



XVI JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA

“Más que crisis”

3 y 4 de JUNIO de 2016

PROGRAMA Y LIBRO DE RESÚMENES DE POSTERS

**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, Providencia, Santiago

Sede de la Sociedad: Providencia 2315, of. 215
Atención: Lunes-Miércoles-Viernes de 18:30 a 20:30 - Fono/Fax: +56 2 2231 0172
www.epilepsiadechile.cl
socepchi@tie.cl - socepchi@gmail.com

“Más que crisis”

Además de la carga que conlleva la epilepsia como entidad patológica en sí misma, es bien conocida su asociación a distintas condiciones que se suman al cuadro clínico del paciente, con diversas repercusiones en la morbimortalidad y calidad de vida de quien la padece. Para el clínico que trabaja a diario en esta disciplina, resulta fundamental conocer de cerca esta realidad, y entender que el universo de cada paciente con epilepsia representa mucho más que una enfermedad o una situación aislada. Por el contrario: requiere una valoración profunda y exhaustiva, con un pensamiento abierto, para así detectar la mayor cantidad posible de problemas que pudieren presentarse durante su evolución. Es por eso que hemos querido dedicar la edición de este año a repasar las distintas formas que puede adoptar la comorbilidad en epilepsia, desde las patologías con un origen ontogénico común hasta los fenómenos derivados del tratamiento y sus complicaciones.

En primer término, hemos preparado un bloque a modo de introducción, de modo de comprender de mejor forma los mecanismos mediante los cuales la epilepsia genera otras patologías, así como los caminos que recorren distintas enfermedades para confluir en la aparición de epilepsia. El advenimiento de nuevos escenarios clínicos en los últimos años (particularmente en el caso de las encefalitis autoinmunes y epilepsias de origen inflamatorio) nos ha llevado a cuestionar nuestro propio entendimiento de la fisiopatología de las epilepsias, algo que la propia ILAE ha recogido en sus nuevas propuestas de clasificación. Probablemente existen muchas aristas de la epileptogénesis que aún no internalizamos del todo, por lo que parece esencial abordar la discusión desde la ciencia básica antes de abocarnos a entidades específicas que conviven con la epilepsia y que comparten mecanismos de enfermedad.

Un segundo punto, que no podemos dejar de lado, es la concomitancia de alteraciones cognitivas en el paciente con epilepsia, cuya relevancia también ha ido creciendo con el curso de los años. En la actualidad, sabemos que incluso las epilepsias llamadas “benignas” en décadas anteriores pueden asociar disfunciones cognitivas de menor o mayor cuantía, en variados niveles de funcionamiento, y en diferentes edades de la vida del individuo. Las encefalopatías epilépticas y las epilepsias refractarias sólo representan la punta de un enorme iceberg, por lo que el clínico debe ser suspicaz al enfrentarse a esta posibilidad diagnóstica. En los niños, podemos mencionar los trastornos del aprendizaje y de la conducta, déficit de atención, retraso del desarrollo y discapacidad intelectual; al acercarnos a la edad adulta, surgen otras complicaciones añadidas a lo anterior, como los trastornos de personalidad o las demencias en el paciente mayor. Por otro lado, es sabido el riesgo de complicaciones que asocian muchos tratamientos anti-epilépticos: gran parte de los fármacos que utilizamos cuentan con efectos colaterales

en el funcionamiento cognitivo, por lo que el clínico debe considerar todas las variables a la hora de tratar una epilepsia. Todos estos elementos pueden generar problemas de impacto incluso mayor en la vida del paciente, por lo que contarán con un espacio privilegiado en esta oportunidad.

En una dimensión distinta se encuentran el paciente neurointensivo y el paciente quirúrgico, a quienes hemos entregado también un segmento para dialogar acerca de las patologías que pueden complicar la evolución de epilepsia en dichos casos. En las epilepsias de resolución quirúrgica, es imperativo evaluar el impacto de las crisis sobre otras funciones del individuo (cognitiva, motora, entre otras múltiples implicancias). Este “factor agregado” ha adquirido una importancia progresiva para tomar la decisión de cirugía, incluso en pacientes con menor carga de crisis epilépticas, pero con deterioro significativo en otras áreas. Un ejemplo ilustrativo es la Epilepsia con Espiga-Onda Continua del Sueño Lento (CSWS o POCSL), cuyas manifestaciones adicionales pueden determinar por sí solas la necesidad de tratamiento quirúrgico, al igual que las alteraciones congénitas y adquiridas de la arquitectura cerebral. Por otra parte, las unidades de cuidado intensivo son un ambiente cada vez más familiar para el clínico dedicado a epilepsia, ante los avances en el manejo del status epiléptico refractario y supra-refractario y el reconocimiento de patologías como el FIRES y el NORSE. Además, varias patologías autoinmunes, oncológicas e infecciosas de compleja evolución pueden tener a la epilepsia como una de sus manifestaciones primordiales. En atención a todos estos elementos, queda claro que los pacientes intensivos suelen presentar bastantes más dificultades que la sola epilepsia; y además, reciben con frecuencia múltiples medicamentos, con las interacciones y contraindicaciones de tratamiento que ello implica. El trabajo en conjunto con las unidades de alta complejidad es una realidad patente, y debe convertirse en parte del conocimiento integral que requiere el clínico en epilepsia.

Mucho más frecuentes, y a menudo despreciadas por la comunidad neurológica, son las complicaciones neuropsiquiátricas y psicosociales de una patología crónica con las características de la epilepsia. Los trastornos del ánimo, trastornos ansiosos, suicidalidad y otras condiciones, son producto tanto de la angustia anticipatoria que generan las crisis, como de la estigmatización que sufre el paciente con epilepsia por parte de su entorno. Si bien esta situación ha ido cambiando en cierta medida -debido al mayor conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y de la sociedad en su conjunto-, sigue siendo parte importante de la morbilidad adicional en epilepsia, y debe incluirse permanentemente dentro del abanico de posibilidades en el seguimiento de nuestros pacientes. Las implicancias en la calidad de vida del individuo requieren la máxima consideración por parte del equipo tratante; y esta preocupación debe extenderse también a la familia, cuyos miembros habitualmente sufren repercusiones en sus propias actividades diarias. Por todas estas razones, hemos asignado un segmento para analizar el impacto social de la epilepsia.

Por último, hemos querido referirnos a ciertas patologías en particular, cuya relación con la epilepsia ha sido sujeto de intenso estudio en los últimos años. Esto, debido a lo in-

trincado de las interacciones fisiopatológicas que definen su aparición, y a la necesidad de desarrollar el conocimiento requerido para optimizar el afrontamiento de las mismas. La apnea obstructiva del sueño, el SUDEP y la relación entre epilepsia/migraña/stroke ocupan nuestro último bloque, y representan una suerte de corolario dentro de la amplia gama de situaciones que pretendemos incluir a lo largo de las jornadas.

Como de costumbre, reservamos un merecido espacio para la presentación de trabajos libres, donde podemos compartir las experiencias de los diferentes centros académicos, públicos y privados. Para nosotros, esta actividad constituye el alma y principal motivación para llevar a cabo nuestro principal evento anual. Es el contexto ideal para conocer el resultado de la ardua labor de los diferentes grupos de trabajo, y aprender mutuamente; su trascendencia la hace ocupar un lugar destacadísimo dentro del programa.

Esperamos que la temática de este año sea de su agrado, y que estos dos días de encuentro e intercambio nos entreguen a todos nuevas herramientas, y también preguntas. Reconocemos la importancia de mantener un espíritu abierto, dispuesto a buscar y recibir nuevas ideas, aquellas que nos permitan ayudar a nuestros pacientes en todas las dimensiones que nos sean posibles. Por eso, hemos intentado construir esta instancia de discusión y aprendizaje, y cooperar con nuestro pequeño aporte en pos de este objetivo común.

Dr. Juan Moya Vilches y Dr. Hernán Acevedo Gallardo
Presidentes XVI Jornadas

PROGRAMA

XVII JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA Santiago de Chile, 3 y 4 de Junio de 2017

Viernes 3 de Junio de 2016

08:40-09:00 Introducción.

MÓDULO I: BASES FISIOPATOLÓGICAS DE LA COMORBILIDAD EN EPILEPSIA.

09:00-09:30 EPILEPSIA Y GENERACIÓN DE COMORBILIDAD: ¿CÓMO SE PRODUCEN OTRAS CONDICIONES A PARTIR DE LA EPILEPSIA?

Dr. Andrés Barrios

09:30-10:00 CONDICIONES MÉDICAS Y MECANISMOS POR LOS CUALES PRODUCEN EPILEPSIA: ¿CÓMO SE GENERA LA EPILEPSIA A PARTIR DE OTRAS PATOLOGÍAS?

Dr. Reinaldo Uribe

10.00-10.30 CAFÉ

MÓDULO II: EPILEPSIA Y NEUROCOGNICIÓN.

10.30-11.00 EPILEPSIA Y EFECTOS EN FUNCIONES COGNITIVAS. DISCAPACIDAD INTELECTUAL, TRASTORNOS DE LENGUAJE Y APRENDIZAJE.

Dra. Ximena Carrasco

11:00-11:30 EPILEPSIA Y SU ROL EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA.

Dr. Osvaldo Olivares

11:30-12:00 EPILEPSIA Y DEMENCIA: LAS RAZONES DEL DETERIORO.

Dr. Darío Ramírez

12:00-12:30 ¿COMORBILIDAD O IATROGENIA? EL ROL DE LOS FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS.

Dra. Scarlet Witting

12:30-13:00 MESA REDONDA - MÓDULOS I-II.

12:30-13:15 SIMPOSIO - LABORATORIO

13:15-14:30 ALMUERZO/LIBRE

14:30-16:00 PRESENTACIÓN DE PÓSTERS.

MÓDULO III: COMORBILIDAD EN EL PACIENTE ADULTO Y QUIRÚRGICO.

16:00-16:30 EVALUACIÓN PRE-QUIRÚRGICA EN EL PACIENTE CON EPILEPSIA Y COMORBILIDAD.

Dra. Lilian Cuadra

16:30-17:00 CIRUGÍA EN EPILEPSIA Y SU ROL EN EL OUTCOME COGNITIVO.

Dra. Ada Chicharro

17:00-17:30 CAFÉ

17:30-18:00 EL PACIENTE NEUROINTENSIVO CON EPILEPSIA: UN ESCENARIO COMPLEJO.

Dra. Andrea Aguirre

18:00-19:00 CASOS CLÍNICOS.

19:00-19:15 MESA REDONDA.

Sábado 4 de Junio de 2016

MÓDULO IV: EPILEPSIA E IMPACTO PSICOSOCIAL.

09:00-09:30 CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON EPILEPSIA.

Dr. Juan Luis Moya

09:30-10:00 EPILEPSIA, TRASTORNOS DEL ÁNIMO Y SUICIDALIDAD: EL IMPACTO DEL ESTIGMA.

Dr. Juan Salinas

10:00-10:30 MESA REDONDA.

10:30-11:00 CAFÉ

MÓDULO V: MISCELÁNEO.

11:00-11:30 TRASTORNOS DEL SUEÑO, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y EVOLUCIÓN DE LA EPILEPSIA.

Dra. Julia Santín

11:30-12:00 SUDEP: COMORBILIDAD Y COLETALIDAD.

Dra. Perla David

12:00-12:30 EPILEPSIA, MIGRAÑA Y STROKE: INTERACCIONES DE UNA TRÍADA.
Dr. Eugenio Tenham

12:30-13:00 CIERRE Y PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES.
Comité Organizador XVI Jornadas Invernales de Epilepsia.
Presentación XVII Jornadas Invernales de Epilepsia 2017 y Educación
Continua en Epilepsia (segundo semestre 2016).

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
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (MINSAL)

Comité Organizador XVI Jornadas:

Dr. Juan Luis Moya Vilches
Dr. Hernán Acevedo Gallardo
Dra. Ledia Troncoso Azócar
Dra. Perla David Gálvez
Dr. Marcelo Devilat Barros
Dr. Cayetano Napolitano Norero
Dra. Carla Manterola Mordojovich

Directorio de la Sociedad de Epileptología de Chile

Presidente: Dr. Cayetano Napolitano Norero
Vicepresidente: Dra. Daniela Triviño Urzúa
Secretario General: Dra. Carla Manterola Mordojovich
Tesorero: Dr. Juan Luis Moya Vilches
Directores: Dra. Claudia Riffo Allende, 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 XVI Jornadas Invernales de Epilepsia han sido posibles.

Auspiciadores:

- Laboratorio Saval
- Laboratorio Recalcine / Abbott
- Laboratorio Synthón Chile
- GlaxoSmithKline
- Exceltics
- Librería Mediterráneo

Colaboración:

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

RESÚMENES DE TRABAJOS

TÍTULOS DE TRABAJOS LIBRES

1. LENGUAJE Y EPILEPSIA. UN ESTUDIO COMPARATIVO DE NIÑOS ENTRE 1 Y 3 AÑOS.
2. PERCEPCIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON EPILEPSIA.
3. PREOCUPACIONES SOBRE SU ENFERMEDAD EN PACIENTES CON EPILEPSIA.
4. EFICACIA DEL ELECTROENCEFALOGRAMA ANTES DE 48 HORAS EN EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA, REVISIÓN AÑOS 2013-2015.
5. RELACIÓN ENTRE DESCARGAS CENTROTEMPORALES IZQUIERDAS Y/O DERECHAS SIN CONCOMITANTE CLÍNICO Y ALTERACIONES DEL LENGUAJE Y/O BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR.
6. DIFERENCIA DIAGNÓSTICA Y TIEMPOS DE ESPERA EN EPILEPSIA INFANTIL: UN AÑO DE REVISIÓN.
7. ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO EN ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS ANTI-CANALES DE POTASIO VOLTAJE-DEPENDIENTE: CASO CLÍNICO.
8. CARACTERIZACIÓN DE 3 CASOS DE SÍNDROME DE JEAVONS.
9. EPILEPSIA EN SÍNDROME DE RETT CLÁSICO Y VARIANTE: SERIE DE 8 PACIENTES.
10. CARACTERIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA DE PACIENTES CON COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS POR CARDIOPATÍA CONGÉNITA OPERADA DURANTE LOS AÑOS 2013-2015.
11. STATUS MIOCLÓNICO POR LAMOTRIGINA.
12. MECANISMOS DE LA INTOXICACIÓN POR FENITOÍNA CON ATAXIA CEREBELOSA Y ENCEFALOPATÍA.
13. ARTETERAPIA EN PACIENTES CON EPILEPSIA: EXPERIENCIA PILOTO.
14. REQUERIMIENTOS DE SEDACIÓN EN UN LABORATORIO DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA AMBULATORIO.
15. EFICACIA DE DIETA CETOGÉNICA EN PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA ATENDIDOS ENTRE NOVIEMBRE 2011 Y ENERO 2016 EN EL HOSPITAL DE NIÑOS LUIS CALVO MACKENNA.
16. USO DE LEVETIRACETAM EN SÍNDROME CONVULSIVO EN RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA (HLCM) ENTRE 2013-2015
17. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CRISIS EPILÉPTICA ÚNICA NO PROVOCADA.

1. LENGUAJE Y EPILEPSIA. UN ESTUDIO COMPARATIVO DE NIÑOS ENTRE 1 Y 3 AÑOS

Ximena Pradenas, Constanza Sfeir, M. Paz Acevedo, Ana María Torres, Maritza Carvajal.

Hospital Exequiel González Cortés (HEGC).

Introducción:

El desarrollo del lenguaje y adquisición de habilidades lingüísticas en niños se realiza en forma temprana e involucra múltiples áreas cerebrales. La epilepsia desarrollada en esta etapa enlentecería y dificultaría el neurodesarrollo. En EEUU, un 20% de niños sin epilepsia presenta a los 2 años retraso del lenguaje, cifra que aumenta a un 37,5% en pacientes con epilepsia. No existen datos locales al respecto ni protocolos estandarizados de pesquisa y/o intervención. REEL-3 es una prueba diseñada para evaluar lenguaje receptivo y expresivo e identificar alteraciones en etapas tempranas.

Objetivos:

Determinar el grado de desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo en pacientes sanos y con epilepsia no refractaria (ENR), entre 1 y 3 años, atendidos en HEGC. Comparar prevalencia en este retraso en ambos grupos.

Material y métodos:

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, relacional. Se traduce y aplica manual y protocolo Reel-3 (Bzoch, K, 2003) a un total de 120 pacientes, de 1 a 3 años con ENR (n=60) y a niños sanos (n=60). Se excluyen epilepsias estructurales, alteraciones sensoriales y trastornos neurodesarrollo. Revisión de fichas clínicas. Análisis estadístico mediante χ^2 . Aprobado Comité de Ética.

Resultados:

Promedio edad 24,8 meses (rango 12-36 meses). Género masculino 54%, femenino 46%. El 30% de los pacientes con epilepsia presentó retraso del lenguaje global vs 13,3% de grupo control ($p=0,05$). Retraso lenguaje expresivo en grupo ENR 23,3% vs 13,3% controles, diferencia no significativa. Retraso en lenguaje receptivo: ENR 28,3% vs 11,6% controles, diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones:

En esta muestra, el diagnóstico de epilepsia se manifiesta como un factor de asociación estadísticamente significativo para la presencia de retraso de lenguaje. Esta diferencia se encontró principalmente en categoría de lenguaje receptivo. La epilepsia podría ser un factor trascendental en la presencia de retraso del lenguaje, independiente de factores ambientales. Se concluye la relevancia de realizar pesquisa sistemática de retraso del lenguaje en pacientes con epilepsia e instaurar protocolos de evaluación fonoaudiológica preventiva a edades tempranas.

2. PERCEPCIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON EPILEPSIA

Fernando Ramírez B., Julio Riquelme A.

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso

Introducción:

La Epilepsia constituye uno de los principales trastornos neurológicos, cuya prevalencia es de entre un 1 y 2%. De estos, entre un 20 y 25% no logra controlar las crisis pese al tratamiento farmacológico, fenómeno conocido como epilepsia resistente a fármacos. Esta resistencia lleva a mayor disfunción social, neuropsiquiátrica y menor calidad de vida.

Objetivos:

Conocer si existen diferencias en la prevalencia de sensación ansiosa o depresiva entre los pacientes con epilepsia respondedora a tratamiento y los pacientes con epilepsia no respondedora a tratamiento.

Materiales y Métodos:

El diseño corresponde a un estudio observacional de corte transversal. La muestra fue de 42 pacientes con diagnóstico de epilepsia según las guías de la ILAE, 23 con adecuado control de crisis y 19 con epilepsia resistente, todos controlados en el Policlínico de Neurología del Hospital Carlos Van Buren. Se aplicó una encuesta sobre calidad de vida utilizando los cuestionarios QOLIE-10 y EQ5D.

Resultados:

Existe diferencia en la percepción de vitalidad y desánimo entre pacientes respondedores y resistentes, además de diferencias en el miedo a presentar crisis y sus consecuencias. Lo anterior se correlaciona con mayores problemas en el cuidado personal y realización de actividades cotidianas, y mayor presencia de sensación de ansiedad y depresión en el grupo resistente. Aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa (por el tamaño muestral), consideramos que sí lo es clínicamente, ya que podría llevar a un manejo orientado a otras variables de la enfermedad.

Conclusiones:

Se observó una diferencia en la autopercepción de sensaciones de vitalidad, desánimo, ansiedad y depresión en los pacientes con epilepsia según respuesta al tratamiento, lo cual debería ser evaluado dirigidamente a fin de apoyar en medidas que mejoren la calidad de vida de los pacientes. Nos parece fundamental abordar a ambos grupo de paciente de manera distinta en cuanto a las estrategias de apoyo emocional, psicológico y manejo multidisciplinario que se les brinde, a fin de obtener un mayor control en todas las áreas y un tratamiento más integral de la enfermedad.

3. PREOCUPACIONES SOBRE SU ENFERMEDAD EN PACIENTES CON EPILEPSIA

Fernando Ramírez B., Julio Riquelme A.

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso

Introducción:

La Epilepsia constituye uno de los principales trastornos neurológicos que afecta a la población general, con una prevalencia entre un 1 y 2%. De estos un 20 a un 25% no logra un adecuado control de crisis pese al tratamiento farmacológico, fenómeno conocido como epilepsia resistente a fármacos. Se ha visto que esta resistencia lleva a mayor disfunción social, neuropsiquiátrica y menor calidad de vida.

Objetivos:

Conocer si las preocupaciones sobre la enfermedad de los pacientes con epilepsia respondedora a tratamiento difieren de las de los pacientes con epilepsia no respondedora a tratamiento.

Materiales y Métodos:

El diseño correspondió a un estudio observacional de corte transversal. La muestra fue de 42 pacientes con diagnóstico de epilepsia según las guías de la ILAE, 23 con adecuado control de crisis y 19 con epilepsia resistente, ambos grupos controlados en el Policlínico de Neurología del Hospital Carlos Van Buren. Se aplicó una encuesta sobre problemas asociados a la enfermedad y calidad de vida utilizando los cuestionarios QOLIE-10 y EQ5D.

Resultados:

Las principales preocupaciones de los pacientes con adecuado control de crisis fue relacionado al efecto del consumo de fármacos (“problemas de memoria o concentración” y “tener que tomar fármacos”) y con la recurrencia de crisis (“tener otra convulsión”), mientras que en pacientes no respondedores fueron relacionados con el impacto de las crisis en la salud (“miedo a provocarse daño por una crisis”), y al impacto de la enfermedad en las actividades de la vida diaria (“no poder realizar actividades cotidianas de manera libre” y “ser una carga para los familiares”).

Conclusiones:

Se observó una diferencia de preocupaciones en los pacientes con epilepsia según la respuesta del tratamiento, lo cual debería ser evaluado dirigidamente en la práctica clínica, para apoyar en medidas que mejoren la calidad de vida de los pacientes. Se hace necesario mayor énfasis en el estudio de las variables que influyan en las preocupaciones de estos, para mejorar la educación y realizar un abordaje diferencial según el tipo de paciente.

4. EFICACIA DEL ELECTROENCEFALOGRAMA ANTES DE 48 HORAS EN EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA, REVISIÓN AÑOS 2013-2015.

Carolina Giadach (1), Marisol Avendaño (1), Maritza Carvajal (1), Raquel Gaete (1), Ana María Torres (1), Paola Núñez (1), Douglas Maldonado (1), Andrea Lizama (2).

(1) Hospital de Niños Doctor Exequiel González Cortés.

(2) Universidad de Santiago de Chile, Unidad de Estadísticas.

Introducción:

En una primera crisis epiléptica no provocada, no existe consenso sobre el mejor momento para realizar un EEG (1). Si se realiza dentro de las primeras 48 horas, logra sensibilidad de hasta 77%, diagnosticándose posteriormente epilepsia en 76% (2).

Objetivos:

Determinar la eficacia del EEG tomado hasta 48 horas de ocurrida la crisis epiléptica, en diagnóstico de epilepsia, en pacientes derivados desde servicio de urgencia (SU).

Material y Método:

Estudio exploratorio descriptivo, retrospectivo, transversal correlacional bajo el paradigma cualitativo. Previa autorización de comité de ética, se revisó fichas de pacientes derivados desde SU por sospecha de epilepsia, con y sin EEG realizado hasta 48 horas de ocurrida la crisis, años 2013-2015. Se determinó confirmación diagnóstica en neurología para ambos grupos. Datos se analizan con Chi-cuadrado.

Resultados:

Entre años 2013-2015, 130 pacientes consultaron en SU, HEGC por sospecha de epilepsia. 92% (121) asistieron posteriormente a neurología. En 32 pacientes se realizó EEG hasta 48 horas de ocurrida la crisis epiléptica. De estos 55% resultó anormal. En 89 pacientes no se realizó EEG dentro de 48 horas de ocurrida la crisis. En el grupo de pacientes en que se realizó EEG hasta 48 horas, se diagnosticó epilepsia en 96% versus 36% en el que no se realizó, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Conclusiones:

EEG realizado hasta 48 horas de ocurrida la crisis permite una mayor eficacia diagnóstica (96% v/s 36%) estadísticamente significativa. Esta herramienta es posible gracias a la adecuada coordinación entre unidades de nuestro hospital, traduciéndose en una mayor optimización del recurso (EEG) en el Sistema Público de Salud.

5. RELACIÓN ENTRE DESCARGAS CENTROTEMPORALES IZQUIERDAS Y/O DERECHAS SIN CONCOMITANTE CLÍNICO Y ALTERACIONES DEL LENGUAJE Y/O BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR

María Retamal, Ximena Pradenas, Maritza Carvajal, Marisol Avendaño, Ana María Torres.

Unidad de Neurología, Hospital Doctor Exequiel González Cortés.

Introducción:

Las descargas epileptiformes centrotemporales que ocurren en pacientes con epilepsia y no epilépticos pueden afectar su cognición (1). Se presentan dificultades en lenguaje, aprendizaje y/o alteraciones del comportamiento hasta en un 30% de los casos (2, 3). Descargas permanentes pueden interrumpir y/o retrasar la especialización funcional de conexiones cerebrales, base del desarrollo de habilidades cognitivas, como el lenguaje y aprendizaje (1). La investigación clínica sobre esta relación permitiría intervenir en aspectos lingüísticos y de rendimiento escolar.

Objetivos:

Determinar relación entre descargas únicamente centro temporales izquierdas y/o derechas sin concomitante clínico y trastornos del lenguaje y/o bajo rendimiento escolar en niños y niñas atendidos en Unidad de Neurología Infantil del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, entre enero del 2012 y diciembre del 2015.

Material y Método:

Investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva con revisión de fichas clínicas previa aprobación Comité de ética. Datos analizados con Chi-cuadrado.

Resultados:

Ciento doce pacientes con electroencefalogramas con solo descargas centrotemporales. 54 sin concomitante clínico; 63% hombres y 37% mujeres. 54% presentó Retraso o Trastorno del Lenguaje, de éstos 59% con foco izquierdo, 24% foco derecho y 17% bilateral. 48% presentaron bajo Rendimiento Escolar, 47% foco izquierdo, 23% foco derecho y 20% bilateral. Relación estadística ($p < 0,05$) entre foco centrotemporal derecho y bajo rendimiento escolar.

Conclusiones:

Se establece relación estadística entre foco centrotemporal derecho y bajo rendimiento escolar; no se establece relación estadística con alteraciones del lenguaje. Se corrobora relación con evidencia actual (21 a 69%) al igual que la importancia de intervenciones tempranas, proponiendo terapia de habilitación neurocognitiva.

6. DIFERENCIA DIAGNÓSTICA Y TIEMPOS DE ESPERA EN EPILEPSIA INFANTIL. UN AÑO DE REVISIÓN.

Karem Andaur, Maritza Carvajal, Ana María Torres, Claudia Hermosilla.
Neurología Infantil-GES. Hospital Exequiel González Cortés (HEGC).

Introducción:

La pesquisa y derivación del paciente con epilepsia desde APS debe ser oportuna (1), pero su diagnóstico puede presentar variación interobservador (2). Profesionales entrenados presentan menor falla (neurólogos: 5.6%; no especialistas: 19.3%) (3). Estudios internacionales muestran que la confirmación por neurólogo-infantil de pacientes derivados por no especialista es 65%(4).

Objetivos:

Determinar diferencia y tiempos de espera del diagnóstico de epilepsia entre atención primaria (APS, SMSS) y atención secundaria (HEGC).

Material y Método:

Estudio descriptivo, retrospectivo, bajo paradigma cualitativo. Se revisan interconsultas por epilepsia APS y diagnóstico en ficha clínica por especialista HEGC, enero-diciembre 2015. Se compara porcentaje de diagnóstico epilepsia por especialista con porcentaje publicado en la literatura (4), y se analiza con z-score. Aprobación por comité de ética HEGC

Resultados:

Interconsultas derivadas desde APS 2015: 187. De éstos, 72 (38,6%) fueron mujeres, y 115 (61,4%) fueron hombres. Edad promedio: 6 años 6 meses. Del total, 78 (41,7%) tuvieron diagnóstico de epilepsia o crisis epiléptica única en neurología infantil HEGC. De los pacientes sin estos diagnósticos, se registraron: TPNE (21,1%); cefalea (16,5%); síncope (11,9%); crisis febriles (15,5%); TDAH (13,7%); tic (6,4%); apnea (6,4%); trastorno del sueño (4,5%); trastorno psiquiátrico (4,5%), trastorno hiperkinético (3,6%); temblor (1,8%); síndrome vertiginoso (0,9%); sano (4,5%). Promedio días de espera: 19,5 días (rango 1-165). 151 pacientes (80,7%) tuvieron tiempos de espera <1 mes, y 36 (19,2%) >1 mes.

Conclusiones:

La concordancia diagnóstica de epilepsia infantil entre atención primaria y secundaria de salud es menor en comparación con estudios internacionales, de forma estadísticamente significativa (41,7% versus 65%). Deben analizarse cuáles podrían ser las causas de este resultado, y si influyen en los tiempos de espera en las derivaciones, con el objetivo de proponer medidas como capacitaciones en diagnóstico de epilepsia para médicos de APS del SSMS.

7. ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO EN ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS ANTI-CANALES DE POTASIO VOLTAJE-DEPENDIENTE: CASO CLÍNICO.

Carolina Rosas, Sebastián Castillo, Denisse Wenger, Patricia Troncoso, Julio Riquelme, Enzo Rivera.

Servicio de Neurología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Introducción:

La encefalitis límbica es una causa emergente de epilepsia y estatus epiléptico refractario de reciente inicio. Puede ser parte de un proceso autoinmune primario o paraneoplásico, en presencia de anticuerpos contra receptor NMDA/canales de potasio voltaje dependiente, entre otros. Dentro de los elementos clínicos de sospecha de encefalitis autoinmune encontramos la ausencia del antecedente de epilepsia, presencia de trastornos amnésicos y trastornos conductuales, la presencia de tumor o antecedentes de cáncer y signos neurológicos a inicio del cuadro de trastornos autonómicos y ataxia.

Objetivos:

Describir manifestaciones clínicas de caso presenciado en Servicio Neurología de Hospital Carlos Van Buren..

Paciente y métodos:

Se revisa ficha clínica, previo consentimiento informado. Paciente mujer de 51 años, sin antecedentes mórbidos y previamente autovalente, consulta por trastorno conductual y deterioro cognitivo rápidamente progresivo de un mes desde el inicio de síntomas por lo que se hospitaliza. Presenta crisis convulsivas tónico clónicas resistente a fármacos, y evoluciona a estatus epiléptico de difícil manejo, asociado a recurrencias de crisis precoces. Dentro del estudio se realiza Resonancia Magnética de Encéfalo sin alteraciones, Electroencefalograma con lentitud generalizada mayor hacia frontal, estudio de LCR sin alteraciones, perfil reumatológico normal, perfil tiroideo normal, electroforesis de proteínas normales, estudio paraneoplásico negativo.

Debido al cuadro de demencia rápidamente progresiva asociado a estatus epiléptico refractario, se solicitan anticuerpos antineuronales que resultan positivos a anticuerpos anti-canales de potasio voltaje- dependientes. Se inicia esquema de inmunoglobulinas EV y metilprednisolona por 5 días, y luego terapia esteroideal oral con dosis crecientes de azatioprina. Paciente evoluciona de forma favorable, reducción casi total de crisis al mes del alta hospitalaria, y mejoría significativa de trastorno cognitivo-conductual, con funcionalidad Rankin 3.

Conclusión:

La presencia de estatus epiléptico autoinmune es infrecuente pero es necesario un alto índice de sospecha en cuadros con mala respuesta con estudio sin causa subyacente. Destaca la importancia de la inmunoterapia precoz para lograr el control de las crisis.

8. CARACTERIZACIÓN DE 3 CASOS DE SÍNDROME DE JEAVONS

Jonathan Velásquez, Patricio Lacaux, Juan Moya, Claudia Riffo, Ximena Carrasco.

Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Servicio de Neurología, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción:

El Síndrome de Jeavons (SJ) corresponde a una epilepsia generalizada idiopática caracterizada por la tríada de mioclonías palpebrales con o sin ausencias, paroxismos inducidos por cierre ocular y fotosensibilidad, junto a un electroencefalograma (EEG) distintivo. Los cambios en la luminosidad son gatillantes de las crisis, de allí que sea considerada como una epilepsia refleja; por lo mismo, las crisis pueden ser autoinducidas. En ocasiones también se pueden presentar crisis tónico-clónicas generalizadas (CTCG).

Objetivos:

Describir clínica y electroencefalográficamente los casos de SJ controlados en el Servicio de Neurología de nuestro Hospital.

Material y Métodos:

Revisión de base de datos de laboratorio de Neurofisiología con diagnóstico de SJ. Revisión de fichas clínicas y registros EEG de los seleccionados.

Resultados:

Fueron recolectados 3 casos cuyas principales características son las siguientes: 1) Características demográficas: 2/3 sexo femenino; 3/3 inicio de crisis en etapa preescolar. 2) Clínica general: 2/3 CI subnormal; 3/3 con resto de examen neurológico normal; 3/3 neuroimágenes normales. 3) Semiología de crisis: 2/3 mioclonías palpebrales con ausencias; 3/3 mioclonías de extremidades superiores; 3/3 crisis fotosensibles; rolling-up 2/3. 4) EEG: 3/3 descargas epileptiformes generalizadas ante el cierre ocular; 2/3 respuesta fotoparoxística (+); 1/3 fenómeno de fixation-off. 5) Tratamiento: 1/3 Levetiracetam con empeoramiento clínico (contraindicados otros fármacos por enfermedad hepática grave, actualmente con medidas no-farmacológicas); 1/3 Acido Valproico + Lamotrigina con respuesta parcial; 1/3 Acido Valproico, libre de crisis.

Conclusiones:

Aunque nuestra serie es pequeña, podemos constatar plena coincidencia con las descripciones de la literatura en cuanto a predominancia en mujeres, inicio en edad preescolar, semiología de crisis y características del EEG, pero no concuerdan la presencia de mioclonías en extremidades superiores en el 100% de los casos y la ausencia de CTCG. Cabe destacar la asociación entre uso de levetiracetam y aumento de crisis en una paciente, lo que ha sido reportado anecdóticamente en otras series. Las intervenciones no-farmacológicas, como el uso de lentes con filtro UV, pueden significar algún beneficio.

9. EPILEPSIA EN SINDROME DE RETT CLÁSICO Y VARIANTE: SERIE DE 8 PACIENTES

Carolina Urbina, Daniela Triviño, Juan Luis Moya, Ximena Carrasco.

Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción:

La epilepsia es frecuente en el Síndrome de Rett (SR), confiriendo mayor gravedad clínica y riesgo de deterioro. Las crisis suelen aparecer entre los 2 y 5 años de edad, son diversas, pueden ser refractarias, pero con el tiempo tienden a disminuir. En una mayoría de casos pasados los 4 años, el EEG se encuentra alterado, independientemente de la evolución clínica.

Objetivos:

Describir características clínico-electroencefalográficas de pacientes con SR controladas en nuestro Servicio.

Material y Métodos:

Revisión de fichas de 8 pacientes con diagnóstico clínico de SR.

Resultados:

Ocho pacientes de sexo femenino, rango de edad 3,5 a 16 años, 3 con SR Clásico (SRC) y 5 Variantes (SRV). Cinco cuentan con estudio genético de MECP2. Cinco de 8 (62%) han presentado epilepsia durante su evolución (3/3 SRC y 2/5 SRV); entre los SRV, uno corresponde a la variante con epilepsia precoz (espasmos masivos/hipsarritmia). De los 3 SRV sin epilepsia, 2 presentaron convulsiones febriles simples. Edad promedio al inicio de epilepsia en SRC: 3,3 años. Crisis más frecuentes: parciales complejas (4/5) y atónicas (3/5). De 7 pacientes mayores de 4 años, 6 muestran a la fecha EEG alterado (86%); los más frecuentes hallazgos: actividad de base enlentecida, elementos fisiológicos de sueño ausentes y descargas epileptiformes focales/multifocales. Dos de las 5 epilepsias (40%) fueron refractarias. Farmacoterapia antiepiléptica: monoterapia en 2 y politerapia en 3 pacientes; la paciente SRV/epilepsia precoz utilizó 6 fármacos y dieta cetogénica, disminuyendo esta en 85% las crisis. Dos de las 3 pacientes adolescentes del grupo están ahora libres de crisis.

Conclusiones:

Nuestra serie se comporta mayoritariamente según lo previamente descrito. Discrepa la presentación de crisis atónicas en mayor proporción de casos. Además, un caso SRV, confirmado genéticamente, muestra EEG normal a los 16 años de edad, bajo tratamiento con oxcarbazepina. Discutible es el diagnóstico de “convulsiones febriles” en 2 de 3 pacientes consideradas libres de epilepsia. Como críticas al reporte planteamos que un caso tiene aún corta edad y que deberemos reevaluar esta casuística al completar el estudio genético del total de pacientes.

10. CARACTERIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA DE PACIENTES CON COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS POR CARDIOPATÍA CONGÉNITA OPERADA DURANTE LOS AÑOS 2013-2015

Verónica Opazo, Cristan Cuitiño, Paulina Opazo, Juan Moya, Claudia Riffo, Bolívar Valenzuela.

Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Servicio de Neurología, Hosp. Luis Calvo Mackenna.

Introducción:

El Hospital Luis Calvo Mackenna (HLCM) es centro de referencia nacional en el tratamiento quirúrgico de cardiopatías congénitas (CC). Las CC en Chile son frecuentes, estimándose entre 4-12:1.000, similar a cifras mundiales, un 35% necesita cirugía en el primer año de vida. Las complicaciones neurológicas son una importante causa de morbimortalidad, con incidencia de complicaciones inmediatas de 3-20% (Avila-Alvarez, 2012). Sin embargo, hay limitados estudios en población pediátrica.

Objetivos:

Describir una serie de casos con diagnóstico de CC operada en HLCM, mediante análisis retrospectivo, con énfasis en patrón electroencefalográfico.

Material y Métodos:

Se consulta base de datos de hospitalizados de Neurología y Unidad de Electrofisiología. Determinación de interconsultas por complicación neurológica aguda tras cardiocirugía. Criterios de inclusión: RNT con CC no-sindromática, estabilidad clínica, primera cirugía, complicación durante la primera semana. Posteriormente, análisis de datos del período de evaluación inicial.

Resultados:

Se analizan 20 pacientes, 16 son hombres, promedio 89,9 días de vida. Presentaron crisis epilépticas 11 pacientes, de los cuales 9 se encontraron con anticonvulsivante y 9 con sedoanalgesia. Del total, 1 presentó trazado normal sin crisis, 19 alterado. De ellos, 9 presentaron actividad interictal (6 multifocal, 3 focal); ninguno actividad ictal; 1 estallido supresión, y 11 lentitud (7 continua, 3 multifocal, 1 focal). Hay 6 pacientes con neuroimagen alterada correlacionada con focalidad; 7 normal, y 7 sin neuroimagen. Localización de la actividad interictal es: 5 temporal, 4 frontal, 2 parietal, 1 central y 1 occipital. Respecto a lentitud focal/multifocal: 3 temporal, 3 parietal, 2 frontal, 2 central, 2 occipital. El paciente con estallido supresión evoluciona a actividad interictal multifocal.

Conclusiones:

Las crisis postoperatorias son un marcador de injuria cerebral. La alteración más frecuente es lentitud continua (35%), seguida de actividad interictal multifocal (30%), de localización más frecuente temporal y parietal, con correlación en neuroimagen. Se estima que aproximadamente 50% de la muestra presenta crisis epilépticas, cifra superior a lo estimado en la literatura (Gaynor, 2006), considerando probable sesgo de selección de la muestra. Por lo tanto es relevante el seguimiento electroencefalográfico seriado.

11. STATUS MIOCLÓNICO POR LAMOTRIGINA

Darío Ramírez.

Hospital del Salvador.

Introducción:

La lamotrigina puede inducir o agravar un status mioclónico. Se presentan tres casos clínicos que ilustran esta rara complicación.

Objetivos:

Contribuir al conocimiento de los status mioclónicos por lamotrigina.

Material y método: Presentación de casos clínicos.

Caso 1: mujer de 23 años, en tratamiento con litio, olanzapina y lamotrigina por un trastorno depresivo bipolar severo. Ingresa por status mioclónico, rápidamente controlado con ácido valproico. Este medicamento es suspendido, por encefalopatía. Reaparecen las mioclonías, complicación que no es atribuible al litio (suspendido) ni a la clozapina (reducida a 50 mg/día). El status es controlado suspendiendo la lamotrigina –que se había mantenido en dosis de 300 mg/día.

Caso 2. Mujer de 14 años, sufre de una epilepsia altamente refractaria asociada a miopatía de cinturas y a ataxia. En tratamiento con clobazam 30 mg/día, levetiracetam 2000 mg/día, ácido valproico 1500 mg/día, lacosamida 150 mg/día, lamotrigina 400 mg/día. Ingresa por status mioclónico subcortical (con EEG que inscribe sólo los artefactos de movimiento). Se reduce la dosis de lamotrigina a 200 mg/día, con lo cual se obtiene control del status y se le da el alta. No se logra reducción mayor por deterioro EEG, que muestra cerca de 100 descargas de PPO en 20 minutos.

Caso 3. Mujer de 43 años, sufre de una epilepsia altamente refractaria bien equilibrada con un esquema que asocia topiramato, el cual debe ser retirado por vasculitis ANCA(+). Queda con dosis diarias de pregabalina 225 mg, clobazam 30 mg, lamotrigina 450 mg, clonazepam 2 mg y prednisona 60 mg. Es hospitalizada por la ocurrencia de crisis focales segmentarias o hemicorporales en salvas. Estas crisis son controladas pero evoluciona a un status mioclónico. Se maneja con clobazam a 60 mg/día, fenobarbital 200 mg/noche, suspensión de la pregabalina y reducción de lamotrigina a 200 mg/día. Dos días más tarde: sin mioclonías, EEG sin signos de epilepsia.

Discusión:

Los tres casos demuestran que lamotrigina es capaz de provocar o agravar status mioclónicos en pacientes con tratamientos complejos que incluyen otros medicamentos mioclonizantes. Se recomienda prudencia al utilizarla en contextos similares.

12. MECANISMOS DE LA INTOXICACIÓN POR FENITOÍNA CON ATAXIA CEREBELOSA Y ENCEFALOPATÍA

Darío Ramírez.

Hospital del Salvador.

Introducción:

Clásicamente se han diferenciado dos formas de intoxicación por fenitoína con ataxia cerebelosa: una forma crónica consecuencia de un tratamiento mantenido por largo tiempo y una forma aguda consecuencia del inicio de un tratamiento o de un aumento reciente de dosis. Sin embargo, esta aproximación ha perdido validez como consecuencia de la incorporación de nuevos fármacos y de un mejor seguimiento de los pacientes.

Objetivos:

Actualizar la descripción de las circunstancias y mecanismos de ocurrencia de la ataxia cerebelosa por Fenitoína.

Material y Métodos: presentación de una serie de 19 pacientes, 12 hombres, 7 mujeres, todos los cuales presentaban además encefalopatía.

Resultados: Se identifican 7 formas de ocurrencia diferentes: 1) Aguda por inicio reciente de tratamiento en alta dosis (1 caso por error de farmacia; otro por manejo de status) o en dosis media (1 caso). 2) Aguda por aumento reciente de dosis cotidiana o por tratamiento de carga por status: 2 casos. 3) Aguda por ajustes caóticos de dosis por el paciente mismo o su familia: 2 casos. 4) Aguda complicando un tratamiento en dosis media mantenido por años, consecuencia de la elevación de niveles plasmáticos por hipotiroidismo (1), por anorexia (1) o por introducción de disulfiram (1). 5) Aguda-reversible en pacientes con tratamientos en alta dosis mantenidos sin síntomas durante años (4 casos). 6) Crónica, con síntomas espontáneamente regresivos bajo tratamiento prolongado con NPS siempre en rango terapéutico (1). 7) Subaguda, por aumento de dosis a niveles tóxicos en pacientes con retardo mental agravado por encefalopatía, a cargo de convivientes con retardo que no reaccionan ante la aparición de la ataxia por más de un año, con consecuencia de invalidez permanente (2 casos).

Discusión:

La ataxia cerebelosa por fenitoína se asocia siempre a encefalopatía y es aguda en la inmensa mayoría de los casos –incluso en pacientes tratados por años o décadas con dosis altas. La no-reversibilidad es consecuencia de la mantención de la dosis tóxica.

13. ARTETERAPIA EN PACIENTES CON EPILEPSIA: EXPERIENCIA PILOTO

Loreto Ríos-Pohl (1), Nour Benito (2), Patricia Rivas (2), René Rivas (2).

(1) Centro Avanzado de Epilepsia Clínica Las Condes.

(2) Hospital Clínico San Borja Arriaran.

Introducción:

El arteterapia se entiende como una combinación entre arte y psicoterapia, en donde a través del arte la persona utiliza la comunicación no verbal como medio de expresión consciente e inconsciente de sus pensamientos, conflictos y sentimientos.

Material y Métodos:

Se realiza taller de Arteterapia inmersa en actividades de celebración del Día Mundial de la Epilepsia, en Clínica Las Condes. Diez pacientes portadores de epilepsia bien controlada entre 7 y 21 años (promedio: 12 años) con rendimiento cognitivo normal o retraso leve, pintan máscaras en estilo libre, monitorizados por arteterapeutas. Se solicita a los pacientes que pinten máscara en estilo libre, con indicación única de dividir máscara en 2. Una mitad debía pintarse según la autopercepción de ser portador de epilepsia y la otra mitad, cómo le gustaría verse. La explicación de su creación es relatada e interpretada por psiquiatra infantil, quien participó en el taller.

Resultados:

Nueve de 10 pacientes, evidenciaron clara diferencia en la utilización de colores y estilo entre la mitad afectada con epilepsia y su mitad deseada. Un paciente -si bien expresaba que su aceptación de enfermedad estaba superada- evidenciaba que la mitad pintada con epilepsia sobrepasaba el límite hacia su visión ideal. Sólo una paciente evidenció simetría de la pintura.

Conclusiones:

El arteterapia es una forma eficaz y muy efectiva en evaluar la autopercepción inconsciente de pacientes afectados de epilepsia. Su utilización no solo puede diagnosticar trastornos de ánimo, si no que evaluar evolución y respuestas a tratamientos psicológicos.

14. REQUERIMIENTOS DE SEDACIÓN EN UN LABORATORIO DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA AMBULATORIO

Marly Baeza, Paola García, Carolina Rifo, Pilar Gómez, Loreto Ríos-Pohl.

Laboratorio de Electroencefalografía. Liga Chilena Contra la Epilepsia.

Introducción:

La obtención de un buen registro electroencefalográfico bajo sueño incrementa la sensibilidad del examen y suele ser requisito para el estudio de epilepsia en pacientes con severo trastorno conductual. El uso exclusivo de privación parcial de sueño es lo deseado, pero muchas veces no es suficiente o por riesgo de exacerbar el riesgo de crisis es necesario utilizar sedación. Los dos fármacos más ampliamente utilizados para este fin son el hidrato de cloral y -recientemente- la melatonina.

Objetivos:

Se realiza un análisis retrospectivo del total de EEG solicitados con privación de sueño en el laboratorio de EEG de la Liga Chilena contra la Epilepsia. Se analiza número total de pacientes que requirieron sedación, tipo de sedación, motivo y efectos adversos.

Materiales y Métodos:

Se analiza hoja de ruta realizada por TENS, de todos los EEG solicitados con privación de sueño, entre el 01 de noviembre de 2014 y el 31 de diciembre de 2015, analizando diagnóstico, necesidad de sedación, tipo de sedación y relación con el diagnóstico.

Resultados:

De un total de 1.448 fichas de pacientes que se realizaron con privación de sueño, se requirió utilizar sedación solo en 184 (12,7%), 117 de sexo masculino (63%). Edad promedio de 7,2 años (3 meses – 50 años). Sólo el 20, 6 % tenía retardo mental. Hidrato de cloral fue el más utilizado en un 79%; melatonina en 12% y en 9% ambos. No se reportó ningún efecto adverso.

Conclusión:

El uso de sedación es requerida en un número bajo de pacientes. Su correcta utilización permite optimizar la calidad del registro y la eficiencia en la toma, sin riesgos de efectos adversos.

15. EFICACIA DE DIETA CETOGÉNICA EN PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA ATENDIDOS ENTRE NOVIEMBRE 2011 Y ENERO 2016 EN EL HOSPITAL DE NIÑOS LUIS CALVO MACKENNA, SANTIAGO, CHILE

Cristian Cuitiño, Jonathan Velásquez, Verónica Opazo, Juan Moya.

Servicio Neurología y Psiquiatría, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción:

La dieta cetogénica (DKG) es una alternativa de tratamiento en pacientes con epilepsia refractaria. Ampliamente utilizada desde hace cien años, siendo relegada ante la aparición de fármacos antiepilépticos (FAE). Resurge como tratamiento en las últimas décadas, mostrando efectividad en disminuir la frecuencia de crisis.

Objetivos:

Evaluar eficacia de DKG en tratamiento de crisis epilépticas en pacientes con diagnóstico de epilepsia refractaria.

Material y Métodos: Revisión de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de epilepsia refractaria tratados con DKG, atendidos en el servicio de neurología del Hospital Luis Calvo Mackenna entre noviembre 2011-enero 2016. Observación retrospectiva/sistematización de datos de 4 pacientes con epilepsia refractaria tratados con DKG.

Resultados:

Se reclutaron 4 pacientes, 2 hombres (edad 5-14 años). El 100% presentó epilepsia refractaria con múltiples tipos de crisis (atónicas y mioclónicas las más frecuentes), además de retraso del desarrollo/déficit intelectual y signos neurológicos asociados (elementos del espectro autista, síndrome piramidal, cerebeloso, extrapiramidal y pseudobulbar). Etiología diversa: hipoxia-isquemia postnatal (inmersión), esclerosis tuberosa (CET), síndrome de Rett variante (SRV), y epilepsia mioclónica de probable origen genético-metabólico. Todos recibieron múltiples FAE (Clobazam, levetiracetam, ácido valproico, fenobarbital, lamotrigina, ACTH). Se indicó DKG clásica a todos; la duración promedio fue 12,5 meses (3 meses-2 años). Una vez lograda cetonuria adecuada (hospitalizados), se realizó seguimiento clínico-metabólico en Nutriología/Neurología, evaluando eficacia y complicaciones. Las crisis disminuyeron >50% en 3 pacientes, con efecto mayor sobre aquellas atónicas. La dieta fue suspendida en dos pacientes por estabilidad clínica, a los 11 y 24 meses de iniciada; actualmente uno mantiene crisis diarias y el otro se encuentra libre de eventos. En la tercera paciente (epilepsia mioclónica), pese a eficacia, se suspendió dieta por desnutrición al año de tratamiento; el cuarto paciente (CET), quien también fue sometido a callosotomía, ha disminuido crisis en <50%, pero se percibe más conectado. El deterioro ponderal mencionado fue el único efecto adverso reportado.

Conclusiones:

Aunque la muestra es pequeña, la DKG fue efectiva en disminuir la frecuencia de crisis epilépticas (sobre todo atónicas), en 3 de 4 niños, con baja incidencia de reacciones adversas. Debe ser considerada con mayor frecuencia en el tratamiento de epilepsia refractaria.

16. USO DE LEVETIRACETAM EN SÍNDROME CONVULSIVO EN RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA (HLCM) ENTRE 2013-2015.

Carolina Narváez, Marcelo Bascur, Patricio Lacaux, Juan Moya.

Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción:

Las convulsiones son una patología relativamente común en el período neonatal. El fenobarbital ha sido utilizado como primera línea aunque la eficacia se reporta en alrededor del 50%. El levetiracetam (LEV) es una alternativa terapéutica aparentemente bien tolerada, con pocas interacciones medicamentosas; los efectos adversos más reportados son la sedación y cambios del comportamiento. Su uso en recién nacidos está aún bajo investigación.

Objetivos:

Describir características clínicas de neonatos que recibieron tratamiento antiepiléptico con LEV.

Material y métodos:

Revisión de fichas de pacientes que usaron LEV durante período neonatal (enero 2013-diciembre 2015) en HLCM. Estudio retrospectivo, descriptivo.

Resultados:

Se reclutaron 13 pacientes, 5 mujeres/8 hombres. Seis pacientes fueron RNPT (1 <32 semanas, ninguno <28 semanas). Del total, 8 presentaron crisis epilépticas en las primeras 2 semanas de vida (4 dentro de las primeras 72 horas), 5 lo hicieron después de este período. El primer fármaco antiepiléptico (FAE) utilizado fue el Fenobarbital (FNB) en 11 pacientes; en dos niños LEV fue primera indicación. De los pacientes que iniciaron terapia con LEV, 1 paciente presentaba falla hepática y el otro paciente estaba en peritoneodiálisis. En los restantes 11, LEV fue segunda opción de tratamiento en 7 pacientes, y en 4 fue tercera opción tras fenitoína. La dosis utilizada fue 30-60 mg/kg/día. Al iniciar LEV o agregarlo al tratamiento, en 6/13 niños cedieron las crisis; los restantes 7 cursaron con crisis de múltiples tipos y difícil manejo a pesar de uso de varios FAE. En relación a etiología, 5 pacientes presentaban signos de encefalopatía hipóxico-isquémica (1 asociado a hemorragia intracraneal [HIC]); 3 pacientes, malformaciones del desarrollo cortical; 2 pacientes, tumores y/o colecciones; 1 paciente, leucomalacia periventricular y hemorragia intraventricular (RNPT <32 sem); 1 paciente con encefalopatía hiperbilirrubínica y 1 paciente con HIC.

Conclusiones:

LEV parece constituir una alternativa válida de tratamiento en neonatos que no responden a terapia con FAE convencionales, logrando control de crisis en poco menos de la mitad de casos. En nuestra serie se utilizó principalmente como agregado, pero es discutible su uso como primer medicamento dada su seguridad y escasos efectos adversos.

17. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CRISIS EPILÉPTICA ÚNICA NO PROVOCADA

Patricio Lcaux, Jonathan Velásquez, Bolívar Valenzuela, Ximena Carrasco, Verónica Gómez, Juan Moya.

Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Servicio de Neurología Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción:

Se entiende por crisis epiléptica única no provocada (CEUNP) a la primera crisis epiléptica que no obedece a una causa aguda, reversible. La evolución natural implicaría 40 a 50 % de recurrencia de crisis en dos años.

Objetivos:

Determinar características diferenciales de pacientes CEUNP que recurren en relación con los que no recurren en el primer año de seguimiento.

Materiales y Métodos:

Revisión de base de datos del laboratorio de Neurofisiología de nuestro Hospital, entre enero/2013 y diciembre/2014. Estudio de fichas clínicas de los casos seleccionados con CEUNP. Análisis estadístico mediante Chi cuadrado.

Resultados:

Veintisiete pacientes (56% mujeres); rango de edad a la crisis: 1 mes a 18 años. Ocho repiten crisis en primer año (29,6%). Respectivamente, características de quienes repitieron crisis (8 sujetos), versus quienes no lo hicieron (19 sujetos) son las siguientes: Edad promedio: 4,5 vs 4,3 años; sexo femenino: 62,5% vs 52,6% ($p=0,96$); examen neurológico alterado 12,5% vs 5,2% ($p=0,51$); retraso del desarrollo psicomotor o discapacidad intelectual 37,5% vs 10,5% ($p=0,26$); epilepsia familiar 37,5% vs 42,1% ($p=0,82$); antecedente de convulsión febril 12,5% vs 10,5% ($p=0,88$); crisis focal 62,5% vs 5,2% ($p=0,0058$); duración promedio de crisis 7,3 vs 4,2 min; status epiléptico 12,5% (1 caso) vs 0% ($p=0,64$); electroencefalograma alterado 37,5% vs 21% ($p=0,68$); neuroimagen alterada 50% vs 15,7% ($p=0,17$).

Conclusiones:

Nuestra serie coincide en describir como principales factores de riesgo de recurrencia de crisis los ya aceptados en la literatura (a saber: examen neurológico alterado y/o retraso del desarrollo psicomotor, crisis focal, EEG alterado y neuroimagen alterada). No sucede lo mismo en el caso de antecedente familiar de epilepsia. La asociación estadística sólo fue significativa para una mayor recurrencia de eventos en caso de primera crisis focal.

