especialmente si la resonancia es normal o se detectan múltiples lesiones. Los electrodos esfenoideales correctamente posicionados constituyen una herramienta útil y segura, que en casos seleccionados permite localizar el foco de inicio ictal, que de otra forma no sería posible. La ECI, por su parte, permite reconocer la presencia de área irritativa residual, adyacente al tejido resecado, lo que tiene directa relación con el resultado quirúrgico. Ambas son herramientas complementarias, útiles y seguras que aumentan la probabilidad de obtener resultados satisfactorios.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL DEFICIT NEUROPSICOLOGICO POR MEDIO DE LA BATERIA LURIA NEBRASKA EN TRASTORNOS MENTALES

Fernando Ivanovic-Zuvic, Juan Aguirre.

Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción

El **objetivo** es evaluar la presencia del déficit neuropsicológico en cuatro cuadros clínicos como psicosis epilépticas lúcidas, primer episodio de esquizofrenia, psicosis alcohólicas agudas y bipolaridad I, en un intento por establecer un patrón del déficit neuropsicológico que represente un rasgo propio

para cada cuadro (marcador de la enfermedad). Para este fin se aplicó la Batería Neuropsicológica Luria Nebraska (BNLN).

Material

La muestra del grupo psicosis epilépticas lúcidas alternantes fue de 15 sujetos. La de esquizofrénicos (EQZ) estuvo constituida por 30 de primer brote (15 con síntomas positivos y 15 con negativos). Los sujetos alcohólicos: 30 (15 sin psicosis y 15 con psicosis alcohólica). Bipolares I con 25 sujetos.

Resultados

Primer brote EQZ positiva no poseen déficit; EQZ negativa, todos poseen déficit (100%). Psicosis epilépticas: 9 de 15 pacientes (60%) tuvieron déficit. Psicosis alcohólicas: Ambos grupos de alcohólicos con y sin psicosis muestran resultados semejantes, con 6 de 15 con déficit (40%). Bipolares I: 19 de los 25 mostraron déficit en las escalas de la BNLN (76%).

En cuanto a las alteraciones funcionales, existe mayor semejanza entre psicosis epilépticas, esquizofrenia y bipolaridad. En estas tres entidades están afectadas las escalas de memoria y procesos intelectuales. Existe cercanía entre esquizofrenia y bipolaridad, con alteraciones en escalas de procesos intelectuales, memoria y lenguaje receptivo. También existe un vínculo entre psicosis epilépticas y bipolaridad, pues están comprometidos procesos intelectuales, memoria y escala visual. Sin embargo el perfil de las psicosis alcohólicas es diferente, pues la escala mayormente comprometida correspondió a la de escritura.

Conclusiones

El déficit neuropsicológico es en general elevado para las cuatro entidades estudiadas. El perfil de las escalas afectadas es similar entre tres de ellas, psicosis epilépticas, esquizofrenia y bipolaridad que se aproximarían entre sí; mientras que las psicosis alcohólicas agudas poseen una mayor lejanía, con un perfil deficitario diferente.

LEVETIRACETAM ¿TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA EN EPILEPSIAS FOTOSENSIBLES?

Ada Chicharro, Victoria Cargioli, Viviana Venegas, Verónica Burón, Mónica González, Alejandro de Marinis.

Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo.

Introducción

Las epilepsias fotosensibles incluyen a un subgrupo de epilepsias primariamente generalizadas, que se caracterizan por una excelente respuesta al tratamiento con ácido valproico (AV). Por este motivo el AV ha sido considerado por décadas como el tratamiento de primera elección. Debido a sus efectos secundarios, en muchos casos se debe recurrir a otros fármacos.

Objetivos

Evidenciar la efectividad del levetiracetam (LEV) en el tratamiento de las epilepsias fotosensibles.

Material y métodos

Se presentan tres pacientes de sexo femenino, de entre 18 y 22 años, con epilepsias fotosensibles: 1. Paciente con antecedentes familiares de fotosensibilidad. Presenta crisis convulsiva única asociada a mioclonías desencadenadas por estímulo luminoso y marcada fotosensibilidad al electroencefalograma (EEG). 2. Pacientes con epilepsia mioclónica juvenil, tratada con AV, con excelente respuesta, pero con efectos secundarios. Se realizó cambio gradual por lamotrigina, llegando a dosis de 400 mg/día, tras lo cual reinicia crisis TCG y presenta abundantes mioclonías. 3. Paciente con antecedentes de epilepsia ausencia en la infancia, tratada con AV, con buena respuesta pero con efectos secundarios. En la adolescencia, luego de 5 años sin tratamiento, inicia crisis TCG. EEG: respuesta fotoparoxística autosostenida, gatillándose una crisis TCG durante maniobra de fotoestimulación. Se trató con lamotrigina en altas dosis pese a lo cual no se logró controlar las crisis, persistiendo respuesta fotoparoxística autosostenida en los EEGs.

Resultados

En los tres pacientes el tratamiento con LEV (1500 a 2000 mg/día), al inicio como tratamiento asociado, y luego en monoterapia, logró controlar totalmente las crisis y se asoció a desaparición de la actividad fotoparoxística y normalización de los EEGs.

Conclusiones

El LEV es un fármaco que debe ser considerado como una alternativa de tratamiento en pacientes con epilepsias fotosensibles, especialmente en los casos en que el tratamiento con AV se asocia a efectos secundarios. En pacientes con historia de mioclonías aisladas, respuesta fotoparoxística en los EEGs, y que nunca han experimentado crisis con-

vulsivas, el levetiracetam podría ser considerado como tratamiento de primera línea.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EPILEPSIA REFRACTARIA POST TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEAL (TEC): CASO CLÍNICO.

*Enrique Terra, Marcela Figueroa.
Hospital del Trabajador de Santiago.*

Hombre, 27 años sin antecedentes mórbidos. Sufre caída de altura (15/8/08), resultando con TEC abierto complicado y epilepsia post TEC de difícil manejo, pese a niveles plasmáticos óptimos de anticonvulsivantes (ácido valproico, fenobarbital y lamotrigina). El electromonitoreo post instalación de grillas subdurales informa crisis de inicio temporal izquierdo, pero también actividad ictal parietal posterior y fronto basal. Control de neuroimágenes evidencian lesión secuelar post traumática córtico subcortical en región temporal posterior y frontorbitaria izquierda, atrofia hipocampal de predominio izquierda e importante efecto de tracción sobre cuerno temporal izquierdo. La tractografía mostró alteración a nivel del tracto uncinado izquierdo. La psicometría efectuada 8 meses post TEC, evidenció daño orgánico cerebral leve, no obstante, la realizada en diciembre de 2009, demostró progresión del deterioro cognitivo de moderado a severo (72%) asociado a abulia, apatía, irritabilidad y tendencia a la agresividad, incidiendo en una limitación para todas sus áreas de desempeño y su nivel de participación sociofamiliar.

Dada la progresión y refractariedad de las crisis convulsivas, asociado a esclerosis mesial temporal de predominio izquierdo y deterioro cognitivo, se decide resolución quirúrgica del caso, practicándose amigdalectomía y corticotomía temporal izquierda (17/2/10), evolucionando satisfactoriamente, con una crisis parcial compleja en el contexto de disminución de posología de fenobarbital, decidiendo mantener dosis tanto de fenobarbital como de lamotrigina y suspender el ácido valproico. Lleva dos meses libre de crisis desde última convulsión, válido en las actividades de la vida diaria.

Discusión

La epilepsia refractaria constituye un diagnóstico de exclusión, una vez que se esclarecen y manejan los factores favorecedores de crisis y se confirma la verdadera fármaco resistencia, la indicación de cirugía sólo se reserva a casos justificados, tanto por

evolución clínica como por el compromiso focal de las crisis. El tratamiento quirúrgico efectuado al paciente, constituye un tratamiento paliativo en este tipo de epilepsia, sin embargo, el impacto sobre la calidad de vida fue significativa, sin recurrencia ni evidencia clínica de crisis convulsivas postcirugía.

PACIENTE CON LESIÓN FRONTAL EN ÁREA MOTORA: RESONANCIA FUNCIONAL CON IDÉNTICO RESULTADO A ESTIMULACIÓN CEREBRAL CRÓNICA CON ELECTRODOS SUB-DURALES (CASO CLÍNICO)

Loreto Ríos, Gisela Kuester, Marcelo Gálvez, Gonzalo Rojas, Carlos Lobos, Loreto Olate, Felipe Otayza y Manuel Campos.

Centro Avanzado de Epilepsias, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

Introducción

La estimulación cerebral con implantación crónica de electrodos sub-durales permite localizar áreas elocuentes en pacientes con epilepsia, cuyo foco o lesión están cerca de tejido funcional. La Resonancia magnética funcional de cerebro (RMf) permite localizar las mismas áreas por variaciones metabólicas, pero no invasivas. Se presenta un caso con coincidencia exacta de ambas técnicas.

Material y Método

Paciente mujer de 21 años, inicio de crisis a los 9 años. Epilepsia focal refractaria de hemisferio izquierdo con generalización ocasional, frecuencia de 8 crisis focales por mes y dos secundariamente generalizadas. RM reveló lesión cerebral circunscrita frontal derecha en banda motora (anatómicamente mano).

Resultado

La RMf localizó área de cara y lengua bajo la lesión, sobre ella la mano. Se implantó malla de electrodos sub-durales de 32 contactos centrada en la lesión por ecografía y neuronavegación intraoperatoria. La estimulación cortical fue con equipo Nicolet CardinalHealth© y permitió localizar exactamente: mano, lengua y cara. La coincidencia entre RMf y estimulación cerebral fue total. La lesión se extirpó (glioma angiocéntrico), la paciente está libre de crisis con seguimiento de 7 meses.

Conclusión

La RMf podría a futuro reemplazar la estimulación cortical, sobre todo en casos que no sea necesario

realizar electrocorticografía crónica.

ESTIMULADOR CRÓNICO DE NERVIOS VAGO: RESULTADO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Loreto Ríos, Francesca Solari, Isabel López, Loreto Olate, Felipe Otayza y Manuel Campos.
Centro Avanzado de Epilepsias, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.*

Introducción

La implantación crónica del estimulador del nervio Vago (VNS) es el segundo procedimiento más frecuente en países desarrollados para cirugía de epilepsia en niños, siendo su meta la reducción de la frecuencia o intensidad de las crisis (cirugía paliativa). Presentamos nuestra experiencia en 16 casos.

Material y Método

16 niños y adolescentes, entre 3 y 21 años (media 12.3 años), fueron implantados con VNS entre los años 2008 y 2010, con un periodo de seguimiento de 15 meses promedio (3 a 27 meses). Se evaluó la frecuencia de crisis: al momento de la cirugía, a los 3, 12 y 24 meses. Además del grado de satisfacción con la cirugía (encuesta a padres durante última evaluación). Dos pacientes no completaron la evaluación.

Resultados

Los pacientes los dividimos en 3 grupos según la disminución de las crisis: 5 pacientes (36%) tuvieron reducción mayor o igual a un 50% de sus crisis originales, 7 reducción mayor a un 75% y 2 pacientes (14%) no se beneficiaron. Además, evaluamos la satisfacción de los padres con el implante al momento de la última evaluación, ésta fue de 77% de satisfacción.

Conclusiones

Nosotros recomendamos el uso de VNS en niños y adolescentes con epilepsia refractaria como una alternativa paliativa, con un alto grado de satisfacción familiar.

PET "ICTAL" EN PACIENTES PORTADORES DE DISPLASIAS CORTICALES IIB Y EPILEPSIA REFRACTARIA

David Ladrón de Guevara^{1,2}, Gisela Kuester², Loreto Ríos², Marcelo Gálvez^{1,2}, Gonzalo Rojas^{1,2}, Felipe Otayza² y Manuel Campos².

1) Departamento de Radiología, Diagnóstico por

Imágenes, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

2) Centro Avanzado de Epilepsias, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

Introducción

El PET (Positron emission tomography) con F18-FDG es el examen de elección en pacientes con epilepsia focal, con una sensibilidad cercana a 85%. Los hallazgos del PET interictal suelen ser áreas de hipometabolismo en el foco epileptógeno. Presentamos 2 casos de PET "ictal" que mostraron foco hipermetabólico y que fueron confirmados como displasias corticales.

Material y Métodos

Dos pacientes con epilepsia refractaria, estudiados con: video-EEG, resonancia magnética (RM) y PET. El PET se realizó con F18-FDG inyectado *ev* inmediatamente post crisis. Caso 1: varón de 10 meses de edad, inicio de crisis a los 2 meses, con frecuencia preoperatoria de 10 crisis por día, de desconexión del medio y giro cefálico. Caso 2: mujer de 38 años, inicia crisis parciales complejas hace 3 años, con 3 crisis por semana.

Resultados

Caso 1: RM: lesión frontal derecha sospechosa de displasia. Video-EEG: 12 crisis de inicio frontal derecho. PET "ictal" reveló imagen hipermetabólica en idéntica localización que la RM. Se realizó resección con ECoG intra-operatoria. Biopsia: displasia cortical IIB. Libre de crisis con seguimiento de 6 meses.

Caso 2: RM: aumento de señal en hipocampo derecho, sospechoso de esclerosis hipocampal. EEG: actividad ictal temporal derecha mesial. PET: registro ictal, con hipermetabolismo hipocampal derecho. Biopsia: hipocampo con displasia cortical IIB, libre de crisis con 3 meses de seguimiento.

Conclusiones

El PET "ictal" es de gran utilidad en el estudio de epilepsia focal asociada a displasia cortical. Para su adecuada implementación es indispensable el monitoreo eléctrico antes y durante la realización del PET.

CIRUGÍA DE EPILEPSIA REFRACTARIA EN UN CENTRO AVANZADO

Manuel Campos, Gisela Kuester, Loreto Ríos, Francesca Solari, Isabel López, Larisa Fabres, Andrea Contreras, Ximena Varela, Marcelo Gálvez, David

Ladrón de Guevara, Emilio Muñoz, Vania Krauskopf, Roger Gejman, Carolina Pérez, Loreto Olate, Carlos Lobos, Gonzalo Rojas y Felipe Otayza. Centro Avanzado de Epilepsias, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

Introducción

La cirugía de la epilepsia es la mejor herramienta terapéutica para epilepsia refractaria, especialmente focal sintomática. Los centros de cirugía se clasifican según sus recursos (humano y material) en básicos y avanzados. Presentamos nuestra experiencia en un centro avanzado.

Material y Método

Se realizaron 41 procedimientos entre julio 2008 a febrero 2010, con un promedio de seguimiento de 15 meses (3 a 27 meses). Los pacientes los dividimos cirugía curativa y paliativa. En casos complejos se realizaron estudios sofisticados de imagen (PET, RM funcional, RM con post-proceso, fusión, etc.) y uso de electrodos sub-durales. Se analizó tipo de cirugía y los resultados obtenidos.

Resultados

Las neuroimágenes avanzadas fueron fundamentales para decidir la cirugía 10 pacientes (24,3% de la serie). La cirugía más frecuente en adultos fue la lobectomía temporal (10 casos) y en niños la frontal (5 casos). Seis pacientes requirieron el uso de electrodos sub-durales, de estos 4 en forma crónica. La histología más frecuente fueron las malformaciones del desarrollo cortical (14 casos), de los cuales 9 correspondieron a displasias corticales. Hubo 15 casos de cirugía paliativa. El 74% de los pacientes sometidos a cirugía resectiva están libres de crisis.

Conclusiones

La cirugía de la epilepsia en casos complejos se puede realizar en Chile con un estándar internacional, obteniendo resultados similares a países desarrollados. El reto está en poder ofrecer este tratamiento a toda la población.

EPILEPSIAS GENERALIZADAS IDIOPÁTICAS EN NIÑOS. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO

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 de la infancia tienen un pronóstico favorable, su importancia radica en un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Objetivos

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

Pacientes y método

Estudio descriptivo de corte transversal que incluyó a todos los menores de 15 años con epilepsia generalizada idiopática, que ingresaron entre 1997 y 2009. Se consideró crisis predominante a la presentada en más del 60% de los eventos y libres de crisis a los pacientes sin crisis epilépticas en el último año, sin variación en tratamiento o al suspenderlo. Se analizaron 84 fichas clínicas según disponibilidad de archivo. Mediana de seguimiento 3 años (3meses-13 años).

Resultados

De los 84 niños, 48(57%) eran hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue 7 meses (3 meses a 15 años). Se encontró antecedente familiar de epilepsia de primer grado en 12(14,2%), de segundo grado en 26(30,9%) y ambos en 4(4,7%). Hubo 13 (15,4%) niños con convulsiones febriles. En 49(58,3%) las crisis predominantes fueron tónico-clónicas y en 18(21,4%) ausencias. De aquellos con crisis distintas de ausencias, 44(66,6%) presentaban crisis sólo en vigilia y 10(15,2) sólo en sueño. Hubo un EEG inicial específico con alteración generalizada en 51(62,2%), inespecífico en 7(8,5%) y normal en 24(29,3%). 64 (76%) tuvieron al menos una neuroimagen, 3 de ellas con alteración inespecífica. En 5(6%) casos se describe status epiléptico. Se encontró comorbilidad neurológica en 31 (36,9%) y no neurológica en 23(26,2%). En 83 se inició monoterapia con ácido valproico. Dos pacientes recayeron al retirar tratamiento (5,5%). Al corte 62 (73,7%) estaban libres de crisis.

Conclusión

Las crisis más frecuentes fueron tónico-clónicas y ausencias, la mitad de los pacientes tenía antecedente familiar de epilepsia y cerca de dos tercios un EEG inicial específico. Un tercio presentó comorbilidad neurológica, la mayoría se trató inicialmente con ácido valproico y estaban libres de crisis.

CALLOSOTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA INFANTIL: REVISIÓN DE 37 CASOS OPERADOS Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO.

C. Zúñiga*, C. Cantillano**, L. Cuadra***, O. Cuadra***; A. Zuleta***. J.J Marengo***.

* Hospital J.J Aguirre, Universidad de Chile,

** Pontificia Universidad Católica de Chile

*** Instituto de Neurocirugía Asenjo

Introducción

Los pacientes pediátricos con epilepsia refractaria presentan de manera frecuente retraso del desarrollo neurológico y cognitivo. Además, existe riesgo de sufrir injuria física debido a las caídas, provocadas por el compromiso súbito de conciencia secundario a la crisis. Lo anterior es común en niños con crisis atónicas en los cuales la callosotomía debe ser considerada a pesar de sus riesgos. Asimismo, la callosotomía aunque puede reducir la rápida generalización de las descargas del foco epiléptico iniciador.

Objetivos

Evaluar la eficacia de la callosotomía en reducir las crisis en niños con epilepsia refractaria a tratamiento médico y evaluar, de manera secundaria, su efecto en el tratamiento fármacos antiepilépticos, asistencia escolar, aprendizaje y complicaciones quirúrgicas.

Material y Métodos

Ensayo cohorte retrospectivo y observacional. Se analizaron fichas clínicas de los pacientes sometidos a callosotomía (1996 – 2009), y mediante llamada telefónica se obtuvieron las siguientes variables; resultado de las crisis según ILAE, número de fármacos preoperatorios, número de fármacos postoperatorios, escolaridad preoperatoria, escolaridad postoperatoria, Aprendizaje (cualitativo) y complicaciones quirúrgicas.

Resultados

Se analizaron 37 casos de un total de 69 callosotomías pediátricas realizadas entre 1996 y el 2009, en el Instituto de Neurocirugía Asenjo. Con una media de seguimiento de 37 meses (4 – 168), un 73.5% de los pacientes presentó una disminución de las crisis según la escala ILAE: Etapa I: 17.6% (6), Etapa II: 17.6% (6), Etapa III: 38.2% (13). El 26.5% (9) no mostró un cambio significativo de las crisis. La reducción de FAE se objetivó en el 32.4% (11). El 26.5% (9) pudo asistir a una institución educacional

posterior al procedimiento y el 54% (20) evidenció mejoría en el aprendizaje. 23.5% (8) tuvieron complicaciones relacionadas al procedimiento. No existió mortalidad ni secuelas definitivas.

Conclusión

La presente serie indica que la callosotomía es un tratamiento paliativo efectivo en las epilepsias refractarias del niño, reflejándose esto tanto en las crisis como en el desarrollo global del niño,

ESCLEROSIS TEMPORAL MESIAL EN EPILEPSIA: EXPERIENCIA DEL LOS ULTIMOS AÑOS EN EL INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA

Cristian Martínez, Oscar González, Lilian Cuadra, Arturo Zuleta, Osvaldo Olivares, Lientur Taha.

Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo.

Introducción

La esclerosis temporal mesial (ETM), es el hallazgo más frecuente encontrado en la epilepsia del lóbulo temporal. Caracterizada por crisis parciales complejas acompañadas muchas veces por alteraciones de la memoria, conducta y de depresión, la cual tiene mala respuesta a tratamiento farmacológico. Actualmente se propone la cirugía precoz en estos pacientes, siendo de vital importancia el estudio prequirúrgico protocolizado para obtener buenos resultados.

Objetivo

Describir la experiencia de los últimos años de este centro en manejo quirúrgico de la ETM, tomando en cuenta datos demográficos, número de crisis, cantidad de fármacos antiepilépticos (FAE), estudio prequirúrgico y evolución posterior de la cirugía según la escala ILAE.

Métodos

Se recolectaron los casos de los 10 últimos años que contaran con estudio e información completa. Realizando una revisión retrospectiva de la información obtenida y completando la información mediante conversación telefónica.

Resultados

De 12 casos recolectados, 72% son mujeres, la edad promedio al operarse fue de 16 años, y el lapso entra la primera crisis y la cirugía fue de 12 años. El 82% de los pacientes habían probado más de 3 tipos de FAE sin respuesta presentando entre 6 crisis diarias

a 5 mensuales. En relación a los resultados el 72.7% quedaron libres de crisis (ILAE IA) utilizando en promedio 2 FAE. Las complicaciones se observaron en 2 pacientes siendo infecciones y la única secuela observada fue alteración de la memoria verbal en dos pacientes.

Conclusión

Como se observa en esta serie de casos el 72.7% de los pacientes descritos presentó una remisión de sus crisis posterior a la cirugía y el 100% de ellos presenta al menos reducción de éstas, mejorando esto notablemente su calidad de vida. La importancia de realizar un estudio prequirúrgico de manera exhaustiva contribuye a obtener seleccionar los pacientes indicados para someterse a esta terapia.

MONOTERAPIA CON LEVETIRACETAM EN NIÑOS CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA Y DE TRANSPLANTE.

Paulina Alid, Karina Tirado*, Verónica Gómez*, Milena Villarroel**, Marcelo Devilat*.*

**Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría.*

***Servicio de Oncología.*

Hospital Luis Calvo Mackenna. Santiago, Chile.

Introducción

Los fármacos antiepilépticos (FAE) típicos se han asociado a interacciones farmacológicas en pacientes oncológicos y transplantados. Existe escasa literatura de levetiracetam en monoterapia en estos niños.

Objetivo

Describir evolución de niños oncológicos y transplantados de nuestro hospital con levetiracetam en monoterapia.

Material y método

Se realizó estudio descriptivo y retrospectivo-prospectivo de niños oncológicos y transplantados en tratamiento con levetiracetam en monoterapia, durante período 1° de noviembre del 2006 - 30 de marzo del 2010, encontrándose 9 pacientes. En forma prospectiva fueron incluidos 2 niños, completando 11 enfermos, de los cuales 4 eran de sexo femenino, con promedio de edad de 7,5 años (1 año 9 meses a 15 años 9 meses) y con seguimiento promedio de 10,9 meses (3 días a 3,25 años).

Respecto a enfermedad de base, hubo 6 niños con

patología oncológica, uno transplantado renal, 2 transplantados hepáticos, un paciente con amebiasis y meningioangiomas cerebrales, y un enfermo con atresia de vías biliares operada.

Tres pacientes (27,3%) recibieron FAE en forma preventiva, 3 (27,3%) por antecedente de primera crisis epiléptica (2 crisis parciales secundariamente generalizadas sintomáticas y uno crisis parcial simple sintomática), 5 (45,4%) para manejo de epilepsia (un caso era Epilepsia Generalizada y 4 eran Epilepsias Parciales).

Antes de la indicación de levetiracetam, un paciente no recibió FAE previo, 6 (54,5%) recibieron Fenitoína, 3 (37,5%) Fenobarbital y uno Ácido Valproico. La dosis promedio de levetiracetam fue de 50,3 mg/kg/d (30 y 88 mg/kg/d) El levetiracetam fue proporcionado a los pacientes por el hospital mientras estuvieron hospitalizados. La evaluación fue considerada hasta su último control.

Resultados

Seis enfermos (54,5%) no volvieron a presentar crisis . Dos pacientes por falta de dinero para comprar levetiracetam al alta, recayeron: uno con status epiléptico y otro con crisis epiléptica postquimioterapia. Un paciente recayó postdiálisis y otro presentó crisis secundaria a hemorragia intracraneana, y uno se derivó a otro Centro. Sólo un paciente presentó irritabilidad secundaria al levetiracetam.

Conclusión

El levetiracetam usado como monoterapia ha demostrado seguridad y eficacia en control de crisis en el grupo de niños estudiados. Sin embargo, problemas económicos de los padres atentan contra la libertad de crisis de algunos niños.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON EPILEPSIA SECUNDARIA A CAVERNOMAS CEREBRALES SOMETIDOS A CIRUGÍA RESECTIVA

Manuel Loncomil(1), Mariela Villagra (2), Lilian Cuadra (2), Arturo Zuleta (2)

(1)Hospital Roberto del Río. Universidad de Chile

(2)Instituto Neurocirugía Asenjo

Introducción

Los cavernomas (angiomas cavernosos) corresponden a una malformación vascular que afectan al SNC. Su incidencia en la población adulta es de 1/200. El grupo pediátrico corresponde aproximadamente al 25 % del total. La principal mani-

festación clínica en todas las edades, son las crisis epilépticas.

Objetivo

Evaluar pacientes pediátricos que fueron sometidos a manejo quirúrgico de los angiomas cavernosos, e investigar el rol de la cirugía en el manejo de la epilepsia sintomática

Método

Se realiza estudio retrospectivo mediante la revisión de fichas clínicas de los pacientes operados en el Instituto de Neurocirugía durante el período comprendido entre los años 2000-2009. Se obtiene un total de 10 pacientes, todos los cuales presentaban como manifestación clínica la presencia de crisis epilépticas de difícil manejo. Sólo 1 paciente presentaba otro déficit neurológico (hemiparesia izquierda). Todos los pacientes fueron evaluados en el período postoperatorio, con un período de seguimiento de 5m – 55 meses (promedio: 25 meses)

Resultado

Todos los pacientes presentaban crisis epilépticas. 4 pacientes presentaban más de 1 cavernoma. En todos los casos se logró una excéresis completa de la lesión. Luego de la cirugía la gran mayoría de los pacientes mostraron una disminución en la frecuencia de sus crisis. 9 de ellos evolucionaron libre de crisis y 1 aumentó la frecuencia de las crisis (paciente con más de un cavernoma). No hubo complicaciones operatorias en ningún caso.

Conclusiones

En pacientes con epilepsia sintomática de difícil manejo, secundaria a cavernomas, la cirugía resecativa es una alternativa terapéutica segura y eficaz.

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN SECUNDARIA A FENOBARBITAL.

Álvaro Soto, Marcela Grandjean, Darío Ramírez. Servicio de Neurología, Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

Introducción

La enfermedad de Dupuytren (ED) es una condición común de fibrosis progresiva que afecta la fascia palmar y digital. Su incidencia es de 4% aproximadamente y se eleva a 20% sobre los 65 años. Frecuentemente es bilateral. El dedo anular es el más frecuentemente comprometido, seguido por el meñique y el dedo medio. Se ha reportado una alta

incidencia de ED en pacientes epilépticos (entre 8 y 57%). La incidencia aumenta con la duración de la epilepsia y probablemente es una secuela de la administración crónica de fenobarbital. El mecanismo sería la estimulación periférica de factores de crecimiento tisular.

Objetivo

Describir un grupo de pacientes en tratamiento con fenobarbital que desarrollaron enfermedad de Dupuytren, en relación con momento del diagnóstico y tiempo de exposición al fármaco.

Material y métodos

Se describen 4 pacientes con fenobarbital que desarrollaron ED, controlados en el policlínico de epilepsia del Hospital del Salvador, entre 2007 y 2009.

Resultados

Grupo de 4 pacientes (3 hombres y 1 mujer), de 39 a 48 años de edad. Tiempo de exposición: 2 a 31 años. Todos los casos con ED bilateral. Un caso asociado a enfermedad de Peyronie (fibrosis idiopática de los cuerpos cavernosos).

Conclusiones

La incidencia de ED es mayor en pacientes epilépticos con fenobarbital comparada con la población general. El factor de riesgo más importante es el tiempo de exposición al fármaco.

ENCEFALOPATIA POR ÁCIDO VALPROICO

Álvaro Soto, Marcela Grandjean, Darío Ramírez. Servicio de Neurología, Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

Introducción

El ácido valproico (AV) es un fármaco antiepiléptico de amplio espectro que habitualmente es bien tolerado. Sin embargo, pueden presentarse complicaciones serias, en algunos pacientes, como hepatotoxicidad y encefalopatía inducida por AV. Los signos típicos de encefalopatía inducida por AV incluyen compromiso de conciencia, marcado enlentecimiento del ritmo de fondo en el EEG, aumento de la frecuencia de convulsiones, con o sin hiperamonemia.

Objetivo

Describir un grupo de pacientes en tratamiento con ácido valproico que desarrollaron encefalopatía, en

relación a características clínicas, de laboratorio y patrón de EEG.

Material y métodos

Se describen 9 pacientes en tratamiento con ácido valproico que desarrollaron encefalopatía, en el Servicio de Neurología del Hospital del Salvador, entre 2003 y 2010.

Resultados

Grupo de 9 pacientes (7 mujeres y 2 hombres), de 37 a 82 años de edad. Promedio = 54 años. Dosis de 375 a 2000 mg de AV (promedio = 847 mg). Nivel de amonio de 43 a 398 ug/dL (promedio = 167 ug/dL). 4 pacientes con daño orgánico cerebral (44%). Fármacos antiepilépticos asociados: 6 pacientes con fenobarbital (66%), 5 con fenitoína (55%), 3 con carbamazepina (33%), 1 con clobazam (11%) y 1 con levetiracetam (11%). No hubo casos con elevación de enzimas hepáticas. El patrón electroencefalográfico más frecuente fue el enlentecimiento del ritmo de fondo. En todos los casos hubo normalización clínica, de laboratorio y del EEG con la suspensión del AV.

Conclusiones

La encefalopatía es una severa reacción adversa al uso de ácido valproico. Debe ser sospechada en pacientes con compromiso de conciencia, enlentecimiento del ritmo de fondo en el EEG e hiperamonemia. El daño orgánico cerebral y la politerapia parecen ser importantes factores de riesgo para el desarrollo de encefalopatía por ácido valproico.

CASO CLINICO: ENCEFALOPATIA EPILEPTICA SUBAGUDA

Katya Reinbach, Juan Enrique González, Maritza Carvajal, Raquel Gaete

Hospital Exequiel González Cortés

Escolar de 11 años, femenino, sin antecedentes mórbidos, proveniente de sexta región. En septiembre 2009 inicia crisis epilépticas parciales autolimitadas, con compromiso de conciencia fluctuante y agitación psicomotora. Parámetros de laboratorio en sangre normales. En líquido cefaloraquídeo (LCR) destaca pleocitosis de 35, TAC encefálica normal. Electroencefalograma con lentitud generalizada, sin actividad epileptiforme. Ingres a Hospital Rancagua iniciándose aciclovir y fenitoína. En estudio destaca: IgM Micoplasma, ASO, PCR virus herpes 1-2-6 y enterovirus (-), estudio inmunológico

co y electromiografía normales. Resonancia Magnética (RM) encefálica normal. Aparece tetraparesia flácida, compromiso de conciencia progresivo, coreoatetosis y diskinesia bucolingual.

Se administra Inmunoglobulina y metilprednisolona, presentando cierta mejoría clínica. Tres controles LCR normales. Nueva RM encefálica y médula con mínimas lesiones desmielinizantes sugerentes de encefalomiелitis en región cervical. Se deriva a HEGC para plasmaféresis, donde ingresa en noviembre en similares condiciones, presentando crisis clónicas parciales frecuentes. Nueva cura con metilprednisolona y 3 sesiones de plasmaféresis, sin respuesta. El estudio etiológico resultó normal: FR, AAN, ANA, complemento, Anticoagulante lúpico, ANCA, ENA, CH50, Anticuerpos Anticardiolipinas, RM encéfalo-médula de control normales, serología sarampión, tandem mass, EMG, velocidad conducción nerviosa, amebas vida libre LCR. Destacan bandas oligoclonales en LCR positivas.

Evolucionó con crisis epilépticas parciales en aumento, EEG con actividad epileptiforme bifrontal y luego frontotemporal bilateral, que en ocasiones hemigeneralizaba tanto a izquierda como a derecha, con correlato electroclínico, manteniendo actividad basal lenta difusa. Presentó múltiples status parciales; se manejaron con diversos esquemas: Fenobarbital, Leviteracetam, Acido Valproico (50 mg/kg), Topiramato (25 mg/kg), vigabatrina (200 mg/kg/día), BIC de midazolam, clonazepam y prednisona, lográndose controlar status, manteniendo actividad epileptiforme bitemporal aislada y registro basal lento difuso.

Alta a hospital de origen dos meses después, con diagnósticos de: encefalopatía epiléptica subaguda probable autoinmune, epilepsia parcial sintomática, crisis parciales complejas, status parciales resueltos, tetraparesia flácida y síndrome extrapiramidal.

En controles ambulatorios presenta progresiva mejoría neurológica; logra comunicarse en forma verbal y escrita, algo bradipsíquica, memoria remota y reciente conservadas, deambulaci3n independiente con leve hipertoni3a izquierda. Ultima crisis epiléptica observada en febrero. Anticonvulsivantes en descenso.

EPILEPSIA AU GE EN POLICLINICO ADO-SADO ESPECIALIDADES

Sonia Ponce de León (1); Miguel Ángel Delgado(2). (1)Neur3loga Infantil Hospital Base de Osorno. (2) Interno Medicina Universidad Austral de Valdivia Sede Osorno.

Lugar del estudio: Policlínico de Epilepsia Infantil del Hospital Base de Osorno, Décima Región de Los Lagos, Chile.

Introducción

La epilepsia no refractaria en los menores de 15 años ha sido incorporada como patología GES desde el año 2005 a nivel nacional. A nivel local se han ido incorporando lentamente más pacientes a este grupo.

Objetivo

Conocer las características de nuestros pacientes GES epilépticos desde que se inicia del programa Epilepsia Auge hasta marzo del 2010; edad, sexo, tipo de epilepsia, exámenes realizados, alteraciones encontradas, escolaridad, y co morbilidad que presentan.

Resultados

En el policlínico de epilepsia infantil se atienden 257 pacientes, de los cuales 172 se mantienen en controles activos. 43 han sido incorporados al Auge, 18 mujeres y 21 varones y de estos 39 están activos. El tipo de epilepsia más frecuente es Generalizada con 22 pacientes (51,1%), le siguen 11 con Epilepsia Parcial (25,6%), y 9 con Epilepsia Ausencia (21%). 1 presenta Epilepsia Refleja (2,3%).

El 95,3% se encuentran en monoterapia, de éstos el 85% con Acido Valproico. Con respecto a estudios de neuroimágenes se realizaron 27 TAC, 23 normales. RNM de cerebro a 10, y 6 fueron normales. EEG de control: 30 realizados, 22 se encontraban normales al momento del estudio. La escolaridad era normal en 27. Co morbilidad no la presentan 31. La co morbilidad más prevalente es Sd. de déficit atencional, y le siguen Retraso mental, y TR. Conductual. Sólo se ha dado de alta a un paciente.

Conclusiones

Desde la incorporación del la Epilepsia al GES se han traspasado a la atención primaria 43 pacientes, equivalente a 25% de los pacientes epilépticos. En su mayoría reciben monoterapia, cuyo primer fármaco es el Acido Valproico. Que presentan en su mayoría neuroimágenes normales, EEG normales luego de iniciar tratamiento y escolaridad normal, con poca co morbilidad asociada.

RESPUESTA AL TRATAMIENTO INICIAL EN NIÑOS CON EPILEPSIA

Consuelo Gayoso, Marcelo Devilat, Verónica Gómez.

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

Introducción

La respuesta inicial a los antiepilepticos (AE) parece ser un índice relevante en el pronóstico de los niños con epilepsia.

Objetivos

Evaluar la respuesta a los AE, en niños con epilepsia recientemente diagnosticados.

Material y método

Análisis retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes disponibles ingresados desde enero 2008 a diciembre 2009, correspondiente a 62 niños. El período de observación promedio fue de 16,5 meses (6 a 27). Se analizaron las siguientes variables: edad al diagnóstico, diagnóstico tipo de epilepsia, y la respuesta al primer, segundo y tercer AE.

Resultados

La edad promedio al diagnóstico fue de 48 meses (1 a 120). Treinta y siete pacientes (60%) respondieron al primer antiepileptico sin nuevas crisis. De los 25 (40%) pacientes restantes, 14 (56%) controló sus crisis con un segundo AE y 11 (44%) no las controlaron, de los cuales 3 (27%) quedaron sin crisis y 8 (73%) continuaron con ellas. La respuesta al primer AE se observó en pacientes con epilepsias parciales y generalizadas idiopáticas en 32 pacientes (86%). Los 17 niños que respondieron al segundo y tercer AE tenían epilepsias mayoritariamente parciales y generalizadas criptogénicas y sintomáticas. El ácido valproico originó una respuesta favorable como primer AE en el 59% de los pacientes con ese tipo de respuesta. Otros AE utilizados fueron: carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, primidona, topiramato, levetiracetam, vigabatrina y lamotrigina.

Conclusiones

Dos tercios de los pacientes responden al primer

AE, la mitad de los restantes responde al segundo AE. Un pequeño número de pacientes responden a un tercer AE. Para obtener respuestas favorables se utilizaron AE tradicionales y de última generación.

EPILEPSIA ROLÁNDICA DE EVOLUCIÓN ATÍPICA HACIA ESPIGA ONDA CONTINUA DEL SUEÑO LENTO CON RESPUESTA FAVORABLE A LEVETIRACETAM

Karina Tirado, Marcelo Devilat, Daniela Triviño. Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna. Santiago. Chile

Paciente BSP de sexo femenino, 9 años, ingresa a Neurología con antecedentes de presentar una epilepsia Rolándica (diagnosticada 2007 en el extrasistema, con historia, crisis, examen neurológico, neuroimágenes y EEG compatibles) en tratamiento con ácido valproico (20mg/kg/día) y clobazam (0,4mg/kg/día). A su ingreso, presentó 9 crisis parciales motoras en sueño, asociado a un cambio conductual, pérdida de la lectoescritura y del control de esfínteres.

Se aumentó el ácido valproico a 40mg/kg/día, y se solicitó amonio (por somnolencia por Clobazam), pruebas hepáticas, hemograma y un EEG con privación de sueño y sueño (29.09.09), que presentó anormal actividad epileptiforme de espiga-onda generalizada continua en sueño NREM etapa superficial y media con ocasional actividad epileptiforme en región centro temporal bilateral independiente.

Un mes después, 23.10.09, un EEG video prolongado en vigilia y sueño, resultó anormal con características de encefalopatía epiléptica sugerente de espiga onda continua del sueño.

Se agregó prednisona (2mg/kg/día) tras lo cual presenta un cuadro gastrointestinal severo asociado a síndrome de Cushing. Persiste libre de crisis epilépticas, pero continua con deterioro cognitivo y conductual. Se retira la prednisona y se agrega levetiracetam 40mg/kg/día sin escalamiento.

Los diagnósticos planteados en dicho momento son:

- Crisis parcial motora, en sueño
- Epilepsia Rolándica de evolución atípica hacia espiga onda continua del sueño
- Deterioro cognitivo
- Síndrome de Cushing y gastroenteritis secundario a prednisona

Después de 2 meses la paciente evoluciona sin crisis, con disminución de su peso y de la fascie Cushing, con progresiva recuperación conductual, del control de esfínteres y de la lectoescritura con franca recuperación del rendimiento académico escolar reflejado en sus notas y significativo mejoramiento del EEG.

Los familiares la describen “como la persona antes de enfermarse”.

Conclusión

El levetiracetam se mostró eficaz en mejorar el cuadro clínico y electroencefalográfico de esta paciente.