



XVIII JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA

“Viejas preguntas, ¿nuevas respuestas?”

06 Y 07 DE JULIO DE 2018

**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**



XVIII JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA

***“VIEJAS PREGUNTAS,
¿NUEVAS RESPUESTAS?”***

06 Y 07 DE JULIO DE 2017

***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: +56222310172

www.epilepsiadechile.cl

socepchi@gmail.com



XVIII JORNADAS INVERNALES DE LA SOCIEDAD DE EPILEPTOLOGÍA DE CHILE "VIEJAS PREGUNTAS, ¿NUEVAS RESPUESTAS?"

Una discusión recurrente dentro de cualquier encuentro entre médicos dedicados a epilepsia, es la definición de ésta como *condición* o bien como *enfermedad*. Casi siempre, al final del día, tal dilema se convierte en una disyuntiva difícil de zanjar. Más allá de la semántica plana, parece complicado entregar una u otra calificación a un universo de entidades que distan mucho de ser homogéneas (de ahí surge otro término ampliamente difundido: el que alude a la existencia de variadas "epilepsias" por sobre un constructo unívoco). En un niño con epilepsia crono-dependiente, se vuelve más sencillo pensar en que nos enfrentamos a una *condición*, que tarde o temprano dejará de ser un dolor de cabeza para el médico y la familia. Por otro lado, en un paciente con un daño encefálico permanente, que compromete a la corteza cerebral, parece más adecuado referirse a una *enfermedad* con todas sus letras.

No es nuestra intención centrarnos en esta dualidad; sin embargo, resulta inevitable mencionarla antes de hablar del tema central de las presentes Jornadas Invernales. La XVII edición de este encuentro no tratará acerca de la *epilepsia-enfermedad*, sino que la abordará como "síntoma marcador" de una patología subyacente (con todas las implicancias que conlleva este escenario clínico). En él, la crisis sigue siendo actor principal, pero con otros protagonistas que añaden complejidad a la historia.

La presencia de crisis epilépticas siempre debiera conducir al clínico a pensar tanto en su manejo como en la búsqueda de la causa que las provoca. Más allá de la inevitable prerrogativa de detener las crisis, la importancia de perseguir un diagnóstico etiológico no debiera verse nublada por la andanada de fármacos anticonvulsivantes que suele acompañar la consulta de urgencia. Además, la semiología de la crisis que motiva la evaluación debe ser cuidadosamente analizada, a fin de localizar el foco de origen del fenómeno epiléptico. En muchas ocasiones, la correcta ubicación del punto de partida de una crisis (junto con la edad, comorbilidades y otros antecedentes) puede ser el elemento clave para desentrañar las causas de ésta.

Existen múltiples condiciones agudas o subagudas que pueden presentarse con una crisis epiléptica como primera manifestación. Entre ellas, las más reconocidas son el traumatismo encéfalo-craneal (TEC), los trastornos inflamatorios (infecciosos e inmunes) del sistema nervioso central, y la enfermedad cerebrovascular o *stroke*. Todas son situaciones en las que el evento epiléptico puede elevar la sospecha hacia una u otra alternativa, dependiendo del contexto de cada paciente. Esto no es trivial: cada individuo presenta características únicas, que ameritan un abordaje comprensivo, de modo de elegir el tratamiento apropiado y optimizar las herramientas diagnósticas. Adicionalmente, la evolución del paciente puede generar modificaciones en el diagnóstico: lo que inicialmente constituyó una "crisis sintomática aguda", puede derivar hacia una "epilepsia sintomática" en el largo plazo¹. Para el médico y equipo tratante, es indispensable conocer los llamados *factores de riesgo* o *predictores*, propios de cada enfermedad, que podrían anticipar la aparición de una epilepsia posterior. En este sentido, es fundamental tener en cuenta la evidencia disponible y los lineamientos de acción propuestos en base a ella. Discutir acerca de ello es parte de los objetivos que se deseamos cumplir en el curso de las presentes Jornadas.

En ocasiones, es un fármaco o un tóxico el que precipita la ocurrencia de crisis; también hemos querido incorporar a este grupo de pacientes en la discusión. Con este fin, se han incluido dos temas: las crisis por ingestión de tóxicos y el síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), casi un paradigma de crisis epilépticas gatilladas por el uso de determinados medicamentos. Ambos ejemplos nos recuerdan que el afrontamiento de una crisis puede llevar hacia recorridos diversos, en los que la línea de meta no necesariamente se cruza eligiendo un

¹ Según las nuevas clasificaciones en epilepsia, debiéramos reemplazar el término *sintomática* por *de causa estructural, inmune o infecciosa*, según sea el caso.

fármaco idóneo, sino que retirándolo. Una vez más, se vuelve necesario tener el conocimiento requerido para "desconfiar" de determinadas drogas o medicaciones, cuyo rol patogénico suele ser sospechado ante la presencia de otros síntomas neurológicos (distintos de la crisis epiléptica) que deben ser buscados de forma dirigida por el clínico.

En cuanto a la epilepsia como expresión crónica de una enfermedad asociada, el margen de posibles alternativas es extenso. Dentro de gran parte de Latinoamérica, la cisticercosis es una causa prevalente de epilepsia; en la realidad chilena, ha sido desplazada por otras etiologías que han predominado durante las últimas décadas. Durante las Jornadas, se explorarán dos arquetipos de patología estructural en los que la epilepsia asoma como protagonista: las displasias corticales focales (de especial importancia en Pediatría) y los tumores del sistema nervioso central (relevantes tanto en adultos como en niños, pero particularmente estudiados en el primer grupo). Ambos tópicos serán acompañados por una revisión dedicada al Complejo Esclerosis Tuberosa, afección de origen genético-estructural que ha sido igualmente catalogada como una patología *modelo* dentro del estudio y manejo de las crisis epilépticas. Displasias, tumores y túberes son nombres que nos transportan directamente hacia el terreno de las Neuroimágenes en epilepsia; su inmensa utilidad como recurso diagnóstico será otro de los temas abordados en esta oportunidad.

Por último, hemos considerado un espacio para ciertas condiciones genéticas y metabólicas, cuyo reconocimiento permite adelantarse a la presentación de determinados síndromes epilépticos y prever la aparición de ciertos patrones electroencefalográficos. Se ha incluido al síndrome de Rett y el síndrome de Down en un bloque reservado, atendiendo a su estrecha relación con el desarrollo de crisis epilépticas y a sus particularidades dentro de la práctica clínica. Además, la presente edición de las Jornadas tiene el privilegio de contar con la presencia del Dr. Jaume Campistol, prestigiado investigador y clínico del campo de la Neurología Pediátrica. El Dr. Campistol, oriundo de Catalunya, ha dedicado buena parte de su vida al estudio de las epilepsias en el intrincado contexto de los Errores Innatos del Metabolismo, con énfasis en las deficiencias vitamínicas (grupo de gran trascendencia, debido a la posibilidad cierta de instaurar un tratamiento específico). Apoyados por su experiencia, tendremos la oportunidad de visitar estos temas, que afectan esencialmente a población pediátrica, pero conciernen de igual modo a adolescentes y adultos.

Esperamos que disfruten esta nueva versión de nuestro tradicional evento. Pero por sobre todo, que lo aprendido a lo largo de éste nos entregue nuevas perspectivas; nos ayude a actualizar y ampliar el conocimiento de las distintas patologías estudiadas; y nos facilite la tarea de generar un lenguaje común. Solo hablando el mismo idioma, podremos tomar mejores decisiones en nuestro quehacer diario, con el consiguiente beneficio para quienes impulsan el hábito de reunirnos año tras año: los pacientes con epilepsia.

Como veremos, lamentablemente suele no ser el único problema.

Dr. Juan Moya Vilches y Dr. Juan Salinas, Presidentes XVII Jornadas

PROGRAMA

VIERNES 06 DE JULIO DE 2018

08:45-09:00 Discurso inaugural. Bienvenida
Dra. Claudia Riffo / Dr. Álvaro Velásquez.

MÓDULO I: CRISIS EPILÉPTICAS Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS.

- 09:00-09:30 Diagnóstico en epilepsia. ¿Cuál es el rol de la semiología y el electroencefalograma en el siglo XXI?
Dr. Darío Ramírez, Neurólogo, Hospital del Salvador/Clinica Indisa.
- 09:30-10:00 Primera crisis epiléptica no provocada. ¿En quiénes sospechar el debut de una epilepsia?
Dr. José Luis Castillo, Neurólogo, Hospital del Salvador.
- 10:00-10:30 Epilepsia resuelta o inactiva. ¿Cuándo y cómo suspender el tratamiento, y en qué situaciones prever la recurrencia?
Dr. David Martínez, Neurólogo, Liga Chilena contra la Epilepsia/Clinica Las Condes.
- 10:30-11:00 CAFÉ
- 11:00-11:30 Convulsiones febriles y síndromes epilépticos focales de la niñez. ¿Tratar o armarse de paciencia?
Dra. Macarena Bertrán, Neuróloga Pediátrica, Hospital Regional de Talca.
- 11:30-12:00 Estado epiléptico. ¿Qué viene después de las benzodiazepinas?
Dr. Pablo González, Neurólogo, Clínica Las Condes.
- 12:00-12:30 MESA REDONDA.
- 12:30-13:15 Epileptic spasms according to clinical features and etiology: is the treatment always the same?
Espasmos epilépticos según clínica y etiología: ¿es el tratamiento siempre el mismo?
Dr. Giuseppe Gobbi, Neurólogo Pediátrico, Hospedale Maggiore/Universidad de Bologna, Italia.
- 13:15-14:15 ALMUERZO/LIBRE
- 14:15-15:00 TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS (Presentación oral).
- 15:00-16:30 PRESENTACIÓN DE PÓSTERS.
- 16:30-17:00 CAFÉ

MÓDULO II: ESTUDIO DE LAS EPILEPSIAS.

- 17:00-17:30 Monitoreo EEG prolongado en unidades de paciente crítico. ¿Cómo implementarlo de manera racional?
Dr. Jaime Godoy, Neurólogo, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.
- 17:30-18:00 Neuroimagen en epilepsia. ¿Qué debe incluir el protocolo de epilepsia? ¿Cuál es el rol de las imágenes funcionales?
Dra. Ximena Stecher, Neurorradióloga, Clínica Alemana de Santiago.
- 18:00-18:20 MESA REDONDA.

SÁBADO 07 DE JULIO DE 2018

MÓDULO III: DECISIONES TERAPÉUTICAS.

- 09:00-09:30 Cirugía en epilepsia de origen estructural. ¿Cuándo ir al grano?
Dr. Manuel Campos, Neurocirujano, Clínica Las Condes.
- 09:30-10:00 Electrocorticografía intraoperatoria. ¿En qué casos puede ser de utilidad? (Modalidad de controversia).
Dra. Keryma Acevedo, Neuróloga Pediátrica, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.
Dra. Ada Chicharro, Neuróloga, Clínica Alemana de Santiago.
- 10:00-10:30 MESA REDONDA.
- 10:30-11:00 CAFÉ.

MÓDULO IV: ESCENARIOS ESPECIALES.

- 11:00-11:30 The spectrum of BCECTS with CSWS: What are the pros and cons of drug therapy?
Espectro de epilepsia con espigas centro temporales y espiga-onda continua del sueño lento. ¿Cuáles son los pros y contras del tratamiento?
Dr. Giuseppe Gobbi, Neurólogo Pediátrico, Hospedale Maggiore/Universidad de Bologna, Italia.
- 11:30-12:00 El recién nacido con sospecha de crisis. ¿Cuándo tratar y por cuánto tiempo?
Dra. Daniela Aguilera, Neuróloga Pediátrica, Hospital Dr. Víctor Ruiz, Los Ángeles.
- 12:00-12:30 Epilepsia y embarazo. ¿De qué forma enfrentar el manejo farmacológico?
Dr. Rubén Marchant, Médico Internista, Clínica Alemana de Santiago.
- 12:30-13:00 MESA REDONDA.
- 13:00-13:15 CIERRE. Comité Organizador XVIII Jornadas Invernales de Epilepsia.
Presentación XIX Jornadas Invernales de Epilepsia 2019.

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 (MINSAL)
-

Comité organizador XVII Jornadas:

- Dra. Claudia Riffo Allende
 - Dr. Álvaro Velásquez Núñez
 - Dr. Juan Luis Moya Vilches
 - Dr. Juan Salinas Véliz
 - Dra. Carla Manterola Mordojovich
 - Dra. Perla David Gálvez
 - Dr. Darío Ramírez Carvajal
-

Directorio de la Sociedad de Epileptología de Chile.

Presidente: Dr. Juan Salinas Véliz

Vicepresidente: Dra. Claudia Riffo Allende

Secretario General: Dra. Carla Manterola Mordojovich

Tesorero: Dr. Juan Luis Moya Vilches

Directores: Dr. Darío Ramírez Carvajal

Past President: Dr. Cayetano Napolitano Norero

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

Auspiciadores:

Abbott Laboratories

Biomarin Pharmaceutical

Exeltis Chile

Gador Chile

GlaxoSmithKline

Ferrer Chile

Laboratorios Saval

Librería Mediterráneo

Colaboración:

Médicos socios:	\$ 30.000
Médicos No Socios:	\$ 35.000
Otros profesionales:	\$ 20.000
Técnicos y estudiantes:	\$ 10.000

XVIII JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA

Santiago de Chile, 07 y 08 de junio de 2019



RESÚMENES DE TRABAJOS

TÍTULOS DE TRABAJOS LIBRES

1. EPILEPSIA EN EL ADULTO MAYOR. PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA EN UNA POBLACIÓN URBANA DE LA PROVINCIA DE CONSOLACIÓN DEL SUR: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA PUERTA A PUERTA.
2. MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN NIÑOS DE MADRES CON EPILEPSIA Y COMPARACIÓN CON UN GRUPO CONTROL. DATOS DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO DE EPILEPSIA Y EMBARAZO EN PINAR DEL RÍO, EXPERIENCIA 1996-2018.
3. ESPIGA ONDA LENTA DURANTE EL SUEÑO NO REM EN INFANTES: ¿EPILEPSIA PARCIAL BENIGNA O VARIANTE NORMAL?
4. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA RESECTIVA EN EPILEPSIA: MÁS ALLÁ DE LA LIBERTAD DE CRISIS.
5. CONDICIONES CO-OCURRENTES MÉDICAS Y CONDUCTUALES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).
6. PROGRAMA DE EPILEPSIA INFANTIL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS: UN NUEVO ENFOQUE.
7. AVANCE EN LAS ESTRATEGIAS DE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE EPILEPSIA EN CHILE.
8. CARACTERIZACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA E IMAGENOLÓGICA DE DISPLASIAS CORTICALES FOCALES OPERADAS.
9. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA Y DIETA CETOGÉNICA: EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y CALIDAD DE VIDA.
10. POLICLÍNICO DE EPILEPSIA REFRACTARIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO DE CHILE.
11. ESTADO EPILÉPTICO ELÉCTRICO DEL SUEÑO (ESES): CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESPUESTA A TRATAMIENTO EN UNA SERIE DE 6 CASOS DEL HOSPITAL DR. LUIS CALVO MACKENNA (HLCM).
12. ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO (EIM) EN UNA UNIDAD DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA ENTRE LOS AÑOS 2003-2018.
13. EXPERIENCIA CON CLOBAZAM EN EL POLICLÍNICO DE EPILEPSIA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR.
14. HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN RECIEN NACIDOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNE BROUSSE EN EL AÑO 2013.
15. CARACTERÍSTICAS DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS QUE SON INTERCONSULTADOS AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL DR. LUIS CALVO MACKENNA (HLCM).

EPILEPSIA EN EL ADULTO MAYOR. PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA EN UNA POBLACIÓN URBANA DE LA PROVINCIA DE CONSOLACIÓN DEL SUR: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA PUERTA A PUERTA

TL1

Juan Miguel Riol (1), Antonio García (2), José Nelet Rodríguez (2), Juan Manuel Zaldívar (2), Alexis Soto (2), Emilio Sao (2), Nadia Arteche (2), Omar Vara (2), Roberto Anillo (3), Alexis Pérez (3), René Andrade (4), Juan Álvaro García (4).

(1) Departamento de Neurología, Sección de Epilepsia, Hospital Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba.

(2) Departamento de Neurología, Hospital Universitario Abel Santamaría, Pinar Del Río, Cuba.

(3) Departamento de Neurología, Hospital Comandante Pinares, San Cristóbal, Cuba.

(4) Departamento de Neurología, Sección de Epilepsia, Instituto Nacional de Neurología, La Habana, Cuba.

Introducción. Se ha reportado un aumento en la incidencia de epilepsia en pacientes adultos de más de 60 años de edad (adultos mayores).

Objetivo. Conocer la prevalencia y etiología de la epilepsia en adultos mayores, a través de una encuesta puerta a puerta, en la municipalidad de Consolación, provincia de Pinar del Río.

Métodos. La población urbana de la municipalidad de Consolación está compuesta, de acuerdo con el censo de 2016, de 87.419 habitantes, de quienes un 19,8% es mayor de 60 años. Veinticinco médicos de familia fueron entrenados en el Programa Educativo de Pinar del Río, para realizar el estudio en siete áreas de la población urbana de Consolación Del Sur. Los diagnósticos finales fueron basados en los criterios de la Liga Internacional Contra la Epilepsia y fueron validados por dos epileptólogos y siete neurólogos. Se diseñó un formulario para registrar información demográfica, clínica y paraclínica. Los resultados fueron registrados en una base de datos para efectuar el análisis estadístico.

Resultados. Un total de 12.500 adultos mayores fueron incluidos (59% masculinos y 41% femeninos); 212 tenían epilepsia activa, lo que representa el 1,69% de la población total de adultos mayores. La prevalencia fue de 16,9/1000 habitantes, predominantemente hombres y de raza blanca, con un rango de edad de 61-102 años y un promedio de edad de 75,6 años. La epilepsia fue más frecuente en el grupo de 70-80 años. Las crisis focales con o sin generalización secundaria fueron predominantes (52,3%). Un 34,3% de las causas fueron desconocidas. Las principales causas de epilepsia sintomática fueron: stroke (42,5%), enfermedades degenerativas (14,7%) y tumores cerebrales (4,3%).

Conclusión. La epilepsia en el adulto mayor representa un problema de salud en aumento en Consolación Del Sur. Éste es el primer estudio de epilepsia basado en población en adultos mayores reportado en Cuba.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN NIÑOS DE MADRES CON EPILEPSIA Y COMPARACIÓN CON UN GRUPO CONTROL. DATOS DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO DE EPILEPSIA Y EMBARAZO EN PINAR DEL RÍO, EXPERIENCIA 1996-2018

TL2

Juan Miguel Riol (1), Antonio García (2), José Nelet Rodríguez (2), Juan Manuel Zaldívar (2), Alexis Soto (2), Emilio Sao (2), Nadia Arteché (2), Omar Vara (2), Roberto Anillo (3), Alexis Pérez (3), René Andrade (4), Juan Álvaro García (4).

(1) Departamento de Neurología, Sección de Epilepsia, Hospital Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba.

(2) Departamento de Neurología, Hospital Universitario Abel Santamaría, Pinar Del Río, Cuba.

(3) Departamento de Neurología, Hospital Comandante Pinares, San Cristóbal, Cuba.

(4) Departamento de Neurología, Sección de Epilepsia, Instituto Nacional de Neurología, La Habana, Cuba.

Introducción. La incidencia de malformaciones congénitas (MC) en niños de madres con epilepsia (ME) es más alta que en la población general, teniendo un origen multifactorial.

Objetivo. Conocer la frecuencia de malformaciones congénitas (MC) en niños de madres con epilepsia (ME).

Material y métodos. Estudio prospectivo y multicéntrico, en 520 niños de ME, realizado entre el 1 de enero 1996 – 1 de enero de 2018 en la provincia de Pinar del Río, Cuba. Se diseñó un formulario para registrar datos demográficos, clínicos y genéticos, cuyos resultados fueron registrados en base de datos para posterior análisis estadístico. Los resultados fueron comparados con un grupo control (GC) de 1.042 niños de madres no epilépticas (MNE).

Resultados. Se diagnosticaron MC en 9,10% de niños de ME y 3,8% de niños de MNE (Odds ratio = 2,7; intervalo de confianza (IC) de 95%= 2,01–3,3). El rango de MC en niños de ME cuando se utilizó un solo fármaco antiepiléptico (FAE) fue de 3,1% y de 1,2% en controles (RR=2,1; IC 95%; 1,3-3,5%); de 4,9% cuando se usaron dos FAEs (RR=3,6; IC 95%; 2,1-6,5%) y 9,7 % cuando se usaron tres o más FAEs (RR=6,3; IC 95%; 2,5- 16,3). Las MC más frecuentes defectos cardiacos (1,63 % vs 0,4% GC), paladar hendido (1,15 % vs 0,18% GC), urogenitales (1,80% vs 0,61% GC) y defectos de tubo neural (1,30% vs 0,50% GC). Las MC fueron más frecuentes en ME que usaron ácido valproico (AV) (14,38%) que las que usaron otros FAEs (2,7%) (P < 001). La dosis diaria de AV fue más alta en niños con MC que en aquellos sin MC (1750 vs 1000 mg; P < 0.01). El 37.5% de MC se diagnosticaron en niños de ME con crisis tónico-clónicas en el primer trimestre del embarazo.

Conclusiones. Las MC fueron más frecuentes en niños de ME. El uso de FAEs durante el embarazo, la politerapia, altas dosis de FAEs (especialmente AV) y la presencia de crisis durante el primer trimestre del son algunos de los factores de riesgo relacionados con MC en niños de ME.

ESPIGA ONDA LENTA DURANTE EL SUEÑO NO REM EN INFANTES: ¿EPILEPSIA PARCIAL BENIGNA O VARIANTE NORMAL?

TL3

Alberto Prat, Anna Milán, Ada Chicharro, Álvaro Velásquez, Alejandro de Marinis, Mónica González.

Clínica Alemana de Santiago/Universidad del Desarrollo.

Introducción. Las epilepsias infantiles tienden a formar parte de síndromes electroclínicos específicos. Existe una entidad denominada BIMSE (Epilepsia focal benigna de la infancia con espiga-onda lenta de la línea media durante el sueño), que se caracteriza por presentar crisis focales esporádicas entre los 4-30 meses de edad, con arresto motor, cianosis o automatismos; desarrollo psicomotor (DSM) normal; 50% de historia familiar de epilepsia; evolución benigna, y presencia de espiga onda lenta sobre regiones centrales en el electroencefalograma (EEG) durante el sueño No REM. A pesar de que las variantes normales del EEG se observan en un 0,5-10% de la población, el hallazgo EEG de este síndrome sólo se ha realizado en pacientes con epilepsia diagnosticada.

Objetivo. Evaluar si la presencia de espiga onda lenta de la línea media en el EEG se correlaciona clínicamente con los criterios previamente descritos para BIMSE.

Metodología. En forma retrospectiva se analizaron todos los EEG de duración ≤ 2 horas realizados a pacientes entre 4 meses y 5 años durante el año 2017. Se identificaron todos los EEG informados con espiga onda lenta de la línea media inespecífica, para luego determinar sus características demográficas y clínicas.

Resultados. De un total de 198 pacientes, 11 presentaron espiga onda lenta de la línea media (5,5%). La edad promedio fue de 2 años 5 meses. Todos tenían características electroencefalográficas específicas descritas en BIMSE, incluyendo “espiga inicial de bajo voltaje, seguido de onda lenta mayor, en forma de campana”. Dos de los 11 pacientes tenían antecedente de epilepsia, con crisis tónico-clónicas generalizadas. Un paciente tenía antecedente familiar de epilepsia y 2 pacientes tenían retraso en el DSM.

Conclusión. La presencia de espiga onda lenta de esta serie no se comporta clínicamente como lo descrito en BIMSE, observándose principalmente en pacientes sin antecedente de epilepsia, lo cual plantea la posibilidad de que corresponda a una variante normal.

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA RESECTIVA EN EPILEPSIA: MÁS ALLÁ DE LA LIBERTAD DE CRISIS

TL4

Alberto Prat, Juan Idiaquez, Anna Milán, Álvaro Velásquez, Alejandro de Marinis, Mónica González, Ada Chicharro.

Clínica Alemana de Santiago/Universidad del Desarrollo.

Introducción. La cirugía de epilepsia es el tratamiento más efectivo para lograr el control de crisis en pacientes con epilepsia refractaria que tienen ciertos síndromes epilépticos considerados “quirúrgicamente remediables”, como es el caso de la epilepsia del lóbulo temporal secundaria a esclerosis temporal mesial. En nuestro país, si bien la indicación de cirugía es cada vez más frecuente, sigue siendo en general bastante tardía. No existen estudios en nuestro país que evalúen la evolución a largo plazo de los pacientes operados.

Objetivo. Evaluar la libertad de crisis, reducción de fármacos antiepilépticos (FAEs) y empleabilidad en pacientes con epilepsia refractaria sometidos a cirugía resectiva.

Metodología. Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en pacientes sometidos a cirugía resectiva de epilepsia entre octubre de 2010 y marzo de 2018 en la Clínica Alemana de Santiago de Chile. De esta base de datos, seleccionamos pacientes que tenían al menos un año de seguimiento postoperatorio. Se utilizó la escala de Engel para cuantificar el grado de libertad de crisis postquirúrgico. Se evaluó además la mediana de reducción de FAE y empleabilidad al seguimiento.

Resultados. De un total de 32 pacientes operados, 28 presentaron un seguimiento mayor o igual a 12 meses. De éstos, el 88% presentó un Engel I, la mediana del número de FAEs utilizados disminuyó de 2 a 1, y la mediana de comprimidos de uso diario se redujo de 6 a 3 en el seguimiento postquirúrgico. En cuanto a la empleabilidad, la mayoría de los pacientes mantuvo su trabajo o mejoró en esta categoría.

Conclusión. En nuestra serie, los pacientes con epilepsia refractaria sometidos a cirugía resectiva de epilepsia lograron un alto porcentaje de libertad de crisis, significativa reducción de FAEs y buena empleabilidad postcirugía.

CONDICIONES CO-OCURRENTES MÉDICAS Y CONDUCTUALES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

TL5

Karina Tirado, Mariela Leyton.

Centro de Terapia el Comportamiento, Santiago de Chile.

Introducción. Los trastornos del espectro autista (TEA) son un conjunto heterogéneo y complejo de trastornos del neurodesarrollo. Condiciones médicas y conductuales suelen coexistir con los TEA, tales como discapacidad intelectual, epilepsia, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, trastorno ansioso o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), entre otras.

Objetivo. Caracterizar condiciones co-ocurrentes en un grupo pacientes con TEA de nuestro medio.

Pacientes y métodos. Se revisa el registro clínico de una serie de pacientes de Centro de Terapia del Comportamiento de Santiago de Chile, con diagnóstico de TEA, que cuentan con Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) y Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) concordantes al diagnóstico clínico.

Resultados. Se incluyeron 33 pacientes (29 hombres), edad promedio del diagnóstico 7 años. La mayoría con grado moderado (20 pacientes), 7 con leve, y 6 pacientes severos al ADI-R + ADOS-2. Ningún paciente sindrómico. Se contó con 12 WISC-III, sólo uno con discapacidad intelectual leve (en 12 no correspondió por edad y en 9 no se realizó). La mayoría (26 casos, 79%) presentó estereotipias y tenía condiciones co-ocurrentes al momento del diagnóstico (24 casos, 73%), algunos más de una (10 pacientes). No se encontraron pacientes con epilepsia en esta muestra, y sólo un paciente mostró un EEG con alteraciones específicas, pero sin clínica. Las principales comorbilidades fueron TDAH (15 pacientes), trastorno ansioso (6 pacientes) y trastorno del sueño (4 pacientes).

Conclusiones. Las co-ocurrencias en el TEA son frecuentes y muy significativas para los clínicos, por el gran impacto que tienen las intervenciones oportunas de estas áreas en la calidad de vida del paciente y su familia. El equipo multidisciplinario es fundamental en estos pacientes. Creemos que no pesquisamos epilepsia en esta serie debido a la ausencia de casos sindrómicos y la baja proporción de mujeres y de pacientes con discapacidad intelectual.

PROGRAMA DE EPILEPSIA INFANTIL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS: UN NUEVO ENFOQUE

TL6

Patricia Alfaro, Cynthia Margarit, Beatriz Núñez, Yuri Dragnic, Patricio Lacaux, Viviana Venegas.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital San Juan de Dios, Santiago de Chile.

Introducción. La epilepsia es una enfermedad crónica. Un sistema de atención en red permite mejorar la atención de los pacientes.

Objetivo. El objetivo de este nuevo esquema de trabajo fue establecer un funcionamiento coordinado entre la atención primaria y terciaria a través de la identificación de equipos de trabajo, su funcionamiento y sus principales limitaciones.

Material y método. En marzo de 2017, se realizó reunión de coordinación inicial entre el equipo del programa de epilepsia infantil del Hospital San Juan de Dios de Santiago y los centros de atención primaria de salud (APS) que dependen de éste. Posteriormente, se elaboró e implementó un formulario de contrarreferencia de pacientes y se realizaron visitas presenciales a cada centro, entre julio y diciembre de 2017. Estas fueron realizadas por médico y enfermera a cargo del programa en el hospital.

Resultados. Se visitó un total de 16 centros de APS de las comunas de Quinta Normal, Lo Prado, Pudahuel, Melipilla y Curacaví. Del total, 12 cuentan con un programa de epilepsia implementado, 15/16 centros cuentan con horas médicas destinadas al programa, y 5/16 cuentan con horas de enfermera. Todos realizan controles médicos cada 3 o 4 meses. Cinco de 16 centros realizan visitas de rescate. Todos cuentan con los fármacos antiepilépticos garantizados por la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES). Dos de 16 cuentan con recursos para adquirir algunos fármacos no garantizados por GES.

Discusión. El realizar un diagnóstico de los principales problemas en la atención de los pacientes permitió optimizar las intervenciones a realizar. Una de las principales limitantes era la referencia y contrarreferencia de los pacientes, lo que se está resolviendo con la implementación del formulario destinado a ello. Con respecto a las visitas, llama la atención que, si bien la mayoría de los centros cuenta con horas médicas destinadas al programa, sólo 5 centros cuentan con horas de enfermera, lo que limita su funcionamiento. Además, ningún centro destina horas de trabajadora social.

Conclusión. El trabajo en conjunto y coordinado con la APS permite brindar una atención de calidad y acorde a las necesidades de los pacientes con epilepsia y sus familias.

AVANCE EN LAS ESTRATEGIAS DE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE EPILEPSIA EN CHILE

TL7

Lilian Cuadra, Maritza Carvajal, Verónica Gómez, Jorge Förster, Reinaldo Uribe, Viviana Venegas, Sergio Valenzuela, Melanie Paccot.
Ministerio de Salud de Chile (MINSAL).

Introducción. Utilizando dos modelos de Atención en Salud, el MINSAL ha implementado un Programa Nacional de Epilepsia.

Objetivos: Describir estrategias en la implementación del Programa de Epilepsia en Chile.

Material. Los dos modelos de atención aplicados fueron:

- a) Primera Etapa: centrado en la atención primaria, con la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES). Desde el 2005, se han atendido 17.338 niños y 45.503 adultos con epilepsia en el sistema público de salud. Se entregan 7 fármacos antiepilépticos en atención primaria, con atención integral y control con neurólogo en atención secundaria.
- b) Segunda Etapa: centrado en los tres niveles de atención, incorporando además al 30% de las personas con epilepsias refractarias.

Métodos. Para poder aplicar este segundo modelo, se diseñaron 8 estrategias, las que actualmente cuentan con diferentes grados de avance:

- Estrategia 1: establecer intervenciones en epilepsia a nivel de Ministerio de Salud y en los 29 Servicios de Salud del país.
- Estrategia 2: producir, evaluar y utilizar la información recopilada en epilepsia.
- Estrategia 3: mejorar la red de atención de las personas con epilepsia.
- Estrategia 4: estratificar el nivel de atención en epilepsia según complejidad.
- Estrategia 5: crear un “observatorio virtual” que funcione como piloto experimental para evaluar innovaciones en la atención en epilepsia.
- Estrategia 6: contar con una política de financiamiento continuo para el programa.
- Estrategia 7: entregar atención en epilepsia a los pacientes y sus familias con un enfoque bio-psico-social, considerando aspectos de calidad de vida, prevención de morbilidad asociada y apoyo comunitario.
- Estrategia 8: entregar capacitación a todos los profesionales que participen en el programa, en los 3 niveles de atención.

Resultados. Se presentan los principales logros en estrategias planteadas, particularmente en capacitación, organización en red nacional y aplicación de modelo piloto.

CARACTERIZACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA E IMAGENOLÓGICA DE DISPLASIAS CORTICALES FOCALES OPERADAS

TL8

Marcelo Bascur, Roberto Marileo, Claudia Tissera, Edgard Fritz.
Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo.

Introducción. Las displasias corticales focales (DCF) corresponden a malformaciones del desarrollo cortical y comprenden alteraciones de la laminación cortical, distorsiones de la citoarquitectura y anormalidades de la sustancia blanca subyacente. Las DCF presentan un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que dependen de su tipo, localización y extensión. Son una causa importante de epilepsia refractaria en niños y adultos, principal razón por la cual ingresan a estudio.

Objetivo. Realizar una caracterización anatomopatológica e imagenológica de DCF tratadas mediante cirugía de la epilepsia en el Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de resultados anatomopatológicos de biopsias quirúrgicas realizadas en el Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo entre enero 2015 y agosto 2017, en cuya conclusión se incluyera el diagnóstico de displasia cortical focal. Se encontraron 16 registros, de los cuales 12 contaban con imágenes preoperatorias. Se tabularon hallazgos epidemiológicos, histopatológicos e imagenológicos.

Resultados. La serie consta de 12 pacientes (10 hombres; 2 mujeres). Mediana de edad al momento de la cirugía: 13 años (rango 1 a 57 años). Un caso correspondió a tipo I, 8 a tipo II y 3 a tipo III. El caso de tipo I fue clasificado como Ia. Las displasias tipo II fueron en su mayoría (7) de tipo IIb. Respecto al último grupo, se encontró un caso en relación a esclerosis hipocampal (IIIa), otro asociado a un ganglioglioma (IIIb) y uno adyacente a una lesión inflamatoria antigua (IIIc). La mayoría se localizaron en el lóbulo temporal (7), seguido del frontal (3) y 2 en región parietal. Respecto de su lateralidad, 8 se ubicaron en el hemisferio derecho y 4 en el izquierdo. Los signos imagenológicos con mayor prevalencia fueron el borramiento de la diferenciación cortico/subcortical y la alteración en la señal de la corteza.

Conclusiones. Las DCF continúan siendo un desafío para el diagnóstico neurorradiológico, aun con el aumento en la capacidad de detección de alteraciones anatómicas que supone el avance tecnológico. Esperamos que estos esfuerzos puedan entregarnos herramientas para el mejor manejo de estos pacientes, acortando sus tiempos de resolución y optimizando la preparación quirúrgica, lo que permitiere obtener mejores resultados a largo plazo.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA Y DIETA CETOGÉNICA: EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y CALIDAD DE VIDA

TL9

Cynthia Margarit (1), Patricia Alfaro (1), Beatriz Núñez (1), Yuri Dragnic (1), Patricio Lacaux (1), Bárbara Reyes (2), Silvia Colil (2), Katherine Girardi (1), Mariela Bustamante (1).

(1) Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile, Santiago.

(2) Servicio de Pediatría y Cirugía Infantil, Unidad de Nutrición, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile, Santiago.

Introducción. El concepto de epilepsia fármaco-resistente o epilepsia refractaria hace referencia a epilepsias no controladas con fármacos. Frente a este diagnóstico, la dieta cetogénica puede llegar a constituir una alternativa terapéutica.

Objetivo. Analizar el seguimiento clínico de pacientes con epilepsia refractaria tratados mediante dieta cetogénica en el Hospital San Juan de Dios, con énfasis en evaluación neuropsicológica y calidad de vida.

Material y método. En el año 2017, se diseñó un policlínico para realizar el control y seguimiento de pacientes con epilepsia refractaria. Los pacientes fueron evaluados por neurólogo, nutrióloga, nutricionista y psicóloga. La valoración neuropsicológica fue realizada a través de pruebas estandarizadas: Escala de Madurez Social de Vineland, Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotriz en lactantes (EEDP), Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) y Evaluación de Calidad de Vida en Epilepsia (CAVE).

Resultados. Entre enero de 2017 y abril de 2018 ingresaron 28 pacientes con epilepsia refractaria, en 8 se indicó dieta cetogénica. En 4 pacientes se logró control total de las crisis, y en 5 se observó mejoría en su DSM y conducta. Los registros electroencefalográficos mostraron disminución de las descargas ictales e interictales. Los cuidadores evidenciaron mejoría en los indicadores de calidad de vida. El número de hospitalizaciones y consultas en servicios de urgencia disminuyeron en comparación con la situación previa al inicio de la dieta.

Discusión. La intervención y el seguimiento multidisciplinario al indicar dieta cetogénica son fundamentales para mejorar los indicadores y obtener buenos resultados. Los pacientes mostraron en su mayoría una significativa disminución de sus crisis, lo cual se vio reflejado en una mejoría de la calidad de vida.

Conclusión. La epilepsia refractaria constituye una entidad que aumenta no solo la morbimortalidad de los pacientes, sino que también produce un deterioro en la calidad de vida de su familia y cuidadores. El objetivo del manejo debe estar orientado a disminuir las secuelas y a mejorar el pronóstico del paciente, lo que se reflejará en una mejoría de los indicadores de salud y calidad de vida.

POLICLÍNICO DE EPILEPSIA REFRACTARIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO DE CHILE

TL10

Cynthia Margarit, Patricia Alfaro, Beatriz Núñez, Yuri Dragnic, Patricio Lacaux, Katherine Girardi, Mariela Bustamante.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile, Santiago.

Introducción. Los pacientes con epilepsia fármaco-resistente o epilepsia refractaria habitualmente se encuentran en tratamiento con politerapia, lo cual aumenta el riesgo de efectos secundarios a los fármacos. Son policonsultantes en los servicios de urgencia, dado el aumento de la morbimortalidad que conllevan sus patologías de base.

Objetivo. Exponer el proceso de implementación de un policlínico de epilepsia refractaria en el Hospital San Juan de Dios de Santiago, y describir los resultados obtenidos durante el transcurso de éste.

Material y método. En el año 2017 se diseñó un policlínico para realizar control y seguimiento de pacientes con epilepsia refractaria. Los pacientes fueron evaluados por neurólogos, psicólogas y enfermera. Se programaron 3 pacientes por día para evaluar por neurólogo epileptólogo. Se aplicaron las siguientes pruebas: Escala de Madurez Social de Vineland, Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotriz en lactantes (EEDP), Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) y Evaluación de Calidad de Vida en Epilepsia (CAVE).

Resultados. Entre enero de 2017 y abril de 2018 ingresaron 28 pacientes, 16 hombres, con un rango edad de 12 meses - 14 años. En la evaluación neuropsicológica se pesquisó retraso del desarrollo psicomotriz leve y moderado, y retraso cognitivo parcial y significativo. Padres y cuidadores mostraron mejoría en su calidad de vida con el solo hecho de sentirse apoyados por un equipo profesional.

Discusión. La intervención y seguimiento multidisciplinarios son fundamentales para mejorar los indicadores de salud y de calidad de vida. Con el registro y notificación realizados, se solicitó mejorar el arsenal farmacológico hospitalario. Se logro la creación del grupo de padres de niños con epilepsia refractaria, con la finalidad de que puedan compartir experiencias y desarrollen redes de apoyo. Se realizarán las primeras jornadas para estos padres en septiembre de 2018.

Conclusión. La epilepsia refractaria constituye una entidad que aumenta la morbimortalidad de los pacientes. Es por esta razón que se decidió crear un policlínico de seguimiento, con la finalidad de realizar manejo multidisciplinario que se vea reflejado en mejor calidad de vida del paciente y su familia, y además nos permita conocer nuestra realidad local.

.

.

ESTADO EPILÉPTICO ELÉCTRICO DEL SUEÑO (ESES): CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESPUESTA A TRATAMIENTO EN UNA SERIE DE 6 CASOS DEL HOSPITAL DR. LUIS CALVO MACKENNA (HLCM)

TL11

Marcelo Morales, Juan Moya, Daniela Triviño, Carla Manterola.

Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Servicio de Neurología, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción. El Estado Epiléptico Eléctrico del Sueño (ESES) es un patrón electroencefalográfico que se caracteriza por la presencia de complejos de espiga-onda generalizada en >85% del sueño No-REM. Suele relacionarse a encefalopatías epilépticas (peak entre los 2-4 años), predominando en hombres (60%), con una prevalencia descrita de 0,5-0,6% de todas las epilepsias infantiles. Asocia crisis de múltiples tipos, y regresión en al menos un área del neurodesarrollo, con cese posterior de las crisis. Un 10-15% no presenta crisis epilépticas. Su etiología es desconocida en la mayoría, pudiendo existir antecedente de epilepsia focal autolimitada; en más de un tercio de los pacientes existe alguna anomalía estructural o genética.

Materiales y método. Revisión sistemática de historias clínicas de 6 pacientes en control en el Servicio de Neurología del HLCM, registrando datos demográficos, etiología, evolución clínico-electroencefalográfica, y características del tratamiento.

Resultados. De un total de 6 pacientes con diagnóstico de ESES (3 mujeres), 4 asociaron etiología estructural (asfixia perinatal, stroke hemorrágico, polimicrogiria extensa), y 2 un probable origen genético. Sólo 1 no presentó crisis; el resto presentó crisis focales con y sin compromiso de conciencia, crisis tónico-clónicas, y crisis mioclónicas generalizadas. Los EEG mostraron invariablemente actividad epileptiforme generalizada continua durante sueño NREM. Todos recibieron tratamiento farmacológico, con esquemas combinados (ácido valproico (VPA) + clobazam (CLB) en 3 casos, y levetiracetam (LEV) + CLB en los otros 3) y, en promedio, se utilizaron 4 fármacos por paciente. Se administró ACTH a tres pacientes; dos tuvieron disminución de actividad epileptiforme, y uno logró remisión completa. Un segundo paciente que alcanzó resolución del patrón utilizó LEV + CLB. Cuatro presentaron reacciones adversas a fármacos. Todos exhibieron deterioro cognitivo asociado, en grado variable. Ninguno reunió condiciones para resolución quirúrgica.

Conclusiones. La respuesta a terapia en nuestra serie fue moderada, con mejor respuesta a ACTH, y uso de CLB como terapia agregada. Todos los pacientes presentaron compromiso cognitivo, pese al tratamiento. Estos hallazgos apoyan la importancia del tratamiento farmacológico agresivo, asociado a un seguimiento neuropsicológico apropiado, a fin de modificar la evolución de la enfermedad y reducir su impacto sobre el neurodesarrollo.

ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO (EIM) EN UNA UNIDAD DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA ENTRE LOS AÑOS 2003-2018

TL12

Ximena Badilla, Claudia Riffo, Juan Luis Moya.

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

Introducción. Los EIM tienen una incidencia global 1/2000 nacidos vivos, con espectro clínico amplio. Gran número de EIM presenta síntomas neurológicos; entre el 40-60% presenta epilepsia, siendo el electroencefalograma (EEG) en función del patrón de base una herramienta diagnóstica, que favorece la sospecha y seguimiento posterior a la instauración de tratamiento.

Objetivos. Caracterizar el patrón EEG y su progresión en relación con un tratamiento específico, en pacientes con diagnóstico confirmado de EIM.

Métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo. Se analiza base de datos de EEG en HLCM durante los años 2003-2018, seleccionando los EEG de pacientes con diagnóstico confirmado de un EIM.

Resultados. De un total de 23.642 EEG repartidos en 7.027 pacientes, se encontraron 10 con EIM confirmada: aciduria metilmalónica (3), enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (leucinosis) (4) y aciduria glutárica tipo 1 (3); de éstos últimos se excluye 1 del análisis por ser considerado hallazgo. De los 9 pacientes incluidos, con edades entre 10- 186 días, 6 fueron de sexo femenino. Todos presentaron crisis epilépticas y trazado alterado. Ocho presentaron actividad epileptiforme interictal (6 multifocal, 2 focal: frontal/parietal), y 1 estallido-supresión. Tras la instauración de tratamiento específico, 3 pacientes evolucionaron con trazado normal; 3 con lentitud basal difusa; el paciente con patrón de salvas (estallido)-supresión evolucionó a actividad interictal multifocal; y 2 fallecieron durante la crisis metabólica, sin la posibilidad de EEG de control.

Discusión. Las crisis epilépticas son un importante signo especialmente en los EIM con compromiso neurológico. En nuestra serie, todos los pacientes presentaron crisis epilépticas con trazado EEG alterado, cifra superior a lo descrito en la literatura. Un quinto de los pacientes falleció tempranamente, previo al diagnóstico; el trazado EEG de los restantes mejoró tras la instauración de tratamiento específico.

Conclusiones. La sospecha precoz de un EIM y el seguimiento electroencefalográfico cuando corresponda, son de gran apoyo en el diagnóstico y valoración de la respuesta al tratamiento de la enfermedad.

EXPERIENCIA CON CLOBAZAM EN EL POLICLÍNICO DE EPILEPSIA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR

TL13

Darío Ramírez.

Hospital del Salvador, Santiago.

Introducción. Es necesario acumular evidencia de la eficacia de clobazam para proponer su ingreso al programa de Garantías Explícitas en Salud (GES.) Es particularmente importante presentar experiencia hospitalaria – a pesar de que su costo limita su uso a pacientes con epilepsias refractarias.

Objetivo. Presentar los resultados del tratamiento con clobazam en el policlínico de epilepsia del Hospital del Salvador.

Material y métodos. Serie de casos semi-prospectiva. Identificación de todos los pacientes registrados en el tarjetero del programa de epilepsia como habiendo recibido indicación de clobazam. Análisis del motivo de la indicación, del resultado obtenido y de los factores que parecen determinarlo.

Resultados. Cincuenta y cinco pacientes recibieron recetas de clobazam. La gran indicación fue epilepsia refractaria (46 casos, de los cuales 8 habían presentado además efectos secundarios mayores con otros medicamentos). Dos pacientes sufrían de efectos secundarios múltiples, sin refractariedad. Otras indicaciones fueron mioclonías (un caso), epilepsia del sueño (1 caso), trombofilia anticoagulada (1 caso). En otros 4 pacientes (quienes tomaban clobazam ya al ingreso a programa) no quedó claro el motivo de la indicación. Sólo 52 pacientes siguieron controlándose después de la prescripción; de ellos, otros cuatro no siguieron tratamiento, por efectos secundarios. De los 48 pacientes restantes, en 8 se logró el control total de las crisis (7 de ellos con indicación por epilepsias refractarias, los que recibían en promedio 3,14 medicamentos adicionales). En otros 10 pacientes, el control total de las crisis se logró adicionando otro medicamento a un esquema que incluía el clobazam (entre ellos un paciente diabético, tratado con insulina). En 3 casos, se logró una reducción de la frecuencia de crisis superior al 80%. El tratamiento fue discontinuado en 13 pacientes: por ineficacia (5), por imposibilidad de comprarlo (4), y en 4 casos la suspensión fue indicada por otros médicos (incluidos un caso tratado con cannabis y un caso callosotomizado).

Conclusión. Clobazam es un importante aporte al manejo de epilepsias refractarias en las que otros esquemas han fracasado o no pueden ser utilizados por sus efectos secundarios.

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN RECIEN NACIDOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNE BROUSSE EN EL AÑO 2013

TL14

Constanza Urizar (1), Jaime Alarcón (2), Juan Moya (1).

(1) Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Neurología, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Facultad de Medicina-Universidad de Chile.

(2) Servicio de Neonatología, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

Introducción. La hemorragia de la matriz germinal/hemorragia intraventricular (HMG/HIV) es la hemorragia más frecuente en el período neonatal y es característica del recién nacido de pretérmino. Se presenta en 25-30% de los menores de 34 semanas de gestación y/o 1500 gramos, predominando a menor edad gestacional. Puede expresarse de forma variada, siendo las crisis epilépticas una de sus manifestaciones. El diagnóstico diferencial es complejo, y diversos eventos paroxísticos pueden ser interpretados como crisis. La incidencia de crisis epilépticas en los pacientes con HMG/HIV varía ampliamente (12-60%).

Objetivo. Caracterizar eventos paroxísticos como forma de presentación clínica de HMG/HIV, en recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, durante el año 2013.

Materiales y Métodos. Búsqueda en base de datos del hospital, seleccionando pacientes con diagnóstico de HMG/HIV hospitalizados en el servicio de neonatología durante 2013. Se revisaron fichas clínicas electrónicas, a fin de determinar manifestaciones clínicas que motivaron el diagnóstico. Se caracterizaron aquellos casos con eventos paroxísticos como forma de presentación.

Resultados. Durante 2013, se hospitalizaron 1326 niños. Se excluyeron 6 casos por falta de información en ficha. Dentro del protocolo de tamizaje, se realizó ecografía cerebral a todos los pretérmino. Del total, 94 tuvieron diagnóstico de HMG/HIV (60,6% grado I de Papille), observándose eventos paroxísticos en 17 pacientes (18%). Once de 17 (11,7% del total) experimentaron apneas en contexto de prematuridad, y 6/17 (6,4% del total) presentaron crisis epilépticas (síndrome convulsivo en 5, apnea con correlato electroencefalográfico en 1). Se realizó electroencefalograma de amplitud integrada (aEEG) en 8 de los 94 casos, pesquisándose actividad epileptiforme interictal o ictal en 4/6 pacientes con crisis epilépticas. Se asoció encefalopatía hipóxico-isquémica en 7/17 eventos paroxísticos, 3 de los cuales constituyeron crisis.

Conclusiones. Se encontró una incidencia de 18% de eventos paroxísticos, pero solo un 6,4% de crisis epilépticas (asociando encefalopatía hipóxico-isquémica en la mitad de los casos). Este hallazgo, menor a lo reportado en la literatura, podría deberse a la disponibilidad limitada de monitoreo aEEG, y a la alta incidencia de HMG/HIV de menor severidad entre los pacientes de nuestra serie.

CARACTERÍSTICAS DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS QUE SON INTERCONSULTADOS AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL DR. LUIS CALVO MACKENNA (HLCM)

TL15

Gabriela Santander, Karina Tirado, Juan Moya.

Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Neurología, Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción. Las crisis epilépticas son frecuentes en pacientes oncológicos, presentándose entre 10-19% de los pacientes con lesiones primarias y en 8-10% de cánceres hematológicos. Un quinto del total desarrolla epilepsia. Las crisis dependen del tipo de tumor, su localización, y de los tratamientos recibidos. En leucemia, las principales causas de crisis son la leucoencefalopatía secundaria a radio/quimioterapia y la leucoencefalopatía posterior reversible (PRES). Las metástasis son la mayor causa en tumores sólidos.

Objetivo. Describir las crisis epilépticas y sus causas, en pacientes hospitalizados en Unidad de Oncología y evaluados por Neurología HLCM.

Pacientes y métodos. Revisión de interconsultas a Neurología, provenientes del Servicio de Oncología HLCM (2014-2018). Caracterización de casos que presentaron crisis epilépticas durante su evolución.

Resultados. De 48 interconsultas, 11 fueron por crisis epilépticas (7 mujeres). Edad promedio 6,8 años. Cuatro pacientes fallecieron (causa no neurológica). Los diagnósticos oncológicos corresponden a: leucemia linfoblástica aguda (LLA) en 6, 1 angiosarcoma, 2 radmiosarcoma, 1 linfoma, 1 tumor primario del sistema nervioso central (SNC). En todos se realizó quimioterapia sistémica; uno fue sometido a resección tumoral. Cinco pacientes presentaron más de 1 crisis, y 6 solo una. Del total de crisis (17), 12 fueron generalizadas, 4 focales, 1 eléctrica generalizada, y 3 pacientes presentaron estado epiléptico convulsivo. Las causas fueron: dos metástasis en SNC, 1 caso de PRES, 2 accidentes cerebrovasculares, 3 casos de leucoencefalopatía tóxica-metabólica, y 3 sin etiología precisada. En solo un paciente no se utilizaron antiepilépticos; del resto, 5 utilizaron levetiracetam en monoterapia, en 4 se usó asociación fenobarbital/levetiracetam, y 1 utilizó fenitoína. Ocho mantuvieron tratamiento antiepiléptico permanente; cuatro tenían lesiones encefálicas estructurales (1 metástasis, 1 remanente tumoral, 1 hemorragia intracraneal, 1 leucoencefalopatía). Dos fallecieron durante el curso de la terapia, por complicaciones de su condición de base.

Conclusiones. En nuestra serie, las crisis epilépticas en pacientes oncológicos fueron motivo importante de interconsulta a neurología. En aquéllos con etiopatogenia conocida, ésta fue concordante con las descripciones de la literatura. El estado epiléptico fue frecuente. La mayoría mantuvo tratamiento antiepiléptico; la mitad de dichos casos asoció lesión encefálica estructural. La mortalidad observada se relacionó con complicaciones del cuadro oncológico.

RESUMEN DE AUTORES DE TRABAJOS LIBRES

Alarcón, Jaime: TL14
Alfaro, Patricia: TL6, TL9, TL10
Andrade, René: TL1, TL2
Anillo, Roberto: TL1, TL2
Arteche, Nadia: TL1, TL2
Badilla, Ximena: TL12
Bascur, Marcelo: TL8
Bustamante, Mariela: TL9, TL10
Carvajal, Maritza: TL7
Chicharro, Ada: TL3, TL4
Colil, Silvia: TL9
Cuadra, Lilian: TL7
de Marinis, Alejandro: TL3, TL4
Dragnic, Yuri: TL6, TL9, TL10
Förster, Jorge: TL7
Fritz, Edgard: TL8
García, Antonio: TL1, TL2
García, Juan Álvaro: TL1, TL2
Girardi, Katherine: TL9, TL10
Gómez, Verónica: TL7
González, Mónica: TL3, TL4
Idiaguez, Juan: TL4
Lacaux, Patricio: TL6, TL9, TL10
Leyton, Mariela: TL5
Manterola, Carla: TL11
Margarit, Cynthia: TL6, TL9, TL10
Marileo, Roberto: TL8
Milán, Anna: TL3, TL4
Morales, Marcelo: TL11
Moya, Juan: TL11, TL12, TL14, TL15
Núñez, Beatriz: TL6, TL9, TL10
Paccot, Melanie: TL7
Pérez, Alexis: TL1, TL2
Prat, Alberto: TL3, TL4
Ramírez, Darío: TL13
Reyes, Bárbara: TL9
Riffo, Claudia: TL12
Riol, Juan Miguel: TL1, TL2
Rodríguez, José Nelet: TL1, TL2
Santander, Gabriela: TL15
Sao, Emilio: TL1, TL2
Soto, Alexis: TL1, TL2
Tirado, Karina: TL5, TL15
Tissera, Claudia: TL8
Triviño, Daniela: TL11
Uribe, Reinaldo: TL7
Urizar, Constanza: TL14
Valenzuela, Sergio: TL7
Vara, Omar: TL1, TL2
Velásquez, Álvaro: TL3, TL4
Venegas, Viviana: TL6, TL7
Zaldívar, Juan Manuel: TL1, TL2

