

Epilepsia Refractaria. Epilepsias de difícil control.

Roberto Caravallo

Médico Principal. Hospital Garrahan, Buenos Aires, Argentina.

En alrededor de 80% de los pacientes con epilepsia las crisis pueden ser controladas con antiepilépticos y más del 60% de todos los casos remiten en forma permanente. Los restantes pacientes son variablemente resistentes al tratamiento y las crisis se repiten a pesar de la medicación adecuada. Sin embargo, no existe una definición aceptada de epilepsia refractaria y los criterios varían de modo considerable. En general, se toma como base la falta de respuesta al uso adecuado de los antiepilépticos en las máximas dosis toleradas, durante un período mínimo necesario. Se ha estimado que la prevalencia de epilepsia es de 5/1.000 personas en la población general y de 1/1.000 en la población infantil.

Las epilepsias aparentemente refractarias o de difícil control pueden dividirse en dos grandes categorías:

- 1) Epilepsias seudoincontrolables: corresponden a las que son incorrectamente tratadas debido a causas del paciente, deficiencias sanitarias o error u omisión del médico.
- 2) Epilepsias verdaderamente refractarias: las crisis epilépticas persisten a pesar del uso adecuado de antiepilépticos, y de la instrumentación correcta de los procedimientos diagnósticos y de otros tratamientos.

En la figura se muestra un algoritmo para el tratamiento de las epilepsias refractarias. Cabe aclarar que este esquema proporciona una orientación general y que, sin duda, es necesario considerar cada paciente en particular.

Tratamiento de las Epilepsias Refractarias

Los pacientes con epilepsias refractarias y sus familias presentan una mala calidad de vida por lo cual es crucial ofrecerles otras alternativas terapéuticas no farmacológicas tales como dieta cetógena, cirugía, estimulador vagal y otros.

Si bien la mayoría de los niños con epilepsia están tratados con antiepilépticos (AE), la cirugía de la epilepsia se utiliza cada vez con mayor frecuencia en los pacientes resistentes al tratamiento médico. El objetivo principal es controlar las crisis epilépticas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En este sentido, es importante reducir el número de crisis, atenuar las manifestaciones clínicas (p. ej., desaparición de caídas o generalización secundaria) o disminuir los efectos adversos de los AE.

Consideramos imprescindible el estudio sistemático de los pacientes con epilepsias de difícil control, por lo cual creemos que un número considerable de pacientes se beneficiarán si se realiza un diagnóstico correcto y un tratamiento integral adecuado. Una vez que ha sido decidido que un paciente tiene una epilepsia verdaderamente refractaria a la medicación y que la cirugía de la epilepsia podría ser una alternativa terapéutica, el paso siguiente es realizar la evaluación prequirúrgica (EP). Esta evaluación decidirá si la cirugía es o no posible.

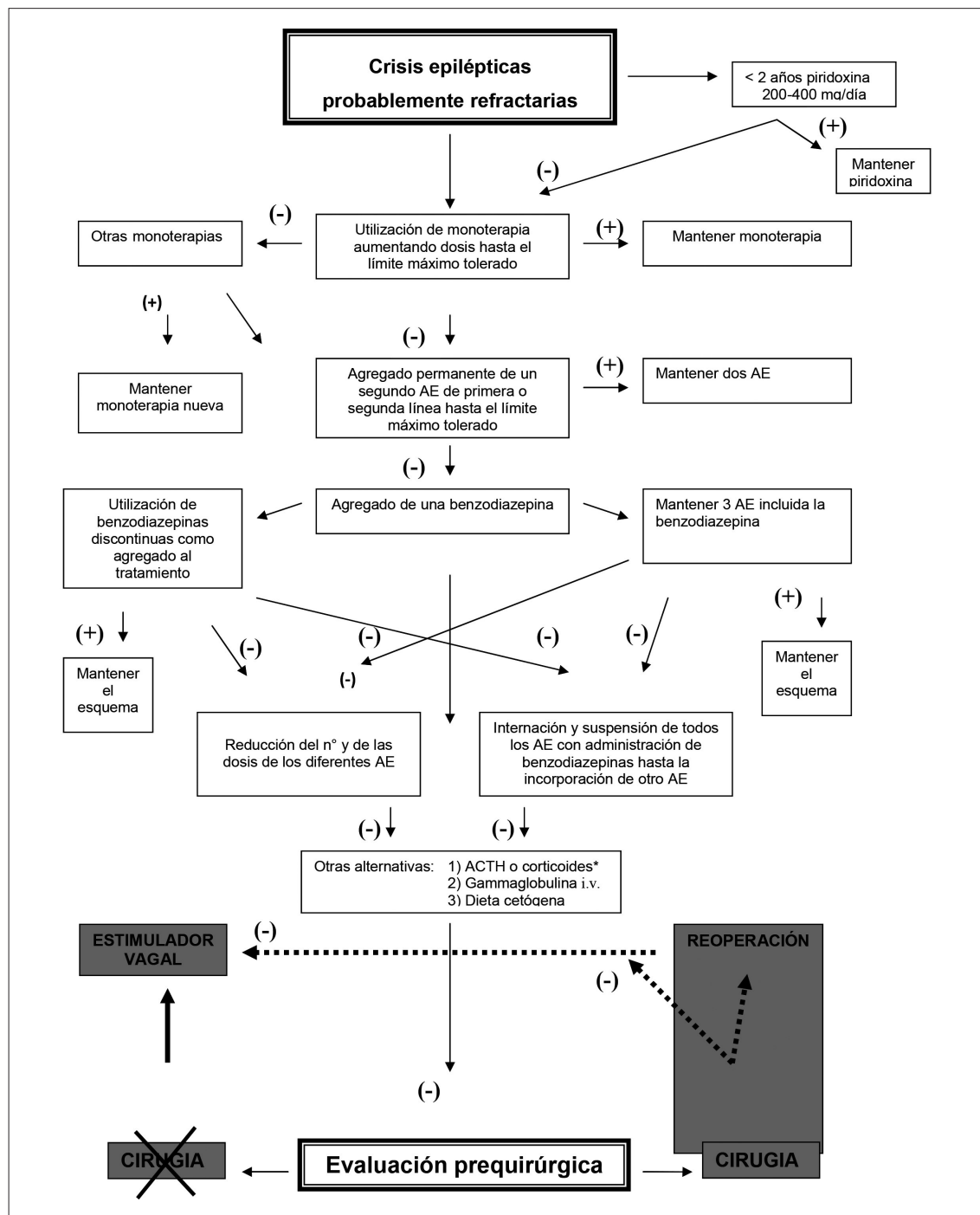
Tratamiento Quirúrgico

Evaluación Prequirúrgica

Una vez que se ha comprobado que un paciente es refractario a la medicación y se ha decidido llevar a cabo la cirugía de la epilepsia, el paso siguiente es realizar la evaluación prequirúrgica (EP).

Ésta debe efectuarla un equipo multidisciplinario compuesto por especialistas en neurología, neurofisiología, neurocirugía, psiquiatría y neuropsicología, con la intervención de enfermeros, técnicos de electroencefalografía y asistentes sociales.

La identificación de la zona epiléptógena es el objetivo final en el proceso de EP. Se define como el área necesaria y suficiente para el comienzo de una crisis epiléptica y cuya resección o desconexión es imprescindible para la abolición de ésta.



Algoritmo para el tratamiento de las epilepsias refractarias.

Pruebas no invasivas:

- a) Electroencefalografía y video-EEG
El EEG ictal es la manera definitiva para establecer el diagnóstico de epilepsia y el video-EEG indica el origen de las crisis epilépticas.
- b) Neuroimágenes (estructural)
Tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM).
- c) Neuroimágenes funcionales

La tomografía con emisión de positrones (PET) muestra defectos localizados en el metabolismo cerebral. Los defectos focales a menudo corresponden a la zona epileptógena. Es un estudio de utilidad en los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, que ha mejorado la localización preoperatoria y evita tener que recurrir a estudios invasivos. También en el caso de las epilepsias generalizadas severas, como el síndrome de West, ayuda a encontrar las áreas de hipometabolismo focal.

La tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) pone en evidencia alteraciones en la perfusión en los estados interictal, ictal y postictal, que ayudan a identificar el sitio para la resección. En la práctica, sólo tiene valor localizador definido la SPECT ictal, sobre todo en las epilepsias neocorticales.

La resonancia magnética con espectroscopia puede evidenciar déficits localizados lateralizados en las epilepsias focales.

La resonancia magnética funcional es un estudio no invasivo que permite el estudio de las funciones cerebrales; también es útil para el diagnóstico y la evaluación del manejo quirúrgico de las epilepsias. En la evaluación prequirúrgica ha sido muy beneficiosa para elaborar la estrategia correcta, pues permite reconocer áreas elocuentes del cerebro e identificar con certeza la lateralidad del lenguaje. Es un estudio de sumo valor en el futuro, pues está reemplazando al test de Wada y podría ofrecer aún más beneficios en el abordaje diagnóstico y en el tratamiento de las epilepsias, sobre todo, las refractarias.

d) Pruebas neuropsicológicas

La evaluación neuropsicológica contribuye al diagnóstico en los pacientes que son candidatos a cirugía de la epilepsia. En este caso particular, las evaluaciones neuropsicológicas antes y después de la cirugía constituyen una parte importante en el abordaje integral del paciente.

Las funciones neuropsicológicas investigadas son:

- Habilidad intelectual general.
- Habilidades perceptivas y psicomotoras.
- Lateralidad y especialización hemisférica.

- Lenguaje.
- Aprendizajes escolares.
- Memoria y aprendizaje memorístico.
- Atención y función directiva.
- Conducta emocional y social.

Los objetivos principales de la evaluación neuropsicológica son:

- Potencialidad educacional y de rehabilitación.
- Confirmación de la lateralización y probable localización del área epileptógena.
- Riesgo de compromiso de la memoria y otras funciones cognitivas a largo plazo.
- Control evolutivo.

e) Evaluación psiquiátrica

Puede condicionar el pronóstico y los trastornos mayores podrían contraindicar la cirugía.

f) Test de Wada

Esta prueba determina la dominancia hemisférica del lenguaje y evalúa la contribución de cada hemisferio cerebral para la memoria a largo plazo.

g) Otra

Otras técnicas, como la magnetoencefalografía, se utilizan en centros que disponen de la tecnología adecuada para una evaluación prequirúrgica más completa.

Pruebas invasivas

Se reconocen distintas técnicas que implican la introducción de electrodos en el cráneo: los electrodos profundos o intracerebrales, los electrodos subdurales y los electrodos epidurales. Una vez realizada la colocación de los electrodos intracraneeos con la consiguiente electrografía, se puede practicar también el mapeo funcional, es decir, la estimulación cortical para definir las funciones de la corteza implicada en relación con el comienzo ictal. Este es de suma importancia en las epilepsias de localización frontal posterior, parietal anterior, occipital mesial y de resecciones temporales posteriores (en especial del hemisferio dominante). En este punto es necesario responder a varios interrogantes: ¿es única la zona ictal?, ¿dónde está localizada?, ¿cuál es su extensión?, ¿está cercana a una lesión estructural o funcional?, ¿cuál es la función de la corteza en esa región?, ¿su resección llevará a déficits permanentes?