

Títulos de los Resúmenes de los Trabajos Posters presentados en las VIII Jornadas Invernales de la Sociedad de Epileptología de Chile

- Seguimiento y tratamiento a largo plazo de niños hospitalizados en UCI por crisis epilépticas.
- Síndrome de West. Evaluación de un protocolo de tratamiento.
- Comorbilidad psiquiátrica en adolescentes con epilepsia mioclónica juvenil.
- Clínica y evolución de las epilepsias del sueño en niños.
- Levetiracetam en niños con epilepsia resistente.
- Fármacos antiepilépticos e hipotiroidismo subclínico.
- Implementación de policlínico de epilepsia refractaria para el desarrollo de la cirugía de la epilepsia en el hospital Carlos Van Buren, de Valparaíso.
- Tratamiento de niños con epilepsia resistente.
- Hemihipersarritmia como manifestación de un trastorno del desarrollo cortical cerebral.
- Experiencia de la implementación de EEG digital en el Servicio de Neurología Hospital Luis Calvo Mackenna. Año 2007.
- Cirugía de la epilepsia en niños. Hemisferectomía.

SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO A LARGO PLAZO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS EN UCI POR CRISIS EPILEPTICAS

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

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurolo-

gía y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna. Santiago. Chile

Introducción

La hospitalización en una unidad de cuidados críticos es un factor que puede generar diferencias en la forma de enfrentar el manejo a largo plazo de un paciente con crisis epilépticas. Conocer la evolución posterior puede ayudar a establecer decisiones más acertadas. No hay bibliografía conocida por los autores que revise este tema.

Objetivo

Caracterizar la evolución y manejo al momento del alta y posterior a ésta, de los pacientes que presentan crisis epilépticas cuyo manejo requirió internación en unidad de cuidados intensivos.

Material y métodos

Se revisaron las historias clínicas de 54 pacientes ingresados a UTI por crisis epilépticas entre noviembre del 2004 y diciembre del 2006. Se seleccionaron por disponibilidad de archivos 25 pacientes cuyos controles en el Policlínico de Neurología fueran por un año o más.

Resultados

La edad promedio de los pacientes fue de 2 años 1 mes (2 meses-9 años). Dos pacientes (8%) presentaron crisis en el contexto de un síndrome epiléptico diagnosticado previamente, y 23 (92%) sin antecedente previo.

En la evolución posterior, los pacientes con epilepsia previa continuaron con crisis, y 6 de los 23 pacientes que debutaron con crisis epilépticas (24%), tuvieron crisis posteriores al alta en el seguimiento a un año, 5 de ellos estando en tratamiento y uno sin tratamiento, el cual requirió reingreso a UCI a las 2 semanas post-alta. De los 17 pacientes que no tuvieron crisis, 10 estaban en tratamiento (58,8%) y 7 no. De los pacientes que debutaron, 16 (70%) se fueron de alta

con tratamiento antiepiléptico. La hospitalización en UCI de generó un cambio en el tratamiento de base en uno de los dos pacientes con epilepsia previa (incorporación de dieta cetogénica). El tratamiento se mantuvo durante el período de seguimiento, en todos los casos.

Discusion

Los resultados sugieren que es relevante la evaluación de la justificación del tratamiento con antiepilépticos (AE) en los niños con esta patología.

Conclusiones

Los pacientes que ingresan a UCI con crisis epilépticas corresponden mayoritariamente a primocconvulsiones, ya sea crisis sintomáticas agudas o debut de un síndrome epiléptico. En la mayoría de los enfermos se adopta la decisión de instaurar AE, a pesar que continúan con riesgo de presentar crisis epilépticas posteriores.

SINDROME DE WEST. EVALUACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO.

Claudia Riffo, Bolívar Valenzuela, Verónica Gómez, Marcelo Devilat.

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

Introducción

El síndrome de West requiere un tratamiento en el que se deben cumplir ciertas acciones y plazos para optimizar sus resultados.

Objetivos

Evaluar el cumplimiento de un protocolo de manejo en niños con síndrome de West.

Material y métodos

Desde Noviembre de 2005 a Febrero 2008 ingresaron 11 pacientes a un protocolo de manejo. Todos fueron hospitalizados y 2 fueron excluidos, uno por infección intercurrente y otro por alta solicitada. El grupo está constituido por 5 niñas y 4 niños con una mediana de 13.2 meses de edad (6.5 a 21.5). Todos los pacientes tenían hipsarritmia y atraso en el desarrollo psicomotor.

El protocolo incluye hospitalización, estudio etiológico, examen pediátrico y neurológico, EEG, imágenes y tratamiento con ACTH en dosis diaria por 1 semana y luego dosis cada 2 días por 1 semanas, para con-

tinuar con 2 dosis ambulatorias. El tratamiento se evalúa mediante examen clínico y electroencefalográfico a los 7-14 y 30 días. El cumplimiento de los plazos fue aceptado con un rango +- 4 días.

Resultados

En los 9 niños se cumplió con el estudio etiológico, la evaluación clínica pediátrica y neurológica. En 8 pacientes se cumplió con la hospitalización en los plazos requeridos, 1 niño se hospitalizó con retraso fuera del rango aceptable por falta de camas disponibles.

El tratamiento con ACTH se cumplió adecuadamente en plazos y dosis en 8 pacientes. En 1, se rebajó la dosis del medicamento por hipertensión arterial.

Los plazos de cumplimiento del EEG para el día 7 y 14 se cumplieron en 8 y 7 niños respectivamente. El EEG del día 30 se cumplió con retraso. A pesar de lo anterior a todos niños se les realizó sus EEG de control.

Discusión

El uso de este protocolo permitió evaluar el tratamiento de los niños con síndrome de West.

Conclusiones

La evaluación del protocolo sugiere que su cumplimiento fue adecuado, con escasas desviaciones de los plazos recomendados.

COMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN ADOLESCENTES CON EPILEPSIA MIOCLONICA 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

Se describe que alrededor del 20 % de los pacientes adultos con epilepsia mioclónica juvenil (EMJ), presenta comorbilidad psiquiátrica del eje I. No hemos encontrado trabajos en la literatura realizados en adolescentes con EMJ y alteraciones psiquiátricas.

Objetivo

Pesquisar y describir comorbilidades psiquiátricas en adolescentes con EMJ.

Material y Método

Se revisó el registro computacional de 151 niños con epilepsias generalizadas idiopáticas del año 2007, encontrando 17 pacientes con diagnóstico de EMJ, lo que se confirmó con la revisión de ficha clínica. Se contactó telefónicamente a 13 de ellos y se realizó un estudio transversal mediante aplicación de la prueba "M.I.N.I. KID", que permite pesquisar, mediante una entrevista estructurada, alteraciones psiquiátricas en niños y adolescentes.

Resultados

Doce pacientes asistieron a la entrevista. La mediana de edad fue 15 años (11-18). Ocho mujeres y cuatro hombres. 9 pacientes presentaron al menos una comorbilidad psiquiátrica. Las comorbilidades encontradas fueron: paciente 1, riesgo suicidio y trastorno de ansiedad de separación; paciente 2, trastorno de angustia, trastorno disocial y dependencia de alcohol y drogas; paciente 3, trastorno distímico; paciente 4, TDAH; paciente 5, fobia específica; paciente 6, TDAH y TOD; paciente 7, trastorno de ansiedad de separación y fobia específica; paciente 8, episodio depresivo mayor, riesgo suicidio y trastorno de angustia con agorafobia; paciente 9, trastorno de ansiedad generalizada.

Discusión

Utilizando el MINI kid, en la mayoría de nuestros pacientes se pesquia al menos una comorbilidad psiquiátrica. Hay una alta frecuencia de trastornos de ansiedad.

Conclusión

Aunque el grupo es pequeño, se pesquisó una alta frecuencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes con EMJ.

CLINICA Y EVOLUCION DE LAS EPILEPSIAS DEL SUEÑO EN NIÑOS

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

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

Introducción

Las epilepsias del sueño han sido ocasionalmente descritas en niños, especialmente en relación al pronóstico a largo plazo.

Objetivos

Describir las características clínicas y la evolución de las epilepsias del sueño en el niño.

Pacientes y Método

Se revisaron las historias clínicas de 48 niños con epilepsia del sueño obtenidas del banco de datos del Centro. Se definió como aquella en la que las crisis ocurren en >60% durante el sueño. La muestra consta de 18 mujeres y 30 hombres. Edad promedio actual fue de 11.7 años (6 meses-18 años). Tiempo control fue de 5.3 años (4 meses-18 años) en promedio. Buena evolución es reducción de más del 50 % de las crisis y mala de 1 a 49%.

Resultados

Once (22.9%) niños tenían epilepsia generalizada y treinta y siete (77.1%) parcial. Quince (31,25%) pacientes presentaron epilepsia sintomática, treinta y dos (66,7%) idiopática y uno (2%) criptogénica. Treinta y nueve niños (81.1%) tenían EEG específico, el resto lo tenía inespecífico o normal. Veintiocho (58.3%) presentaron comorbilidades neurológicas y catorce (22,9%) tuvieron efectos adversos a los antiepilépticos.

En treinta y dos (66.6%) niños hubo una buena evolución y en dieciseis (33.3%) fue mala. Según la evolución el grupo se dividió en: 17 pacientes con epilepsia rolándica, todos con buena evolución, 14 niños con epilepsia resistente, todos con mala evolución y un grupo de 17 enfermos, no rolándicos y no resistentes, de los cuales hubo 15 con evolución buena y en 2, ella fue mala.

Discusión

Las epilepsias del sueño se pueden presentar en diferentes tipos de epilepsias con pronóstico variable.

Conclusión

La mayoría de los niños presenta epilepsias parciales y EEG específico. Las comorbilidades son frecuentes. La evolución de la epilepsia parece depender más del tipo de epilepsia que de la modalidad circadiana de las crisis.

FARMACOS ANTIEPILEPTICOS E HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO

Claudia Amarales, Loreto Llanos*, Karin Brinckman**, E.U. Mariela Breskovic***

* Unidad de Neuropsiquiatría infantil

** Policlínico Especialidades Pediátricas Hospital Lautaro Navarro. Punta Arenas.

Introducción

Ha sido descrito que el uso de fármacos antiepilépticos (FAE) puede producir hipotiroidismo subclínico, no siendo considerado en la práctica habitual.

Objetivos

Establecer factores de riesgo de hipotiroidismo subclínico durante uso de FAE.

Material y métodos

Se evalúa riesgo de aparición de hipotiroidismo subclínico en pacientes con uso de antiepilépticos. Se recolecta información de 50 pacientes de nuestro servicio, analizando edad; sexo; número, tipo y tiempo de uso de antiepilépticos; tipo de epilepsia; patología asociada; uso de otros fármacos y exámenes realizados para estudio de función tiroidea y tratamiento con tiroxina.

Resultados

71,4 % de los pacientes (n=40) no tenía estudio para función tiroidea. De los pacientes con estudio de función tiroidea, 52,9% (n=9) tenían THS elevada. Se encontraban en tratamiento con tiroxina el 66% (n=6). Sólo 1 paciente presentaba síntomas clínicos de hipotiroidismo.

Discusión

El hipotiroidismo es un trastorno endocrino que puede provocar secuelas permanentes en un cerebro en desarrollo. El seguimiento de hormonas tiroideas en edad pediátrica es fundamental para la prevención de secuelas irreversibles.

Conclusiones

El estudio de la función tiroidea no se realiza en forma regular para seguimiento de pacientes con fármacos antiepilépticos.

Considerando que el estudio de función tiroidea es un examen accesible económicamente al sistema público, debería realizarse en forma rutinaria como seguimiento en pacientes con uso de FAE.

LEVETIRACETAM EN NIÑOS CON EPILEPSIA RESISTENTE

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

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

Introducción

Los nuevos antiepilépticos representan un recurso terapéutico importante en las epilepsias resistentes.

Objetivos

Evaluar la eficacia y los efectos adversos de levetiracetam (LEV) en niños con epilepsia resistente.

Material y Método

Se revisaron las fichas clínicas de 17 niños tratados con LEV obtenidas del banco de datos del Centro. Los pacientes fueron seguidos por 3 años 11 meses en promedio (3 meses-10 años 5 meses). Todos los pacientes eran resistentes a otros antiepilépticos y presentaban como promedio 215 crisis al mes (4-780 mes). Dieciseis (94%) pacientes presentaron comorbilidad neurológica, de los cuales once (64,5%) tenían retardo mental de diversos grados. Todos tenían calendario de crisis.

Resultados

Se observó disminución de crisis en 12 niños (70,6%) y no hubo cambios en el número de crisis en 5 pacientes (29,4%). En 1 enfermo (6%) hubo una reducción de crisis del 100%. En 6 (35,2%), la disminución de crisis fue de 51 a 99% y en 5 (29,4%), las crisis disminuyeron del 1 al 50%. El promedio total de reducción de crisis fue de 43% (0-100%). El tiempo promedio en reducir las crisis fue de 2,3 meses (1-7 meses).

Se presentaron efectos adversos en 5 pacientes (29,5%); uno de ellos presentó irritabilidad e insomnio y 4 presentaron somnolencia. Uno de ellos presentó además de somnolencia, anorexia y fue el único paciente que requirió la suspensión del medicamento por efecto adverso.

Discusión

El LEV podría ser una buena alternativa en pacientes con epilepsias resistentes, aunque la muestra es muy pequeña.

Conclusión

El LEV resultó ser beneficioso para este grupo de pacientes, puesto que en 7 de 17 niños la frecuencia de crisis disminuyó entre 51 a 100%. Cinco niños presentaron efectos adversos principalmente rela-

cionados con el ciclo sueño-vigilia.

IMPLEMENTACION DE POLICLINICO DE EPILEPSIA REFRACTARIA PARA EL DESARROLLO DE LA CIRUGIA DE LA EPILEPSIA EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, DE VALPARAISO.

Andrade L., Salazar C., Rivera E., Araya L., Cuadra L., Orellana A., Novoa F., Quinteros F., Leppe O., Colombo M., Villanueva X., Arias C., Muñoz M. Policlínico de Epilepsia Refractaria, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.*

**Instituto Neurocirugía Asenjo, Santiago.*

Introducción

La epilepsia refractaria a tratamiento médico alcanza al 25 % de los pacientes epilépticos, determinando una pobre calidad de vida y requiriendo manejo en centros especializados. El hospital Carlos Van Buren cuenta con recursos materiales y humanos para desarrollar cirugía de epilepsia.

Objetivos

Nuestro objetivo fue evaluar los resultados de su implementación.

Material y Métodos

Se define epilepsia refractaria toda persona con fracaso a dos ensayos terapéuticos de antiepilépticos, ingresados entre julio-diciembre 2007. Se registran antecedentes biodemográficos, convulsiones febriles (CF), patología perinatal, genético-metabólica, infección del sistema nervioso central. Tiempo de evolución epilepsia. Se realiza video monitoreo EEG en Instituto Neurocirugía Asenjo (INCA). Clasificación electro-clínica se relaciona a neuroimágenes y PET.

Resultados

De 15 pacientes, hubo 13 mujeres, edad promedio 9 años y una evolución de cinco años. Antecedente CF en 7, DNET 2, infecciones del SNC 2, encefalopatía hipóxica perinatal 2, esclerosis tuberosa 1. Siete epilepsias de lóbulo temporal tuvieron congruencia EEG-Resonancia, un paciente operado en INCA libre de crisis. Epilepsias extratemporales tuvieron RMN normal con PET hipometabólico en relación al foco eléctrico.

Conclusiones

Este estudio muestra que es posible desarrollar un nivel terciario médico-quirúrgico en nuestro hospital.

Es necesario difundir las indicaciones de cirugía de epilepsia para ofrecer sus beneficios oportunamente especialmente en la epilepsia del lóbulo temporal.

TRATAMIENTO DE NIÑOS CON EPILEPSIA RESISTENTE I.

Marcelo Devilat, Verónica Gómez, Verónica Burón, Ximena Carrasco.

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

Introducción

Las epilepsias resistentes (ER) representan un desafío al neuropediatra y afectan la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos

Describir las características clínicas de 52 niños con ER, evaluarlos según Escala de Severidad y comunicar el resultado del tratamiento.

Material y Métodos

Cincuenta y dos niños (29 hombres y 23 mujeres) que estaban en control activo al 1 de diciembre de 2006 entraron sucesiva y prospectivamente a un protocolo informativo de ER hasta el 30 de Marzo de 2008. Todos tenían calendario de crisis, se controlaban al menos cada dos meses y tenían investigación etiológica. El tiempo mínimo de control fue de 6 meses. Se definió como Resistencia a la presentación de al menos 4 crisis epilépticas al mes en los últimos 6 meses y tratadas con 2 o más antiepilépticos (AE) con nivel terapéutico o tóxico. El promedio de crisis mensuales en 47 niños fue de 208 (4 a 900), 5 enfermos tenían incontables crisis mensuales. Los pacientes fueron tratados con antiepilépticos (AE), cirugía y dieta cetógena. La respuesta al tratamiento se clasificó porcentualmente según disminución de crisis en mala, < de 50; aceptable, del 51 al 70; buena, del 71 al 99 y excelente con 100%.

Resultados

La edad de inicio de la epilepsia fue de 2.67 años (1 mes a 15 años). El tiempo con epilepsia fue de 6.32 años (1 año a 14 años). El tiempo de observación del grupo total fue de 3.65 años (6 meses a 8 años). El tiempo de observación de los que respondieron favorablemente fue de 3.39 años de seguimiento post evento (6 meses a 8 años).

Hubo 44 (84,6%) epilepsias sintomáticas y 8 (15,4%)

criptogénicas. Veintiocho (53.8%) pacientes tenían epilepsias parciales, 20 (38.5%) epilepsias generalizadas, cuatro (7.7%) epilepsias mixtas. Todos los niños, menos 1, tenían EEG específicos. De acuerdo a la escala de severidad de Shinnar 47 niños tenían una puntuación entre 8 y 10.

La respuesta al tratamiento fue mala en 16 (30.7%), aceptable en 2 (3.8%), buena en 18 (34.7%) y excelente en 16 (30.8%).

Discusión

Aunque el número de pacientes es pequeño, se puede postular a que algunos niños con ER sometidos a un multi-tratamiento programado tienen posibilidades salir de la resistencia.

Conclusión

Estos pacientes presentaron epilepsias de larga evolución iniciadas precozmente, sintomáticas y muy severas. Un tercio tiene excelente respuesta, otro tercio la tiene buena y un tercer tercio tiene mala respuesta.

HEMIHIPSARRITMIA COMO MANIFESTACION DE UN TRASTORNO DEL DESARROLLO CORTICAL CEREBRAL.

Alvaro Velásquez⁽¹⁾, M. Leonor Avendaño⁽¹⁾⁽²⁾, Marisol Avendaño⁽¹⁾, Joanna Bórax⁽¹⁾, Sylvia Schnitzler⁽¹⁾

1. Unidad de Neuropediatría. Hospital de Carabineros.

2. Electrofisiología Hospital de Carabineros. Santiago, Chile.

Introducción

Los trastornos del desarrollo cortical se relacionan con retraso psicomotor, compromiso piramidal, epilepsia, las alteraciones eléctricas, si bien pueden sugerir un trastorno de la sustancia gris no son específicas. La hemihipsarritmia ha sido incluida en el grupo denominado "variantes de hipsarritmia" y clásicamente se ha relacionado con hemimegalencefalías.

Objetivo

Presentar un paciente quien debutó con espasmos infantiles y cuyo electroencefalograma evidencia hemihipsarritmia.

Material y Métodos

Paciente sin antecedentes a los 3 meses evidencia retraso psicomotor global. Inicia pestañeo ojo izquierdo. Luego episodio tónico de hemicuerpo

izquierdo con versión cefálica y ocular conjugada a derecha sueño postictal que se repetían durante el día. Fue visto en Iquique y se indica ácido valproico y exámenes.

RNM evidencia polimicrogiria focal y agenesia de cuerpo caloso. Se traslada a Hospital de Carabineros e inicia episodios de espasmos en flexión. Se realiza tratamiento con ACTH sin modificaciones clínicas ni eléctricas y se agrega vigabatrina (actualmente con 140 mg/kg/día) y topiramato 30 mg cada 12 horas (9,6 mg/kg/día) con buen control de crisis.

Conclusiones

La hemihipsarritmia corresponde a una variante de la hipsarritmia clásica y si bien se correlaciona, según la literatura, mayormente con hemimegalencefalía en nuestro caso fue el resultado de un trastorno del desarrollo cortical del tipo polimicrogiria focal la que se presentó clínicamente como síndrome de West de difícil manejo lo que incluso la ha llevado a ser evaluado para opción quirúrgica.

EXPERIENCIA DE LA IMPLEMENTACION DE EEG DIGITAL EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA AÑO 2007

Carolina Alvarez, Verónica Burón, Daniela Triviño, Bolívar Valenzuela.

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

Introducción

Desde el año 2007 comienza en forma sistemática la realización de EEG digital en nuestro hospital. Conocer las características de los estudios realizados es fundamental para mejorar el registro y establecer protocolos de investigación.

Objetivos

Conocer las características de los estudios EEG realizados el año 2007 y su correlato electrodiagnóstico.

Material y Método

Estudio retrospectivo descriptivo. La muestra consistió en todos los informes electroencefalográficos de enero a diciembre año 2007. Todos los estudios contaban con video. Se analizó la población de acuerdo a edad y diagnóstico. Se clasificaron los informes EEG según procedencia (ambulatorio,

hospitalizado, UTI) y al resultado del informe (EEG normal y anormal). EEG anormales fueron divididos en anormalidad inespecífica (actividad de base leve, moderada, severa, focal) o anormalidad específica (epiléptica generalizada, focal, multifocal).

Resultados

Se realizaron 1.329 EEG, 51 de pacientes entre 0-1 mes, 320 entre 2 meses- 2 años, 194 entre 3-5 años, 557 mayor o igual a 6 años. 84% eran ambulatorios, 10% hospitalizados y 6% UTI. Del total de registros, 63% normales, el 24% presentó anormalidad epiléptica y un 24% anormalidad de la actividad de base. El 50 % fue referido para el diagnóstico diferencial de epilepsia, de éstos el 27% tenían EEG específico. De 442 con diagnóstico de epilepsia el 40% presentó anormalidad específica. El 94% de los 110 EEG por cefalea y el 97% de los 32 EEG por SDA fueron normales. 13% de los 118 EEG por convulsión febril tenían anormalidades epilépticas. Solo el 2,5% de los 79 estudios por trastornos paroxísticos no epilépticos registraron alteraciones específicas. 40% de los EEG realizados por RDSM fueron anormales.

Discusión y conclusión

De 1.329 EEG realizados, 37% resultaron anormales, 24% con alteraciones epilépticas. Destaca la alta sensibilidad del EEG en los pacientes con diagnóstico epilepsia y se confirma el alto porcentaje de normalidad en pacientes con SDA y cefalea. Llama la atención que un 13% de los EEG por convulsión febril tenían alteraciones específicas.

El electroencefalograma digital es una herramienta fundamental de apoyo diagnóstico en neurología. Este trabajo nos permite proyectar estudios futuros.

CIRUGIA DE LA EPILEPSIA EN NIÑOS. HEMISFERECTOMIA.

Manuel Loncomil, Jovanka Pavlov, Lilian Cuadra, Arturo Zuleta, Sergio Valenzuela, Juan Marengo. Instituto de Neurocirugía Asenjo. Santiago. Chile.

Introducción

La epilepsia es una patología prevalente, asociada a morbimortalidad. Un alto porcentaje responde al tratamiento farmacológico, pero aproximadamente un 20 % son refractarias. De este grupo, de acuerdo a una completa y correcta evaluación prequirúrgica, sólo un 1/3 será candidato a cirugía. La hemisferectomía es una alternativa quirúrgica para ciertas condiciones patológicas.

Objetivos

Conocer las características de los niños con Epilepsia Refractaria operados con hemisferectomía: etiología, evaluación prequirúrgica, criterios para cirugía y técnicas quirúrgicas, en particular la Hemisferectomía: tipos, indicaciones y complicaciones asociadas.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de la casuística de esta Cirugía en el INCA, desde 1992 a Diciembre 2007. Se describe estudio prequirúrgico, criterios para cirugía, etiología, técnicas quirúrgicas y tipos de hemisferectomía. Se comparan resultados internacionales con los obtenidos a nivel local.

Resultados

Total operados: 28 (H: 18, M: 10).
Rango etario: 2a 2m-21 años. Promedio: 8 años (H: 7a, M: 9a).
Etiología: Malformación Desarrollo Cortical: 39.5%, Lesión focal no tumoral: 28.5%, otras.
Complicaciones: Infecciosas: 32% (ventriculitis, neumonía, sepsis, ITU).
Mortalidad: 0 (Internacional: 4-6%).
Seguimiento: Promedio: 33 meses.
Resultado Control Crisis (Engel): Ia: 85%.

Conclusiones

1. Hemisferectomía ofrece una excelente alternativa a la Epilepsia Refractaria
2. Una Adecuada y PRONTA evaluación quirúrgica, ayuda a mejorar las crisis epilépticas, pudiendo prevenir el deterioro psicosocial, físico, cognitivo y económico asociados.
3. Mortalidad operatoria nacional: 0.
4. Control de crisis postoperatorio: 85%
5. La tasa de Mortalidad en pacientes epilépticos que controlan sus crisis, es similar al de la población general.

IX JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA

12 y 13 de Junio de 2009

En conmemoración de la fundación de la *Liga Internacional contra la Epilepsia*, Budapest, 29 de Agosto de 1909, y de la fundación de la *Sociedad de Epileptología de Chile, Capítulo Chileno de la Liga Internacional contra la Epilepsia*, Santiago, 13 de Marzo de 1999.

Tema Oficial:

“Las Epilepsias: Un desafío bio-psico-social”.

Presidente:

Dr. Marcelo Devilat.

Invitados:

Prof. Dr. Alexis Arzimanoglou, Francia

Prof. Dr. Alberto Lazarowski, Argentina