



XIV JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA

*“Fronteras: demarcando la epilepsia
y su manejo”*

6 Y 7 DE JUNIO 2014

**HOTEL NERUDA, Pedro de Valdivia 164
Providencia – Santiago**

PROGRAMA Y LIBRO DE RESÚMENES DE POSTERS

**SOCIEDAD DE EPILEPTOLOGIA DE CHILE
Capitulo Chileno de la Liga internacional contra la Epilepsia**



XIV JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA

***“FRONTERAS: DEMARCANDO LA EPILEPSIA
Y SU MANEJO”***

6 Y 7 DE JUNIO 2014

***Adhesión a la Campaña de ILAE-IBE-OMS:
“Conduciendo la Epilepsia fuera de las Sombras”***

Organiza

***Sociedad de Epileptología de Chile
Capítulo Chileno de la Liga Internacional contra la
Epilepsia***

Sede de las Jornadas: Hotel Neruda, Pedro de
Valdivia 164, Santiago

Sede de la Sociedad: Providencia 2315 of. 215

Lunes-Miércoles-Viernes de 18.30 a 20.30

Fono-Fax: 22310172

www.epilepsiadechile.cl

socepchi@tie.cl, socepchi@gmail.com



XIV JORNADAS INVERNALES DE LA SOCIEDAD DE EPILEPTOLOGÍA DE CHILE

Resulta imposible quedarse indiferente ante los enormes cambios y progresos que ha vivido el estudio y manejo de las epilepsias durante las últimas décadas. En la era del diagnóstico genético específico y el estudio imagenológico funcional, nuestra forma de enfrentar a cada paciente ya no es lo que solía ser hace veinte, diez o incluso cinco años atrás. Las definiciones clásicas de las crisis epilépticas y síndrome epilépticos están sometidas a constante revisión; esto nos obliga a mantener una actualización constante, que nos permita realizar una evaluación clínica acuciosa de nuestros pacientes con diagnóstico de epilepsia.

Sin embargo, aun en nuestra época actual, llegar a ese diagnóstico en forma definitiva no está exento de una importante cantidad de dificultades. Las crisis epilépticas, en su calidad de fenómeno paroxístico, siguen presentando las mismas similitudes con otros trastornos no-epilépticos, que en muchas ocasiones nos significan un tremendo dolor de cabeza a la hora de actuar. Y es que la clínica sigue siendo un elemento fundamental para la sospecha diagnóstica. Sin embargo, la caracterización de cada evento reviste múltiples factores involucrados: subjetividad de los síntomas, presencia de observadores, percepción del médico, entre otros. Por ello, no es infrecuente que nos surjan dudas en cuanto a la naturaleza del problema. Las epilepsias tienen variados diagnósticos diferenciales que pueden llevarnos a confusión, y eso no ha cambiado con el paso de las décadas. Probablemente no varíe demasiado en las que se avecinan.

Es por eso que hemos querido dedicar esta edición de las Jornadas Invernales a repasar las distintas aristas implicadas cada vez que evaluamos un paciente que ha sufrido una o varias crisis, de las cuales ignoramos inicialmente el origen. Nuestra intención es realizar un viaje a través de las diversas condiciones que pueden asemejar una epilepsia, incluyendo fenómenos normales, patologías neurológicas no-epilépticas (disquinesias, migraña, fenómenos metabólicos, etc) y otras no neurológicas (cardiológicas, psiquiátricas, entre ellas). Por si fuera poco, existe un problema añadido: la epilepsia suele convivir con muchas de estas patologías, y en ocasiones con una frecuencia bastante elevada. Para lograr separar las aguas entre las epilepsias y esta amplia gama de “eventos imitadores”, es indispensable tener un conocimiento acabado de la clínica de cada uno de ellos. Es decir, no basta solamente con saber acerca de neurología o de epilepsia: debe complementarse con una mirada integral del paciente, como un todo.

Es en este contexto donde surge la necesidad de manejar las distintas alternativas de estudio, que nos pueden ayudar a hacer la diferencia. El electroencefalograma sigue siendo la base, con variantes modernas que nos han facilitado la tarea, como los monitoreos continuos o el Holter. Asimismo, la neuroimagen funcional (incluyendo PET Scan, SPECT y resonancia funcional) y el estudio genético-metabólico de última generación (representado en forma emblemática por el *microarray genómico*) nos permiten avanzar en casos que anteriormente no hubieran podido tener un diagnóstico. Del mismo modo, realizar una derivación oportuna a otros especialistas también forma parte de la sapiencia que debemos perseguir como profesionales de la salud, reconociendo las limitaciones que podemos presentar y la importancia de trabajar en equipo por el bien de nuestros pacientes. Parte de nuestro objetivo en estas jornadas es éste: reconocer cuándo debemos buscar opiniones complementarias.

Por último, otra área igualmente relevante, y que ha experimentado enormes avances, es el tratamiento. En esta versión queremos revisar las directrices actualizadas en el manejo de las epilepsias, obviamente enfocándonos en aquellas que presentan dificultades diagnósticas. En toda práctica clínica, la importancia esencial de llegar a un diagnóstico es iniciar prontamente el manejo adecuado para dicha condición, por lo que resulta de primera importancia tener una visión actual de las nuevas terapias, tanto farmacológicas como no medicamentosas.

Esperamos que estas Jornadas Invernales 2014 se conviertan en una instancia en la que todos podamos aprender y compartir tanto experiencias como evidencias, a fin de poder enfrentar de manera apropiada este enorme desafío que representa cada uno de los pacientes que acuden a la atención de salud por la sospecha de epilepsia. Lo que venga de ahí en adelante, es parte de una historia que deberá ser construida por todos y cada uno de nosotros.

Dr. Juan Luis Moya y Dr. Cayetano Napolitano, Presidentes XIV Jornadas

PROGRAMA

Viernes 06 de Junio 2014

- 08.00-08.30** Discurso de Apertura.
Dr. Cayetano Napolitano y Dr. Juan Luis Moya, Presidentes de las XIV Jornadas.
- 08.30-09.00** Epilepsia y no epilepsia. ¿Dónde está el límite clínico?
Dr. Enzo Rivera.
- 09.00-09.30** Alteraciones paroxísticas del EEG, ¿cuáles son “epileptiformes” y cuáles no?
Dra. Ledda Aguilera.
- 09.30-10.00** Fenómenos amnésicos y epilepsias con alteraciones de la memoria.
Dr. Darío Ramírez.
- 10.00-10.30** Pausa-café
- 10.30-11.00** Diskinesias y crisis epilépticas: las claves para su diferenciación y manejo.
Dra. Mónica Troncoso.
- 11.00-11.30** Convulsiones febriles y convulsiones febriles en epilepsia.
Dr. Marcelo Devilat.
- 11.30-12.00** Mesa redonda
- 12.00-13.00** La migraepilepsia en adultos y niños. ¿Antiepilépticos o antimigrañosos?
Discusión. Dra. Carolina Álvarez, Dr. Nelson Barrientos, Dr. Cayetano Napolitano.
- 13.00-14.00** **SIMPOSIO ABBOTT – ALMUERZO**
- 14.00-14.30** Eventos críticos en el neonato.
Dra. Cynthia Margarit.
- 14.30-15.00** Trastornos paroxísticos no epilépticos del lactante. ¿Cuándo pensar mal?
Dr. Juan Luis Moya.
- 15.00-16.30** Presentación de Posters.
Premiación a los mejores trabajos.
- 16.30-17.00** Crisis epiléptica única. ¿Cuándo se trata como “epilepsia”?
Dra. Scarlet Witting.
- 17.00-17.30** Crisis sintomáticas agudas: directrices de manejo.
Dra. Andrea Aguirre.
- 17.30-18.00** Mesa redonda
- 18.00-18.30** Pausa-Café
- 18.30-19.30** **SIMPOSIO AXON PHARMA**

Sábado 07 de Junio 2014

- 09.00-09.30** Trastornos del sueño y epilepsias nocturnas. ¿Cómo hacer la diferencia?
Dra. Perla David.
- 09.30-10.00** Pérdida breve de conciencia. Lo cardiológico y lo epiléptico. El tratamiento.
Dr. Pedro Jiménez.
- 10.00-10.30** Crisis de pánico y epilepsias con crisis autonómico-afectivas y auras afectivas.
Dr. Fernando Ivanovic-Zulic.
- 10.30-11.00** Pausa-café
- 11.00-12.00** **DISCUSIÓN DE ACTUALIDAD**
Cannabinoides y epilepsia. ¿Antiepilépticos o epileptógenos?
¿Cuál es la información disponible?
Dra. Carla Manterola, Dra. Carolina Gallegos.
- 12.00-12.45** **DISCUSIÓN DE ACTUALIDAD**
Impacto de la Ley N°20.584 en la investigación en epilepsia.
Sr. Juan Pablo Urbina, abogado. Dr. Juan Luis Moya, Dr. Cayetano Napolitano.
- 12.45 – 13.00** Clausura: Dres. Juan Luis Moya y Cayetano Napolitano, Presidentes XIV Jornadas.
Aspectos más relevantes de las Jornadas 2014.
Adelanto XV Jornadas Invernales de Epilepsia (05 y 06 de junio 2015).

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

Patrocinan:

- Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN)
- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA)
- Sociedad Chilena de Neurofisiología Clínica
- Universidad de Chile
- Liga Chilena contra la Epilepsia

Comité organizador XIV Jornadas :

- Dr. Juan Luis Moya Vilches
- Dr. Cayetano Napolitano Norero
- Dra. Carla Manterola Mordojevich
- Dr. Marcelo Devilat Barros
- Dra. Perla David Gálvez
- Dr. Darío Ramírez Carvajal

Directorio de la Sociedad de Epileptología de Chile.

Presidente: Dr. Cayetano Napolitano Norero

Vicepresidente: Dra. Daniela Triviño Urzúa

Secretario General: Dra. Carolina Gallegos Coronado

Tesorero: Dr. Juan Luis Moya Vilches

Directores: Dr. Marcelo Devilat Barros, Dra. Perla David Gálvez

Past President: Dr. Darío Ramírez Carvajal

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

Auspiciadores:

- *Recalcine*
- *Saval*
- *Axon Pharma*
- *Abbott Laboratories*
- *Andrómaco*

Colaboración:

Médicos socios:	\$ 20.000
Médicos No Socios:	\$ 25.000
Otros profesionales:	\$ 16.000
Becados y técnicos:	\$ 7.000

XV JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA
Santiago de Chile, 5 y 6 de junio de 2015

“Tratamiento moderno de las Epilepsias”



RESÚMENES DE TRABAJOS

TÍTULOS DE TRABAJOS LIBRES

1. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA EN NIÑOS CON EPILEPSIA FRONTAL (ELF)
2. EPILEPSIA ASOCIADA A ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO: ESTUDIO Y EVOLUCIÓN EN 68 PACIENTES
3. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO EPILÉPTICO NO FEBRIL TRATADO EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS
4. EPILEPSIA: IMPACTO DEL DESARROLLO DE HABILIDADES PSICOLINGÜÍSTICAS (HPS) EN LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
5. CARACTERIZACIÓN DE CRISIS FEBRILES EN POLICLÍNICO DE NEUROLOGÍA, 2009-2013
6. EVOLUCIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA Y CLÍNICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE WEST
7. EPILEPSIA Y QUEMADURAS: REVISIÓN DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES QUEMADOS, 2012-2014
8. CARACTERIZACIÓN DE LA CRISIS FEBRIL EN SEGUNDO DÍA DE FIEBRE
9. CRISIS FEBRILES Y FACTORES PRONÓSTICOS DE EPILEPSIA
10. CARACTERÍSTICAS ELECTROENCEFALOGRÁFICAS EN NIÑOS CON EPILEPSIA Y ESPECTRO GEFS+
11. CARACTERIZACIÓN DE UN GRUPO DE PACIENTES CON CONVULSIONES FEBRILES
12. HIPEREXCITABILIDAD CORTICAL ASOCIADA A HIPERTIROIDISMO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
13. EPILEPSIA CON RETARDO MENTAL LIMITADO A MUJERES (ERMM) ASOCIADO A MUTACIONES DE PCDH19: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS
14. CORRELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN DE LA PRIMERA CONSULTA POR EPILEPSIA Y LA CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO: RESULTADOS PRELIMINARES
15. VÓMITOS CÍCLICOS EN LA INFANCIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO
16. HIPERSENSIBILIDAD A CARBAMAZEPINA: SÍNDROME DE DRESS (DRUG REACTION WITH EOSINOPHILIA AND SYSTEMIC SYMPTOMS), A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
17. CONVULSIONES NEONATALES EN UNIDAD QUIRÚRGICA NEONATAL Y CARDIOVASCULAR, HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA, PERÍODO 2013-2014
18. CUANTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON EPILEPSIA

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA EN NIÑOS CON EPILEPSIA FRONTAL (ELF)

Dra. Verónica Sáez, Dra. Scarlet Witting, Ps. Macarena Vásquez.
Servicio Neurología Infantil, Hospital San Borja Arriarán.

Introducción:

ELF, 20- 30% de epilepsias parciales. El lóbulo frontal es fundamental en funcionamiento cognitivo y conducta, por esto, focos epileptógenos en este, interfieren con sus funciones.

Objetivo:

Caracterizar clínicamente pacientes con ELF y perfil neurocognitivo.

Método:

Veintidós pacientes, edad 6 a 17 años. Datos: inicio, tiempo de evolución ELF, características-frecuencia crisis, fármacos y exámenes. Se aplicaron test para medición de capacidad intelectual y batería de evaluación neuropsicológica, relacionando los datos entre sí.

Resultados:

Veintidós pacientes, Inicio crisis 6,6 años, parciales 9/22, generalizadas 7/22, ambos tipos 5/22, sin crisis 1/22. Frecuencia crisis: diaria 2, 1 semanal 1, 1 mes 4, <1 mes 4, < una cada 6 meses 3, < una anual 7. Al tratar: 14 persisten crisis, evolución refractaria 3. FAE utilizados: monoterapia 12/22, dos o más FAE 10/22. Persistencia EEG alterado 8/22. Pruebas neuropsicológicas, edad evaluación 8-17 años. Coeficiente Intelectual Total (CIT): 8/22 discapacidad intelectual (DI), 2 moderada, 6 leve, 8/22 limítrofe, 6/22 normal. Relación frecuencia de crisis/CIT: diarias/72, semanales/78, mensuales/67, < 1 mes/ 66, < 1 semestral/ 65, < 1 año/ 83, sin crisis/ 67. Rendimiento bajo el promedio ($\leq -1,5$ DS) en: Memoria inmediata y función visuoperceptiva, 6/22. Aprendizaje y memoria corto y largo plazo, 18/22. Atención: sostenida 8/20, selectiva 12/20. Fluidez verbal: Área Fonémica 8/21, Semántica 6/21. Memoria trabajo y velocidad procesamiento, 13/22. Memoria inmediata, 13/22. Razonamiento lógico-verbal y pensamiento abstracto, 10/20. Dividimos estos últimos 3 test por frecuencia de crisis: más de una mensual versus menos de una mensual, con diferencias de - 2 DS v/s -1.7 DS, -2DS v/s -1.2 DS y -2DS v/s -1.38 DS respectivamente.

Conclusión:

Clínica y características de pacientes con ELF similares a publicaciones previas, presentan rendimiento global disminuido, sin relación con actividad epileptógena actual, pero frecuencia de convulsiones, muestra mayor alteración en funciones de atención y ejecutivas, memoria inmediata a corto y largo plazo, razonamiento, aprendizaje, abstracción, por ello la importancia de intervenciones para prevenir mayores alteraciones en el cerebro en desarrollo.

EPILEPSIA ASOCIADA A ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO: ESTUDIO Y EVOLUCIÓN EN 68 PACIENTES

Dra. Scarlet Witting (1), Dra. Karla Henríquez (1), Dra. Mónica Troncoso (1), Dra. Paola Santander (1), Dra. Ledía Troncoso (1), Dr. Andrés Barrios (1), Dra. Carla Rojas (1), Dra. Francisca López (1).

(1) Neurólogos Infantiles. Servicio Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad Medicina Campus Centro Universidad de Chile.

Introducción:

Las convulsiones son un síntoma común en un gran número de enfermedades metabólicas. Se producen como eventos ocasionales secundarios a descompensación metabólica o como una condición epiléptica establecida.

La epilepsia en estos trastornos se puede clasificar dependiendo de la fisiopatología, edad de inicio y del tipo de crisis.

Objetivos:

Determinar las principales enfermedades metabólicas que se asocian a crisis epilépticas, edad de inicio, formas de presentación y respuesta a tratamiento.

Materiales y Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de 130 pacientes con enfermedades metabólicas atendidos en nuestro Servicio. Revisión de antecedentes clínicos.

Resultados:

Se evaluaron 23 enfermedades metabólicas, con un total de 130 pacientes, de los cuales 68 (52%) presentaron crisis epilépticas. Las crisis se presentaron entre las primeras horas de vida y los 10 años de edad (promedio 60 meses). Predominaron las crisis focales en un 74%, seguidas de las generalizadas en un 26%. Se presentó epilepsia en un 100% de los pacientes con: hiperglicemia no cetósica, gangliosidosis, lipofuscinosis, peroxisomales de inicio neonatal, déficit de sulfito oxidasa, MELAS, MERRF, Déficit de GLUT 1. Los fármacos más utilizados fueron el fenobarbital, seguido por la carbamazepina, y posteriormente ácido valproico. Evolucionaron con refractariedad farmacológica un 22% de los pacientes.

Conclusión:

En nuestra serie, las principales enfermedades metabólicas que se asocian a crisis epilépticas son las descritas y más de la mitad (52%) se asociaron a crisis epilépticas. Predominó el síndrome epiléptico focal con generalización secundaria y son refractarias en un 22%.

Comentario: La identificación de una epilepsia secundaria a una enfermedad metabólica es de gran importancia debido a la posibilidad de establecer el tratamiento en forma precoz y oportuna.

CARACTERIZACIÓN DE ESTADO EPILÉPTICO NO FEBRIL TRATADO EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTÉS

Andrés Lozano, Marisol Avendaño, Douglas Maldonado, Carolina Muñoz, Jonathan Troncoso.
Hospital Exequiel González Cortés.

Introducción:

El Estado Epiléptico (EE) es una entidad grave. Se requiere la caracterización del EE en nuestra Unidad de Emergencia (UE) para mejorar las intervenciones actuales y sentar bases de futuras investigaciones.

Objetivo:

Definir características epidemiológicas de pacientes que presentan EE no febril, en la UE del Hospital Exequiel González Cortés.

Material y Método:

En el año 2013 hubo 103.854 consultas en la UE, se revisaron 69.865 datos de consulta por patología no traumática/quirúrgica, realizadas por médicos pediatras de turno, entre 1 de Enero y 31 de Diciembre del 2013. Sólo se incluyeron los EE que fueron presenciados y tratados en la UE. Estudio descriptivo, retrospectivo. En la revisión de datos, independiente del diagnóstico pediátrico, se usó criterio diagnóstico operacional de EE (Lowenstein, 1999): Crisis mayor de 5 minutos en mayores de 5 años y crisis mayor de 15 minutos en menores de 5 años; y Clasificación Etiológica de EE de Hauser (Modificada).

Resultados:

Se detectaron 22 EE. Rango etáreo: 10 meses a 10 años de edad. Relación Hombre:Mujer de 1,2:1. Sólo en 3 datos se diagnosticó EE por parte del pediatra. Antecedente de Epilepsia en 18/22, 3/18 corresponden a niños con Epilepsia Refractaria. 9 pacientes tenían diagnóstico neurológico asociado. EE convulsivo generalizado en 72%, no convulsivo 22,7%. Clasificación Etiológica de Hauser: EE idiopático 31,8%, sintomático agudo 27,2%, sintomático remoto 22,7%, progresivo 9% y criptogénico 9% de los pacientes. Respuesta a tratamiento: 50% requirió de un fármaco y el 50% de dos o más fármacos para control clínico de EE. No hubo fallecidos.

Conclusiones:

Siendo éste un estudio basado exclusivamente en la atención en la UE, no dista de resultados encontrados por otros equipos en estudios de seguimiento. La mayoría de los pacientes tenían diagnóstico de epilepsia previo. Llama la atención la baja proporción de pacientes con Epilepsia Refractaria. El diagnóstico de EE operacional no es de uso habitual en la UE.

EPILEPSIA: IMPACTO DEL DESARROLLO DE HABILIDADES PSICOLINGÜÍSTICAS (HPS) EN LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Ana María Torres, Myriam Lizana, Marisol Avendaño, Maritza Carvajal.
Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés.

Introducción:

La evaluación de terapia fonoaudiológica (TF) en pacientes con epilepsia y patología de lenguaje es subjetiva, remitiéndose generalmente a evaluación por áreas.

Pacientes con epilepsia tienen mayor incidencia/prevalencia de dificultades cognitivas, de lenguaje, aprendizaje, atención y trastornos psiquiátricos (3).

La evaluación neuropsicológica se sugiere para predecir tempranamente alteraciones de aprendizaje o cognitivas en niños (1).

Se objetivan resultados de la TF basada en lineamientos psicolingüísticos, con instrumentos validados, de evaluación neuropsicológica.

Objetivos:

Describir, mediante caso clínico, características de evaluación y reevaluación psicolingüísticas y neuropsicológicas de una paciente portadora de epilepsia ausencia previo y post TF.

Determinar de qué forma la TF refleja sus avances en evaluación psicolingüística y neuropsicológica.

Material y método:

Estudio ciego, exploratorio, descriptivo comparativo. DS, Excel.

Se aplican pruebas (Habilidades Psicolingüísticas de Illinois/ITPA, y Test Wechsler de Inteligencia para Preescolares/WPPSI) a paciente portadora de epilepsia ausencia, libre de crisis, con terapia farmacológica; condición que se mantiene mientras se realiza TF, a los 4 y 5 años (2012-2013), previo y posterior a TF. Terapia estuvo basada en lineamientos remediales propuestos por autor de la prueba ILLINOIS/ITPA, Samuel Kirk.

Resultados:

En HPS, el promedio total de la prueba progresa desde deficiente a en riesgo. Nivel Auditivo Vocal y Semántico evolucionan desde nivel deficiente a nivel riesgo, Nivel Visomotor evoluciona de nivel francamente deficiente a nivel riesgo, Nivel Automático evoluciona desde nivel francamente deficiente a nivel normal.

WPPSI ve mejorado su rendimiento en Área Verbal desde limítrofe a medio bajo. CI Total varía su puntaje de 80 a 87 puntos manteniéndose en rango medio bajo.

Conclusiones:

La evaluación general y el nivel auditivo vocal en particular, en la Evaluación de Habilidades Psicolingüísticas en paciente portadora de epilepsia ausencia, se vieron mejoradas, viéndose reflejadas en la evaluación neuropsicológica en el área verbal y en el CI total.

CARACTERIZACIÓN DE CRISIS FEBRILES EN POLICLÍNICO DE NEUROLOGÍA 2009 – 2013

Marcela Cancino F., Fernanda Cordero M., Magdalena Constenla A., Javier Escobari C.,
Maritza Carvajal G.
Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés.

Introducción:

Las crisis febriles (CF) son el trastorno paroxístico más frecuente en la infancia con una prevalencia de 4-5%. Siguiendo la línea de los estudios previos publicados en nuestro centro, se actualiza la experiencia del policlínico de CF de los últimos 5 años.

Objetivos:

Caracterizar epidemiológicamente los pacientes con CF basándose en la guía de práctica clínica (GPC) del Servicio de Neurología del HEGC.

Metodología:

Estudio retrospectivo, descriptivo. Se crea base de datos a partir de revisión de ficha tipo de policlínico de CF, en Servicio de Neurología del HEGC desde 2009-2013, aplicada por el mismo operador.

Resultados:

Total de pacientes evaluados 459; 259 hombres (56%). Edad promedio de la primera crisis fue 1 año 7 meses. 264 pacientes (58%) presentaron CF recurrente.

89% presentó crisis generalizada, 70% tipo tónico-clónica.

63% se clasificó como CF simple y 37% compleja, de estas últimas 47% cursó con crisis repetidas en el día, 44% tuvo duración mayor a 15 minutos y 29% presentó crisis parcial. Dentro de las CF simples, 52% fue recurrente, en comparación con 68% de las complejas.

En cuanto al momento de presentación de la CF 91% ocurrió dentro del primer día de fiebre, 86% antes de 12 horas, 76% antes de 6 horas, 65% antes de 3 horas y 35% dentro de la primera hora.

Examen físico normal en 97%:

90% con diagnóstico de CF Recurrente o con factor pronóstico de recurrencia. 48% CF con factor pronóstico de epilepsia, 8% CF sin factores de recurrencia y 2% CF en mayor de 5 años.

Conclusiones:

Nuestros datos son armónicos con los estudios publicados previamente en nuestro centro. A diferencia de la literatura, destaca el elevado porcentaje global de recurrencia de CF y la mayor proporción de esta en CF compleja, lo que podría explicarse por el sesgo de derivación a un policlínico especializado. Además la precocidad de la crisis permite enfocar el tratamiento profiláctico al primer día cuando está indicado.

EVOLUCIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA Y CLÍNICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE WEST

Dra. Carolina Muñoz, Dra. Raquel Gaete, Dra. Juan Enrique González, Dra. Maritza Carvajal, Dra. Paulina Mabe.

Servicio Neurología Infantil. Hospital Exequiel González Cortés (HEGC).

Introducción:

El Síndrome de West (SW) es una Encefalopatía Epiléptica del lactante caracterizada por crisis tipo espasmos, patrón EEG hipsarritmia y RDSM. De inicio precoz (4 a 10 meses). Se describen variantes como hipsarritmia modificada (valor pronóstico aún no establecido). No responde a FAE habituales. Dos terapias han demostrado eficacia, ACTH y Vigabatrina. Se describen asociaciones con A.Valproico o Topiramato. El tratamiento debe ser precoz con cese de espasmos e hipsarritmia, favoreciendo pronóstico.

Objetivos:

Caracterizar a los pacientes diagnosticados con SW. Describir evolución electroclínica, según manejo realizado.

Metodología:

Estudio prospectivo, descriptivo, analítico, de pacientes con diagnóstico y manejo de SW según protocolo del HEGC, entre Enero 2009 a Diciembre 2013. Previa aprobación comité ético y científico.

Resultados:

Se obtuvieron 22 pacientes, 54.5% hombres (n:12). Edad promedio al diagnóstico 8 meses (18 días - 1 año 11 meses). 77% antecedente crisis epilépticas (focales motoras), 72% usaba FAE (Fenobarbital o A.Valproico). Etiología sintomática 59% (n:13), criptogénica 36% (n:8) e idiopático 5% (n:1). Patrón EEG: hipsarritmia 77% e hipsarritmia modificada 22%.

Se trataron 82% (n:18) con ACTH y 18% (n:4) con Vigabatrina.

De los pacientes tratados con ACTH, 94% (n:17) tuvo evolución favorable, con cese espasmos e hipsarritmia a los 15 días, cambiando el patrón EEG a desorganización actividad base con actividad epileptiforme multifocal o aislada. Uno fue refractario, que respondió posteriormente a vigabatrina.

De los tratados con Vigabatrina inicialmente, 3 presentaron cese de espasmos a los 15 días y remisión de hipsarritmia al mes. Uno fue refractario (no se indicó ACTH por limitación esfuerzo terapéutico).

2 presentaron recaída, respondiendo a ACTH y a ACTH asociado a vigabatrina y topiramato.

CONCLUSIÓN: Se demuestra respuesta electroclínica favorable a protocolo ACTH en la mayoría de los casos, independiente del patrón de hipsarritmia clásica o modificada. Vigabatrina mostró mejoría clínica previa a remisión de hipsarritmia, a diferencia de la respuesta a ACTH a los 15 días. Fueron refractarios y presentaron recaídas pacientes con etiología sintomática.

EPILEPSIA Y QUEMADURAS: REVISIÓN DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES QUEMADOS, 2012-2014

Claudia Riffo A.¹; Cristian Astudillo²; Evelyn Muñoz²; Mónica Letelier²; Jorge Villegas²; Sebastián Villegas²; Sebastián Ugarte²; Gerardo Riffo³

1. Neuróloga Infantil.

2. Unidad de Pacientes Críticos Quemados Clínica Indisa, Chile

3. Psicólogo Clínico.

Introducción:

Los pacientes con epilepsia pueden sufrir perjuicios, incluidas las quemaduras. Las causas son múltiples, como el tipo de crisis, frecuencia, fármacos utilizados y comorbilidades.

Objetivo:

Identificar los factores asociados a quemaduras en pacientes adultos con epilepsia.

Material y método:

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la unidad de pacientes críticos quemados de la Clínica Indisa entre enero de 2012 a Marzo de 2014 de un total de 120 pacientes. Se realiza una revisión de la historia clínica encontrando 6 personas con epilepsia y quemaduras (5%); 3 hombres y 3 Mujeres, edad promedio 45,8 años (40-76). Los pacientes no presentaban discapacidad cognitivas y a todos se les había indicado FAE; 5 monoterapia y 1 politerapia.

Resultados:

Cinco de 6 pacientes presentaron crisis epilépticas generalizadas al momento de sufrir las quemaduras (83%). Cinco personas sufrieron las heridas en sus domicilios y 1 en su lugar de trabajo. 5/6 (83%) reconocen una adherencia irregular a los FAE, con olvidos frecuentes del suministro de sus dosis, 2 de 6 (33%) consumió alcohol previo a sufrir las quemaduras y un paciente de sexo femenino fallece producto de la gravedad de sus quemaduras. El índice de gravedad promedio de los pacientes fue 116 (Crítico).

Conclusión:

Las quemaduras son un tipo accidente que debe ser advertido a los pacientes con epilepsia. La relación entre quemadura y epilepsia en general se reflejó en lesiones graves. Los médicos debemos enfatizar en el autocuidado y la adherencia a los fármacos para minimizar estos riesgos.

CARACTERIZACIÓN DE LA CRISIS FEBRIL EN SEGUNDO DIA DE FIEBRE

Dra. Claudia Barassi, Dr. Javier Escobari, Dra. Maritza Carvajal.
Servicio de Neurología Infantil, Hospital Exequiel González Cortés (HEGC).

Introducción:

De acuerdo a la experiencia publicada anteriormente en nuestro servicio (Escobari, 2009), destaca la precocidad de la Crisis febril (CF) en relación al inicio de la fiebre, 48% ocurre dentro de la primera hora; 77% en la primeras 6 hrs y 92% dentro del primer día.

Objetivo:

Caracterizar los pacientes que presentaron CF durante el segundo día de fiebre. Determinar la proporción de pacientes que evolucionaron a epilepsia.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de ficha clínica tipo de policlínico de CF entre los años 2012-2014, basada en guía de práctica clínica de CF del servicio de neurología del HEGC, publicada por Escobari, 2004. Trabajo realizado por mismo operador. Se incluyeron pacientes que presentaron CF en segundo día de fiebre. Se complementó información con ficha clínica. Estudio aprobado por comité de ética del hospital.

Resultados: De un total de 197 pacientes atendidos en policlínico de CF entre 2012-2014, 20 pacientes (10%) presentaron CF después del primer día de fiebre. La edad promedio en la primera crisis fue de 17 meses, conformada en un 60% por mujeres (n= 12). Factores de riesgo de epilepsia: crisis complejas 45% (n=9), antecedentes familiares de epilepsia 15% (n=3). No hubo status epiléptico y todos los pacientes tuvieron un examen neurológico normal. Además un 20% (n=4) presentó crisis afebriles durante su evolución posterior. EEG realizado a los pacientes con factor pronóstico de epilepsia, 65% (n= 13), de los cuales un 23% (n=3) presentó actividad epileptiforme.

Conclusión:

De esta muestra destaca la alta proporción de pacientes que presentaron crisis afebriles y evolución a epilepsia, en comparación con la progresión global a epilepsia de CF descrita en la literatura como 2-5%. Este hallazgo plantea un nuevo trabajo clínico para objetivar su valor como factor pronóstico de epilepsia.

CRISIS FEBRILES Y FACTORES PRONÓSTICOS DE EPILEPSIA

Magdalena Constenla*, Marcela Cancino* Fernanda Cordero*, Javier Escobari**, Maritza Carvajal**.

*Residentes de Neurología Infantil USACH, **Neurólogos Infantiles Unidad de Neurología. Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

Introducción:

Las crisis febriles (CF) son un problema común en la práctica clínica neuropediátrica, se estima que 2-5% de los niños presentará al menos una CF. El riesgo general para epilepsia es de 2-5%, los factores pronósticos son antecedente familiar de epilepsia, CF compleja, status febril y examen neurológico alterado.

Objetivos:

Conocer la prevalencia de factores pronósticos de epilepsia, evolución a epilepsia y características generales de este grupo.

Metodología:

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de base de datos del policlínico de CF y cruce de éstos con registro de epilepsia del Servicio de Neurología del HEGC.

Resultados:

En los últimos 5 años se han evaluado 459 pacientes con CF, de los cuales 218 (48%) tienen diagnóstico de CF con factor pronóstico de epilepsia. De éstos 73% presentó sólo 1 factor, 24% 2 factores y 3% 3 factores pronósticos. De este grupo sólo 10 pacientes evolucionaron a epilepsia (4.6%), 7 con 1 factor pronóstico y 3 con 2 factores pronósticos. No hubo predominio por género; edad promedio de primera crisis 2 años, 6 casos debutaron con CF compleja, 5 presentaban antecedente familiar de epilepsia, 2 tenían alteración neurológica al examen y ninguno cursó con status febril. Edad promedio de diagnóstico de epilepsia: 3 años 6 meses (1 año 7 meses – 7 años). Cinco pacientes fueron diagnosticados con epilepsia generalizada idiopática, 2 epilepsia parcial criptogénica, 2 epilepsia parcial sintomática y 1 epilepsia parcial idiopática.

Discusión: Los hallazgos descritos avalan lo objetivado en la literatura, de forma que los pacientes evaluados tienen una probabilidad inferior al 5% de evolucionar con epilepsia. En cuanto a los factores pronósticos, su cantidad no se relaciona directamente con la presentación de epilepsia, aunque esto podría cambiar al aumentar el número de casos en un estudio futuro.

CARACTERÍSTICAS ELECTROENCEFALOGRÁFICAS EN NIÑOS CON EPILEPSIA Y ESPECTRO GEFS+

Juan Luis Moya-Vilches, Marcelo Devilat-Barros.
Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo
Mackenna, Santiago de Chile.

Introducción.

En pacientes del espectro GEFS+, la proporción de alteraciones en el EEG es muy variable, oscilando entre un 21% y un 90%. Al considerar solamente a los pacientes GEFS+ con epilepsia como diagnóstico definitivo, los estudios presentan una mayor incidencia de anomalías, al menos de un 60-65%. Estas alteraciones suelen correlacionarse clínicamente con el perfil evolutivo de la epilepsia.

Objetivo.

Describir las características del electroencefalograma y su correlato clínico en 22 pacientes con diagnóstico de epilepsia dentro del espectro GEFS+.

Métodos.

Se analizaron las fichas clínicas de 22 pacientes de nuestro Servicio, con diagnóstico de GEFS+ entre 1996-2011, realizado mayoritariamente por uno de los autores (MDB). El seguimiento promedio fue de 5,5 años (1-11 años). Se realizaron 1 a 5 registros electroencefalográficos por paciente, utilizando 32 canales. En todos los registros se realizó fotoestimulación, y en los mayores de 3 años se efectuaron maniobras de hiperventilación.

Resultados.

El electroencefalograma mostró alteraciones en 16 de 22 pacientes (72,7%), siendo éstas focales en 5 de ellos (22,7%), bilaterales en 5 (22,7%), solamente generalizadas en 4 (18,2%) y con hallazgos tanto focales como generalizados en 2 niños (9,1%). El grafoelemento más frecuentemente encontrado fue actividad espiga-onda en la mitad de los pacientes, seguida de ondas agudas en 4 (18,2%), espiga en 3 (13,7%) y poliespiga en 2 (9,1%). Uno de los pacientes (4,6%) presentó enlentecimiento focal congruente con las crisis. Los 7 pacientes con actividad focal asociaron clínicamente una epilepsia focal, al igual que 4 de los 5 niños con anomalías bilaterales. Asimismo, todos los niños con actividad epileptiforme generalizada exclusiva evolucionaron hacia una epilepsia generalizada.

Conclusiones. En pacientes del espectro GEFS+ con epilepsia como diagnóstico final, existe una alta incidencia de anomalías electrográficas, presentes en tres cuartas partes del total de pacientes. Además, es posible observar una correspondencia significativa entre los fenómenos eléctricos y las crisis clínicas.

CARACTERIZACIÓN DE UN GRUPO DE PACIENTES CON CONVULSIONES FEBRILES

Patricia Alfaro, Verónica Gómez, Marcelo Devilat.
Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna. Universidad de Chile.

Introducción:

Las convulsiones febriles son frecuentes en la infancia.

Objetivo:

Caracterizar a los pacientes con diagnóstico de convulsión febril controlados en el Centro.

Material y Método:

Estudio retrospectivo. Se revisaron las fichas clínicas disponibles de 125 niños con convulsiones febriles controlados entre Julio de 2005 y Julio de 2012. El tiempo de control fue en promedio de 3,4 años (6 meses a 12 años). Se designó como tratamiento intermitente a aquel en el cual diazepam se administra sólo en caso de presentar una crisis, y como tratamiento profiláctico a aquel en el cual diazepam se administra en caso de presentar fiebre.

Resultados:

Sesenta y cinco (52%) fueron hombres. Treinta y seis (29%) tenían antecedentes de familiares directos con epilepsia o convulsión febril.

La primera convulsión febril fue en promedio a los diecisiete meses de vida.

Diez pacientes (8%) tuvieron más de 5 crisis en el total de tiempo de observación. Setenta y nueve (63%) presentaron sólo convulsiones febriles simples, treinta y dos (26%) sólo complejas y catorce (11%), ambos tipos de crisis.

Trece enfermos (10%) tuvieron crisis de más de 10 minutos en algún momento de la evolución, los que fueron manejados como estatus epiléptico febril.

Catorce (11%) tenían retardo del desarrollo psicomotor. Ciento veintidós niños (97%) presentaron un EEG normal.

Ochenta y cuatro pacientes (67%) fueron tratados con diazepam rectal intermitente, 13 (10%) con diazepam rectal profiláctico, 26 (21%) con ácido valproico y diazepam rectal intermitente y 2 (2%) con ácido valproico y diazepam rectal profiláctico. Del total de enfermos, 74 (59%) cumplió adecuadamente el tratamiento. Cuarenta y seis enfermos (37%) tuvieron recurrencias en un tiempo de control promedio de 12 meses. De estos, el 48% estaba en tratamiento sólo con diazepam rectal intermitente.

Del total de niños, tres (2%) cursaron con epilepsia y seis (5%) con convulsión febril plus. Treinta (24%) fueron dados de alta, cincuenta y uno (41%) abandonaron controles y cuarenta y cuatro (35%) se encuentran aún en seguimiento.

Conclusiones:

Aunque la mayoría de los pacientes tuvo convulsiones febriles simples, un tercio del grupo presentó recurrencias. Uno de cada diez presentó estatus epiléptico febril y un escaso número cursó posteriormente con epilepsia o con convulsiones febriles plus.

HIPEREXCITABILIDAD CORTICAL RELACIONADA A HIPERTIROIDISMO: PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marne Salazar, Bolívar Valenzuela, Juan Luis Moya.
Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción:

La tirotoxicosis puede ser causa de sintomatología neurológica diversa, incluso como primera manifestación. La presentación con crisis epilépticas es inusual; sin embargo, es frecuente la asociación con anomalías electroencefalográficas, incluyendo alteraciones del trazado de base y actividad epileptiforme.

Objetivos:

Describir los hallazgos clínicos y electroencefalográficos ocurridos durante el curso evolutivo de una paciente con diagnóstico de Hashitoxicosis.

Paciente y Métodos:

Se analizó información contenida en ficha clínica, acompañado de una revisión de la literatura disponible relativa al tema.

Resultados:

Paciente de 11 años, género femenino, consulta por historia de dos semanas de evolución de movimientos coreoatetósicos, distonías, inquietud psicomotora y temblor. Además presenta al examen bocio y sudoración, sospechándose hipertiroidismo y síndrome extrapiramidal asociado. El perfil hormonal muestra aumento de T4 libre con ausencia de hormona tiroestimulante sugerente de hipertiroidismo primario, la importante elevación de anticuerpos anti-microsomales y anti-tiroglobulina es concordante con el diagnóstico de hashitoxicosis.

Se efectúan tres electroencefalogramas (EEG) digitales en vigilia y sueño, dos al momento del diagnóstico de hipertiroidismo y uno en control ambulatorio. El primer EEG exhibe actividad de base desorganizada, pérdida del gradiente anteroposterior, y actividad epileptiforme generalizada interictal en somnolencia, sueño y ante la fotoestimulación. El segundo presenta normalización del ritmo de base, persistiendo la actividad epileptiforme interictal. El tercer EEG, realizado a las dos semanas de evolución, tras el inicio del tratamiento antitiroideo y con mejoría de parámetros hormonales, inscribe actividad basal normal y ausencia de actividad epileptiforme.

Conclusiones:

Los hallazgos encontrados en este caso se correlacionan con las descripciones de series clínicas previas. Una hipótesis que explica estas alteraciones es una probable hiperexcitabilidad cortical secundaria a efecto directo de la tiroxina (mecanismo de acción no genómico). Modificaciones en la actividad de canales iónicos serían responsables de un mayor influjo neuronal de sodio, potasio y calcio, aumentando la frecuencia y amplitud de los potenciales de acción. En nuestra paciente, tanto la sintomatología extrapiramidal como los hallazgos electroencefalográficos mejoraron una vez tratado el hipertiroidismo.

EPILEPSIA CON RETARDO MENTAL LIMITADO A MUJERES (ERMM) ASOCIADO A MUTACIONES DE PCDH19: DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS

Consuelo Quintanilla, Marcelo Devilat.
Departamento de Neurología y Psiquiatría,
Hospital Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile.

Introducción:

La epilepsia con retardo mental limitado a mujeres (ERMM) forma parte del grupo de síndromes epilépticos idiopáticos con genes identificados. Se produce por mutaciones en gen de proteína protocaderina 19 (PCDH 19) en región Xq22.1, con patrón de herencia particular: ligado a X con mujeres afectadas y hombres portadores sanos. Se caracteriza por fenotipo variable de inicio temprano (6-36 meses) de crisis epilépticas febriles y afebriles. Estas crisis son característicamente arracimadas o en status epiléptico. Posteriormente pacientes presentan déficit intelectual de rango variable y frecuente comorbilidad psiquiátrica.

Objetivos:

Descripción de pacientes P1 y P2 con ERMM.

Pacientes y métodos:

Se comunican 2 pacientes: P1 con diagnóstico genético confirmado (gen PCDH19) y progenitores con estudio genético normal y P2 con sospecha clínica. Ambas de sexo femenino; edad de inicio de los síntomas fue para P1 17 meses; P2 6 meses.

Resultados:

Ambas presentan en distintos momentos de su historia CTG, crisis mioclónicas y de ausencias; P1 presenta además crisis focales complejas y hemigeneralizadas; P2 presenta principalmente status TCG. Inicialmente crisis asociadas a cuadros febriles. Posteriormente crisis afebriles (P1 5 meses después y P2 2 meses después); P1 recae 18 meses después con crisis febriles y P2 4 meses después. Crisis se presentan en forma arracimada durante evolución; P1 tres episodios (inicio, 1 año 10 meses y 3 años 1 mes). P2 seis episodios (inicio, 12 meses, 1 año 6 meses, 2 años 3 meses, 3 años 1 mes, 3 años 7 meses). Ambas previo inicio de crisis con desarrollo normal, posteriormente RDSM global de predominio del lenguaje de severidad moderada. EEG inicial alterado en P1, EEG posteriores normales; RNM y TAC normal. Tratamiento antiepiléptico actual: P1 levetiracetam, P2 zonisamida, levetiracetam y ácido valproico. Evolucionan con disminución de crisis y RDSM. P1, 2 años 4 meses sin crisis; P2, 3 meses.

Conclusiones:

Presentación clínica de los pacientes se ajusta a lo reportado en la literatura, siendo importante la sospecha clínica y la confirmación genética.

CORRELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN DE LA PRIMERA CONSULTA POR EPILEPSIA Y LA CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO: RESULTADOS PRELIMINARES

Dr. Darío Ramírez, Ps. Jessica Menay.
Hospital del Salvador.

Objetivo:

Correlacionar la duración de las primeras consultas por epilepsia con la fuerza de la hipótesis de epilepsia (o pseudo-epilepsia) resultante.

Material y métodos:

1. Se midió el tiempo empleado en obtener el máximo de información posible de cada paciente que consultó por primera vez por epilepsia, a partir del 01 de noviembre 2013. La entrevista se prolongó hasta que no fue posible obtener más información del paciente (ni del testigo).
2. Para cada caso se estimó la fuerza de la hipótesis de epilepsia resultante, en una escala que incluye: no-imposible, posible, probable, altamente probable, segura, segura con clasificación de crisis y de síndrome. Una escala similar se aplicó en caso de sospecharse algún tipo de crisis no-epilépticas (en vez de, o asociada a epilepsia).

Resultados:

Veintidós pacientes fueron evaluados por supuesta epilepsia de inicio reciente, por un tiempo promedio de 35.68 minutos. Para una duración de la consulta de 20 a 30 minutos (7 pacientes) la fuerza de la hipótesis llegó sólo al rango de lo posible en 4 casos, mientras que en dos casos se diagnosticó no-epilepsia y en un caso epilepsia antigua, curada. Con una duración de 30 a 39 minutos (tres casos), se diagnosticó epilepsia posible en dos pacientes, se descartó epilepsia en el tercero. Al evaluar por 40 a 49 minutos (6 pacientes), en cinco casos se diagnosticaron crisis no-epilépticas seguras, en un caso epilepsia segura. Dos pacientes fueron evaluados por más de 50 minutos, con resultados de epilepsia segura + crisis no epilépticas seguras y de crisis no epiléptica segura + posible epilepsia respectivamente.

Resultados comparables se obtuvieron en 34 pacientes con diagnóstico de epilepsia previa (duración promedio de la consulta: 38,23 minutos). En los cuatro pacientes evaluados por menos de 30 minutos, en uno se llegó a un diagnóstico de epilepsia altamente probable; en otros dos sólo se llegó al diagnóstico de probabilidad, y en uno al de posibilidad. Duraciones de 30 a 59 minutos permitieron 18 diagnósticos de seguridad, dos de probabilidad, uno de alta probabilidad. Duraciones de más de 50 minutos permitieron diagnósticos de epilepsia (o de pseudoepilepsia) seguros.

Conclusión:

La correlación entre la duración de la primera consulta por epilepsia y la validez de la hipótesis diagnóstica resultante es fuerte. Los tiempos normalmente concedidos por las administraciones hospitalarias (inferiores a 30 minutos) son insuficientes.

VÓMITOS CÍCLICOS EN LA INFANCIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Bárbara Ramos, Karina Tirado, Juan Luis Moya.
Departamento de Neurología Pediátrica,
Hospital Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile.

Introducción:

El síndrome de vómitos cíclicos (SVC) es un trastorno poco conocido, que afecta principalmente a niños entre los 3 y 7 años de edad. Se caracteriza por episodios de vómitos recurrentes, impredecibles e inexplicables, de características similares en el mismo individuo, separados por intervalos libres de crisis. Éstos se desarrollan generalmente en la madrugada o en la mañana, y pueden durar desde horas a días. La etiología y patogénesis del SVC es discutida. Diferentes etiologías han sido asociadas, incluyendo: equivalente migrañoso, errores innatos del metabolismo, atopía, epilepsia (denominada "epilepsia abdominal") y patología psiquiátrica.

Objetivo:

Describir un caso clínico de SVC, su estudio y manejo.

Material y método:

Se realizó una revisión de historia clínica, previa autorización por escrito de la madre de la paciente.

Resultados:

Paciente de 6 años, género femenino, previamente sana, evaluada en nuestro servicio. Consulta por episodios estereotipados de dolor abdominal, cefalea holocránea de intensidad moderada y vómitos explosivos, con una frecuencia de 3 eventos por mes. Se realiza estudio metabólico básico (incluyendo perfil de aminoácidos y acilcarnitinas), resultando normal, al igual que el estudio de neuroimagen. Las evaluaciones por otros especialistas (cardiología, gastroenterología) no sugieren patología relacionada a dichas áreas. El electroencefalograma registra ritmo de base normal, y actividad epiléptica generalizada durante somnolencia, sin correlato clínico. Se decide realizar prueba terapéutica con levetiracetam (30 mg/kg/día). El control electroencefalográfico, realizado 2 meses después, no muestra actividad epiléptica. La paciente ha evolucionado con vómitos aislados desde el inicio del tratamiento, lo que traduce una clara disminución de la sintomatología, sin llegar al cese total de crisis.

Conclusión:

Hasta la fecha, no existe prueba de imagen ni de laboratorio capaz de determinar la etiología del SVC en forma definitiva. Por ello, una evaluación adecuada es fundamental, considerando la posible existencia de condiciones como epilepsia abdominal y migraña. El ensayo terapéutico parece ser una opción adecuada en pacientes de difícil diagnóstico, si bien en nuestro caso se requiere un seguimiento más prolongado.

HIPERSENSIBILIDAD A CARBAMAZEPINA: SÍNDROME DE DRESS (Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms), A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

**Dra. Carolina Gallegos, Dra. Gerty Barrios, Dra. M. Cristina Martínez.
Hospital de Carabineros Gral. Humberto Arriagada (HOSCAR).**

Introducción:

La hipersensibilidad a fármacos antiepilépticos puede convertirse en una condición médica extremadamente grave e incluso fatal. Las estadísticas son inciertas, pero abarca entre 1/1000 a 1/10000 casos expuestos a FAE.

Uno de los términos utilizados para su descripción, corresponde al DRESS, caracterizado por una reacción severa e idiosincrática a drogas; manifestándose clínicamente como fiebre, rash, linfadenopatías, leucocitosis y otras alteraciones hematológicas (siendo la más común de éstas la eosinofilia), alteraciones en laboratorio hepático, y compromiso de al menos un órgano interno, sin existir actualmente un consenso diagnóstico definitivo. Es importante mencionar que la mortalidad descrita para este cuadro, alcanza el 10% de los casos.

Objetivos:

Describir mediante un caso clínico la fenomenología de la hipersensibilidad a un fármaco antiepiléptico de uso habitual más allá de una reacción cutánea tipo alérgica, sino también como un cuadro sistémico grave y potencialmente fatal.

Caso clínico:

Paciente masculino sano de 26 años, con diagnóstico reciente de epilepsia focal frontal derecha e inicio de tratamiento con Carbamazepina 400 mg cada 8 hrs (15mg/kg/día). A la tercera semana de farmacoterapia, inicia cuadro clínico caracterizado por fiebre hasta 39,9°C y prurito en tórax y frente. Al tercer día de fiebre consulta a servicio de Urgencias, en donde se hacen evidentes lesiones cutáneas eritematosas generalizadas, dolor abdominal en fosa iliaca izquierda y elevación de transaminasas hasta 2441 U/L (GGT). Estudios complementarios de perfil infeccioso negativos, paneles virales negativos, LCR normal, RNM de cerebro normal. Eco abdominal: esplenomegalia y leucocitosis con eosinofilia transitoria (6,8% durante 24 hrs) Finalmente se agrega compromiso mucoso ocular tipo conjuntivitis.

Se maneja en UTI, con corticoterapia oral y tópica en lesiones, presentando regresión del cuadro en 48 hrs desde instalación del tratamiento descrito y una evolución favorable, normalizando parámetros de laboratorio, regresión de rash y esplenomegalia dentro del mes siguiente de su alta médica.

Conclusión

La hipersensibilidad a fármaco antiepiléptico debe ser considerada como de alta sospecha dada su elevada letalidad.

CONVULSIONES NEONATALES EN UNIDAD QUIRÚRGICA NEONATAL Y CARDIOVASCULAR, HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA, PERÍODO 2013-2014

Alejandra Gálvez, Marcelo Devilat, Patricia Alfaro, Consuelo Quintanilla, Marne Salazar, Bárbara Ramos.

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

Introducción:

Las crisis epilépticas en el período neonatal ocurren con mucha mayor frecuencia que en cualquier otro período de la vida. Constituyen la más frecuente y distintiva manifestación de trastorno neurológico en el neonato.

Objetivo:

Describir características clínicas y electroencefalográficas de pacientes con convulsiones neonatales.

Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo, incluyó a 24 pacientes evaluados por convulsiones neonatales en las unidades Quirúrgica Neonatal y Cardiovascular del hospital, durante el periodo comprendido entre enero 2013 y marzo 2014.

Resultados:

Quince pacientes del total eran hombres, y sólo cinco correspondían a recién nacidos de pretérmino menores de 34 semanas de Edad Gestacional. La presentación de convulsión neonatal fue entre los 0-3 días de vida en nueve pacientes, entre el 4°-7° día en seis, y posterior a la primera semana de vida en nueve. Tipo de crisis: ocho, crisis sutiles; nueve, crisis tónicas; cuatro, crisis clónicas; y tres, múltiples tipos de crisis. El primer EEG mostró actividad epileptiforme en veintidós niños, patrón estallido-supresión en dos pacientes, y en uno fue normal.

Nueve pacientes requirieron más de un fármaco antiepiléptico (FAE) para manejo de crisis. Todos tuvieron estudio de neuroimagen (seis RNM cerebral). De ellas, sólo una fue normal.

Se encontró etiología previo al alta en 21 niños, de los cuales once correspondían a Encefalopatía Hipóxico-Isquémica, tres a trastornos metabólicos del Recién Nacido, dos a Encefalopatía Epiléptica Neonatal, cuatro de causa genética y uno con meningitis neonatal.

Cuatro pacientes fallecieron durante su hospitalización.

Al alta, todos los pacientes recibieron tratamiento antiepiléptico; quince fueron tratados sólo con Fenobarbital. Tres pacientes tuvieron hospitalizaciones posteriores por síndrome de West.

Conclusiones: Aunque la muestra es pequeña, se puede concluir que las presentaciones clínicas más comunes en neonatos son las crisis sutiles y tónicas. El estudio complementario con EEG y neuroimagen se halla frecuentemente alterado. La respuesta a fármacos antiepilépticos (principalmente fenobarbital) suele ser buena. La etiología más importante es la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica.

CUANTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON EPILEPSIA

César Mateluna, Scarlet Witting, Mónica Troncoso, Ledia Troncoso.
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital San Borja Arriarán.

Introducción:

La epilepsia es una enfermedad crónica cuya principal manifestación es la aparición de crisis no provocadas a repetición, siendo este el principal foco de atención. Sin embargo, a la luz de los conocimientos actuales, se ha correlacionado en diversos estudios con el desarrollo de trastornos depresivos y psicopatología general. Los factores que contribuyen a su aparición son materia de intenso estudio.

Objetivos:

Determinar la presencia de síntomas depresivos en pacientes pediátricos con epilepsia, caracterizarlos y compararlos con grupo control de pacientes sin epilepsia.

Métodos:

Se analizaron registros clínicos de pacientes con epilepsia entre 7 y 17 años sin discapacidad intelectual, se realizó cuestionario de depresión infantil (CDI). Se obtuvieron controles de un colegio de Santiago. Se realizó análisis estadístico exploratorio, test exacto de Fisher y Odds Ratio para evaluar variables estadísticamente significativas.

Resultados:

Se incluyeron 58 pacientes con epilepsia (32 hombres, 26 mujeres), promedio de edad fue 12,3 años, con un promedio de edad de inicio de crisis de 7,5 años y 4,8 años de duración. 22,4% de los pacientes epilépticos resultó con un puntaje elevado (mayor a 18 puntos) en CDI, versus un 15,5% de los controles, siendo no significativa esta diferencia. La duración de la epilepsia por más de 5 años se asoció significativamente con mayor puntaje en CDI. El antecedente de trastorno de lenguaje fue asociado con mayor sintomatología, pero representa un número pequeño de pacientes. Otros factores estudiados no tuvieron relación con mayor cantidad de síntomas depresivos.

Discusión:

Estudios previos muestran porcentajes similares de síntomas depresivos, medidos incluso con la misma encuesta en pacientes con epilepsia, no siempre comparados con controles. Porcentaje de síntomas depresivos en la población control fue mayor que la descrita en población chilena. Se evidencia la poca importancia relativa de factores relacionados a la epilepsia misma con el desarrollo de síntomas depresivos, exceptuando por la duración de la enfermedad. Se deben realizar estudios prospectivos para comprobar los hallazgos del nuestro estudio y encontrar mayor evidencia.

