



XIX JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA

“Epilepsia en el paciente neurológico crítico”

7 Y 8 DE JUNIO DE 2019

HOTEL NERUDA, Pedro de Valdivia 164
Providencia – Santiago

PROGRAMA Y LIBRO DE RESÚMENES DE POSTERS

SOCIEDAD DE EPILEPTOLOGÍA DE CHILE
Capítulo Chileno de la Liga internacional contra la Epilepsia

**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: +56 2 2231 0172

www.epilepsiadechile.cl

socepchi@gmail.com

XIX JORNADAS INVERNALES DE LA SOCIEDAD DE EPILEPTOLOGÍA DE CHILE

“Epilepsia en el Paciente Neurológico Crítico”

El desafío del neurólogo de hoy se encuentra en las circunstancias extremas. Cómo tomar las mejores decisiones enfrentando al paciente crítico, es el tema alrededor del cual nos reunimos en estas XIX Jornadas Invernales.

El Programa que les presentamos a continuación aborda los principales aspectos que nuestra Sociedad estima necesario desarrollar este año. En primer lugar, abordaremos el escenario en el que tanto Neurólogos Pediátricos como Adultos deben atender hoy a sus pacientes gravemente enfermos: la Unidad de Cuidados Intensivos.

La enseñanza sistemática de la electroencefalografía en los Programas de Formación en Neurología les otorga a los nuevos especialistas una herramienta diagnóstica que les permite, como nunca antes, tomar mejores decisiones en los diversos escenarios de la atención de urgencia. De este modo, en el Módulo II tocaremos el rol que posee actualmente el EEG en los pacientes con cardiopatía congénita, traumatismo encefalocraneano, post-ACV y posanoxia, así como en otros escenarios.

En el Módulo III, hemos reunido por primera vez en una misma instancia a todos los residentes de los Programas de Epilepsia (U. de Chile, P. Universidad Católica y Universidad del Desarrollo). Ellos estarán a cargo de presentar casos clínicos de interés, en torno a los cuales se debatirán los aspectos diagnósticos como de manejo, abiertos a la discusión de la audiencia.

Finalmente, en el Módulo IV, los especialistas nos pondrán al día en un tema en permanente actualización y de fundamental importancia, como lo es el manejo del estado epiléptico refractario y súper-refractario, así como en el diagnóstico diferencial de eventos no epilépticos en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Como siempre, el día viernes tendremos la oportunidad de conocer el trabajo de los distintos equipos hospitalarios, expuestos en forma de posters o en plataforma oral, para los más destacados.

Agradecemos la asistencia de todos los profesionales a estas XIX Jornadas Invernales de Epilepsia 2019 y esperamos contribuir a su formación, así como a la generación de lazos de amistad y colaboración, que son tan necesarios e imprescindibles para potenciar los esfuerzos dirigidos a la atención de nuestros pacientes.

Dr. Enzo Rivera Torres

Presidente

XIX Jornadas Invernales de Epilepsia

PROGRAMA

VIERNES 7 DE JUNIO DE 2019

08:45-09:00 Discurso inaugural. Bienvenida.
Dr. Enzo Rivera.
Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

MÓDULO I: CONCEPTOS BÁSICOS Y GENERALIDADES

09:00-09:30 El paciente neurológico crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto.
Dr. Pablo González.
Clínica Las Condes, Santiago.

09:30-10:00 El paciente neurológico crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
Dra. Carla Manterola.
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna/Clínica Alemana, Santiago.

10:00-10:15 MESA REDONDA

10:15-10:45 CAFÉ

MÓDULO II: ELECTROENCEFALOGRAFÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO

10:45-11:15 Utilidad del estudio electroencefalográfico en el paciente con cardiopatía congénita.
Dr. Keryma Acevedo.
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

11:15-11:45 Utilidad del estudio electroencefalográfico en el paciente crítico con traumatismo craneoencefálico.
Dr. José Luis Castillo.
Hospital del Salvador/Clínica Santa María, Santiago.

11:45-12:15 Utilidad del estudio electroencefalográfico en el paciente crítico post-stroke y posanoxia/poshipoxia.
Dr. Enzo Rivera.
Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

- 12:15-12:30 MESA REDONDA.
- 12:30-14:30 ALMUERZO/LIBRE.
- 14:30-16:30 TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS
(Presentación oral).

PRESENTACIÓN DE PÓSTERS

- 16:30-17:00 CAFÉ.
- 17:00-17:30 Utilidad del estudio electroencefalográfico en el paciente con psicosis aguda.
Dr. Darío Ramírez.
Hospital del Salvador/Clinica Indisa, Santiago.
- 17:30-18:00 Patrones electroencefalográficos borderline: ¿cómo interpretarlos?
Dra. Ada Chicharro.
Liga Chilena contra la Epilepsia/Clinica Alemana, Santiago.
- 18:00-18:20 MESA REDONDA

SÁBADO 8 DE JUNIO DE 2019

MÓDULO III:
CASOS CLÍNICOS DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE
NEUROCRÍTICO.

- 09:00-09:30 Casos clínicos en paciente neurocrítico: Clínica Las Condes/Universidad de Chile.
Dra. Verónica Opazo y Dr. Sebastián Vega.
Clínica Las Condes/Universidad de Chile, Santiago.
- 09:30-10:00 Casos clínicos en paciente neurocrítico: Pontificia Universidad Católica de Chile.
Dra. Sandra Ardila.
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
- 10:00-10:30 Casos clínicos en paciente neurocrítico: Clínica Alemana de Santiago/Universidad del Desarrollo.

Dra. Fernanda Cordero.

Clínica Alemana/Universidad del Desarrollo, Santiago.

10:30-10:45 MESA REDONDA.

10:45-11:15 CAFÉ.

MÓDULO IV:

ESTADO EPILÉPTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

11:15-11:45 Estado epiléptico refractario: ¿cómo entrar y salir del tratamiento anestésico?

Dr. Sebastián Silva.

Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Puerto Montt.

11:45-12:15 Estado epiléptico súper refractario: ¿controlar las crisis o atacar la causa?

Dra. Paula Contreras.

Liga Chilena contra la Epilepsia, Santiago.

12:15-12:45 Cuando las cosas no son lo que parecen: artefactos y eventos no epilépticos en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Dr. Juan Luis Moya.

Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna/Liga Chilena contra la Epilepsia, Santiago.

12:45-13:00 MESA REDONDA.

13:00-13:10 CIERRE. Comité Organizador XIX Jornadas Invernales de Epilepsia.

Comentario: XX Jornadas Invernales de Epilepsia 2020.

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.

XX JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA

“Trayectorias en Epilepsia”

Santiago de Chile, 6 y 7 de junio de 2020

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)
- APADENE (Agrupación de Padres de Niños con Epilepsia)

Comité organizador XIX Jornadas:

Dr. Enzo Rivera Torres
Dr. Juan Luis Moya Vilches
Dr. Juan Salinas Véliz
Dra. Carla Manterola Mordojovich
Dr. Darío Ramírez Carvajal

Directorio de la Sociedad de Epileptología de Chile

Presidente: Dr. Juan Luis Moya Vilches
Vicepresidente: Dr. Pablo González Rodríguez
Secretario General: Dr. Darío Ramírez Carvajal
Tesorero: Dr. Juan Salinas Véliz
Directores: Dra. Carla Manterola Mordojovich, Dra. Claudia Rifo Allende, Dra. Perla David Gálvez

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

Auspiciadores:

- GlaxoSmithKline
- Ferrer Chile
- Laboratorios Saval
- Librería Mediterráneo
- NexoMed SpA

Colaboración:

- Médicos socios: \$ 35.000.
- Médicos no socios: \$ 40.000.
- Otros profesionales: \$ 25.000.
- Técnicos, residentes, internos y alumnos de carreras de la Salud: \$ 15.000

TÍTULOS DE TRABAJOS LIBRES

1. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE EPILEPSIA.
2. MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA CONTINUA EN EL PACIENTE CRÍTICO.
3. ALTERACIONES CONDUCTUALES ASOCIADAS AL USO DE LEVETIRACETAM EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON EPILEPSIA.
4. CASO CLÍNICO: POLIMICROGIRIA COMO CAUSA DE ESPASMOS INFANTILES RESISTENTES A TRATAMIENTO.
5. “BURNOUT” HIPOCAMPAL: UNA CONDICIÓN POCO CONOCIDA.
6. INDICACIÓN DE MONITOREO ELECTROENCEFALOGRÁFICO CONTINUO EN LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO (UPC-P) DEL HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA (HLCM) EN EL PERÍODO ENERO-ABRIL DE 2019.
7. MANEJO TERAPÉUTICO DE SÍNDROME DE WEST EN LATINOAMÉRICA.
8. USO DE ACTH Y/O VIGABATRINA EN PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA EN SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA, EN EL PERÍODO ENERO 2017 A MARZO 2019.
9. CRISIS SEUDOEPILÉPTICAS, SEUDOPILEPSIAS Y NO-EPILEPSIAS EN UNA MUESTRA DE 175 PACIENTES SUCESIVOS EVALUADOS EN PRIMERA CONSULTA POR EPILEPSIA.
10. ELEVACIÓN DE HORMONA TIROESTIMULANTE (TSH) A NIVELES PATOLÓGICOS EN PACIENTES ADULTOS EN TRATAMIENTO CON ÁCIDO VALPROICO.
11. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y DEL DESARROLLO A PACIENTES EN EL POLICLÍNICO DE EPILEPSIA REFRACTARIA.
12. CASO CLÍNICO: MANEJO INNOVADOR DE CLÚSTER EPILÉPTICO EN PACIENTE CON MUTACIÓN DE LA PROTOCADHERINA 19.
13. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA Y ELECTROCLÍNICA DE LA EPILEPSIA TIPO AUSENCIA INFANTIL ATENDIDA EN LA LIGA CHILENA CONTRA LA EPILEPSIA.

Karin Noack, Marco Ruiz, Martina Alarcón, Christian Cantillano, Reinaldo Uribe.

Hospital Clínico Universidad Católica, Hospital Dr. Sótero del Río.

Introducción.

Un 30% de los pacientes con epilepsia presentan fármaco-resistencia, y la cirugía resectiva de la zona epileptogénica corresponde a un tratamiento efectivo en estos pacientes. En Chile existen escasos reportes, y es necesario conocer posibles factores pronósticos prequirúrgicos que permitan determinar los mejores candidatos para esta terapia.

Objetivos.

Conocer las variables demográficas de una población de pacientes con epilepsia focal fármaco-resistente sometida a cirugía resectiva, y determinar posibles factores pronósticos prequirúrgicos que permitan determinar su evolución poscirugía.

Métodos.

Revisión retrospectiva de casos operados en el Hospital Clínico Universidad Católica y Hospital Dr. Sótero del Río, entre los años 2012 y 2018. Se analizaron las variables demográficas y se compararon dos grupos divididos según escala de Engel, cotejando aquellos en Engel I versus Engel mayor a I.

Resultados.

Se encontraron 29 pacientes, 55% eran mujeres. El promedio de edad de inicio de la epilepsia fue de $21,9 \pm 17,3$ años. Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron tumores (44%) y esclerosis temporal mesial (33%). El promedio de seguimiento poscirugía fue de $35,6 \pm 23,2$ meses. Un 74% de los pacientes se encontraron en Engel I en su última visita. No encontramos diferencias entre la tasa de antecedentes personales (perinatales, crisis febriles y desarrollo psicomotor), número de crisis y generalizaciones previas a la cirugía. El 88% presentó su zona epileptogénica en el lóbulo temporal. Se encontró que la presencia de esclerosis temporal mesial fue el factor pronóstico protector más importante (Engel I: 48% vs Engel >I: 0%). El 83% de los pacientes con Engel >I presentó un tumor como etiología, siendo el 50% de estirpe glial.

Conclusión.

La presencia de esclerosis temporal mesial como etiología de la epilepsia es un factor protector conocido. A diferencia de otros estudios, el hallazgo de tumor resultó un factor deletéreo para el resultado, probablemente por la histopatología glial encontrada. Es necesario un seguimiento más prolongado para una mayor precisión de estos resultados.

Sandra Ardila, Keryma Acevedo, Tomás Mesa, Julia Santín, Jaime Godoy, Reinaldo Uribe.

Hospital Clínico Universidad Católica.

Introducción.

El monitoreo EEG continuo (mEEGc) es una herramienta fundamental para identificar el estado epiléptico y crisis subclínicas en las unidades de cuidado intensivo (UCI).

Objetivo.

Evaluar las características demográficas de una extensa población de pacientes estudiados con mEEGc en las UCI pediátrica y de adulto.

Métodos.

Estudio retrospectivo de variables demográficas, características electroencefalográficas, terapias utilizadas y escalas de evaluación funcional, en una cohorte del Hospital Clínico Universidad Católica durante el período 2014-2016. Se definió funcionalidad al ingreso y egreso con escala modificada de Rankin (mRS), definiéndose incapacidad leve con un puntaje mRS < 2, incapacidad moderada/severa con puntajes entre 3 y 5, y muerte con puntaje mRS de 6.

Resultados.

Se registraron 129 pacientes, edad mediana en niños 3,5 años (n:39) y en adultos 64,5 años (n:90). Las patologías de base más frecuentes fueron: antecedente de epilepsia (27%), alteración metabólica (23%) e inflamación/infección de sistema nervioso central (12%). Al ingreso, se observó una discapacidad leve en el 54%, y discapacidad moderada/severa en el 46%. La principal indicación de realización de mEEGc en adultos fue compromiso de conciencia (47%), y en niños, crisis epilépticas (46%). El rango de horas de monitoreo varió desde 11 hasta 1800 horas. Los hallazgos en el mEEGc fueron: estado epiléptico no convulsivo (EENC) (28%), actividad epileptiforme interictal (27%), crisis subclínicas (12%), lentitud focal (17%) y disfunción lenta continua generalizada (12%). La duración del estado epiléptico varió entre 1 y 200 horas. El estado epiléptico (EE) se presentó en 42 de 129 pacientes, evolucionando a refractario en 24/42 y superrefractario en 18/42. El número de antiepilepticos no cambió la evolución. Al egreso, se

observó mRS < 2 en 18%, incapacidad moderada-severa (mRS 3-5) en 57% de los casos, y muerte en el 16%. Los hallazgos del mEEGc modificaron la conducta en el 79% de los casos.

Conclusión.

El mEEGc proporciona información diagnóstica certera y permite modificar acciones terapéuticas en los pacientes. Si se realiza de forma temprana, probablemente permitirá mejorar variables pronósticas conocidas, tales como la duración del EE y su evolución a refractariedad.

Camila Cortés⁽¹⁾, Carla Manterola⁽²⁾.

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

1. Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica, Universidad de Chile/Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.
2. Neuróloga Pediátrica, Universidad de Chile/Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción.

El levetiracetam es un antiepiléptico de tercera generación con uno de los mejores perfiles farmacológicos, por lo que su prescripción ha aumentado 6 veces durante la última década. Sin embargo, se han descrito alteraciones psiquiátricas y/o conductuales asociadas a su uso.

Objetivos.

Evaluar la aparición y evolución (a 3 meses plazo) de deterioro conductual, emocional y/o social tras la introducción de levetiracetam como tratamiento en pacientes pediátricos con epilepsia, y determinar la presencia de factores que podrían asociarse a este efecto adverso.

Método. Estudio prospectivo.

Aplicación de cuestionario de capacidades y dificultades, versión en español (SDQ-cas), a pacientes con epilepsia de entre 4 y 15 años con indicación de levetiracetam. Evaluación previa al inicio del fármaco, y luego a las 2, 4 y 12 semanas de tratamiento. Aprobado por Comité de Ética de la Facultad de Medicina-Universidad de Chile.

Resultados.

Se enrolaron 15 pacientes, 9 hombres y 6 mujeres, con un promedio etario de 8,4 años (4 - 14 años). El 100% fue clasificado con un resultado de SDQ-cas dentro de lo normal al inicio del estudio. El 26,6% de los pacientes mostró alteración significativa en escala de capacidades y dificultades, revelada durante las primeras 4 semanas, siendo los problemas conductuales el área de mayor compromiso. Los cambios conductuales se mantuvieron durante todo el periodo de observación. Se identifica como factor de riesgo para presentar estas alteraciones, la presencia de comorbilidades médicas no psiquiátricas y el antecedente familiar de psicopatología.

Conclusión.

Si bien se conocen las alteraciones conductuales asociadas al uso de levetiracetam en pacientes pediátricos con epilepsia, éste es el primer estudio prospectivo que utiliza una escala estandarizada, demostrando la alteración descrita. Es fundamental conocer los factores de riesgo asociados a dicho efecto adverso, para poder lograr una mejor prescripción médica.

Jovanka Pavlov, Álvaro Velásquez, Valeria Schönstedt, Arturo Zuleta.

Liga Chilena contra la Epilepsia (LICHE). Clínica Alemana de Santiago (CAS).

Caso Clínico.

Recién nacido de pretérmino (RNPT), de 36 semanas, sano durante período neonatal inmediato. A los 28 días, inicia espasmos en flexión, que van en aumento y recurren en salvas de hasta 10 minutos de duración, tanto en vigilia como en sueño. Se hospitaliza para estudio, realizándose video electroencefalograma (EEG) que muestra actividad epileptiforme interictal frontal izquierda, y resonancia magnética de encéfalo informada como normal. Se inicia levetiracetam y se efectúa cura con 8 dosis de hormona adrenocorticotrópica (ACTH), sin respuesta. Posteriormente, se intenta vigabatrina, con mejoría parcial y transitoria.

Al mes 28 días, consulta en Clínica Alemana de Santiago. Se ajustan dosis de fármacos y se decide agregar topiramato, sin mayores cambios. Al mismo tiempo, se solicita segunda opinión neurorradiológica, que confirma la presencia de una polimicrogiria frontal izquierda.

El paciente evoluciona con retraso del desarrollo, con rezago cefálico e hipotonía axial. Se inicia oxcarbazepina, observándose un aumento de las crisis. Se presenta caso a equipo de epilepsia CAS y LICHE, y se decide cirugía con intención curativa.

Resultados.

Paciente se opera a los 4 meses de edad (diciembre 2018). Se realiza una lobectomía frontal izquierda, evolucionando en buenas condiciones. Durante el seguimiento, ha permanecido libre de crisis (Engel IA), con avances en desarrollo psicomotor. Biopsia demuestra tejido cerebral con neuronas heterotópicas.

Conclusiones.

En pacientes con espasmos infantiles resistentes a tratamiento, cuyo EEG asocia actividad epileptiforme focal, debe mantenerse un alto índice de sospecha de causa estructural. El diagnóstico etiológico pre-

coz es fundamental, pues permite planificar una eventual resolución quirúrgica, capaz de lograr libertad de crisis en este grupo de pacientes.

Fernanda Cordero, Ada Chicharro, Manuel Campos, Álvaro Velásquez, Alejandro de Marinis.

Liga Chilena contra la Epilepsia (LICHE).

Introducción.

Si bien la mayoría de los pacientes con epilepsia refractaria secundaria a esclerosis temporal mesial (ETM) unilateral tiene hallazgos ictales e interictales concordantes con la lesión, existe una minoría que puede tener discordancia de lateralidad en el registro ictal, lo que no contraindica la cirugía.

Objetivo.

Dar a conocer una condición infrecuente y poco conocida, en pacientes con ETM unilateral cuyo registro ictal de superficie evidencia crisis de inicio contralateral a la lesión, quienes pueden tener un buen pronóstico quirúrgico.

Materiales y métodos.

Descripción de caso clínico. Hombre, de 45 años, con epilepsia refractaria desde los 15 años. Presenta crisis focales con alteración de conciencia (aura epigástrica, desconexión del medio y automatismos manuales bilaterales); frecuencia de 10-12 episodios por mes. Respuesta parcial a múltiples fármacos. La resonancia magnética muestra signos evidentes de ETM izquierda, con marcada disminución de volumen hipocampal e hiperseñal en secuencia FLAIR, asociada a displasia cortical de la circunvolución temporal inferior.

Evaluación prequirúrgica.

Electroencefalograma (EEG) ambulatorio evidencia actividad epileptiforme interictal temporal bilateral independiente, con máxima negatividad temporal anterior (80% izquierda y 20% derecha); se registra crisis electroclínica de inicio focal temporal, sin claros elementos lateralizadores. Dado lo anterior, se decide realizar video monitoreo EEG, presentando 3 crisis focales de aparente inicio temporal derecho, sin elementos clínicos lateralizadores. Tomografía por emisión de positrones (PET) cerebral mostró hipometabolismo temporal izquierdo, concordante con la lesión y con la actividad interictal. En evaluación neuropsicológica, destaca disfunción tèmpro-medial izquierda.

Resultado.

Paciente sometido a lobectomía temporal izquierda, sin complicaciones, indemne cognitivamente, con total libertad de crisis.

Conclusiones.

Algunos pacientes con ETM severa pueden tener propagación atípica de la actividad ictal, resultando en una aparente discordancia entre las imágenes y el registro ictal de superficie. Se piensa que, en estos casos, la actividad se propaga más rápidamente hacia la región contralateral mediante la comisura hipocampal dorsal, y más lentamente hacia neocorteza ipsilateral. Son pocos los casos publicados en la literatura, pero todos coinciden en que estos pacientes tienen un excelente outcome posquirúrgico. Es controvertida la necesidad de electrodos profundos.

Bolívar Valenzuela⁽¹⁾, Josefina de la Jara⁽²⁾, Juan Luis Moya⁽¹⁾.
Servicio de Neurología, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

1. Neurólogo Pediátrico, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.
2. Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica, Universidad de Chile/Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción.

El monitoreo electroencefalográfico continuo (cEEG) permite identificar crisis electroencefalográficas inadvertidas, actividad cortical basal y su evolución posterior, por lo que su uso ha aumentado en pacientes críticos pediátricos. Las crisis y el estado epiléptico no convulsivo (EENC) son comunes en pacientes con encefalopatía aguda, observándose hasta en un 25% en las primeras 24 horas; la mayoría no presenta correlación clínica, por lo que el uso de cEEG es crucial para detectarlas, reducir su impacto clínico y mejorar el pronóstico.

Dentro de las indicaciones en pediatría, se encuentran: sospecha de EENC o crisis epilépticas inadvertidas; monitorización de respuesta a tratamiento, en caso de compromiso de conciencia posterior; estado de conciencia alterado, asociado a injuria cerebral aguda, encefalopatía metabólica o inexplicado; posterior a paro cardíaco o cardiorrespiratorio (PCR); parálisis farmacológica; ECMO; y estallido supresión inducido farmacológicamente, entre otros. La indicación más frecuente es el estado de conciencia alterado tras estado epiléptico o crisis epilépticas; éste puede asociarse a una condición neurológica primaria, o no tener etiología evidente.

Objetivos.

Describir las indicaciones de cEEG en pacientes hospitalizados en la UPC-P del HLCM, entre enero y abril de 2019.

Material y métodos.

Revisión de ficha electrónica del hospital.

Resultados.

Desde enero a abril de 2019, 16 pacientes tuvieron indicación de cEEG. Del total, 8 exámenes fueron solicitados para monitorizar resolución de estado epiléptico (uno de ellos con estallido-supresión en el EEG convencional); en 6 casos, la indicación fue compromiso de conciencia (3 de ellos asociados a falla hepática aguda, y 2 post-PCR), y 2 pacientes por ECMO. En uno de los casos, se trasladó al paciente a una institución privada; en el resto, no se pudo realizar el estudio, por falta del recurso.

Conclusiones.

El cEEG constituye una herramienta ampliamente utilizada en unidades de paciente crítico. Sin embargo, el alto costo limita su disponibilidad en la red de salud pública. Existe un grupo de pacientes pediátricos con clara indicación de cEEG que no está siendo estudiado efectivamente, exceptuando aquellos casos derivados al sistema privado. Su implementación representa un reto para hospitales e instituciones de salud pública.

Marcelo Morales⁽¹⁾, Gabriela Santander⁽¹⁾, Juan Luis Moya⁽²⁾.

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

1. Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica, Universidad de Chile/Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.
2. Neurólogo Pediátrico, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción.

El Síndrome de West (SW) es una encefalopatía epiléptica cuyo diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para mejorar el pronóstico. Las terapias de primera línea incluyen hormona adrenocorticotrópica (ACTH), vigabatrina (VGB) y corticosteroides (en particular, prednisolona). Actualmente, no existen protocolos terapéuticos universales para el uso de ACTH. Esto, sumado al alto costo económico y a la escasez de programas de salud en Latinoamérica, limita su disponibilidad.

Objetivos.

Determinar alternativas farmacológicas utilizadas en Latinoamérica para manejo de SW, factores involucrados en la elección del esquema de tratamiento, y limitaciones principales en el proceso diagnóstico y terapéutico.

Materiales y Métodos.

Se realizó encuesta con preguntas de selección múltiple y texto libre, a neuropediatras y epileptólogos de distintos centros de Latinoamérica. Se evaluó: disponibilidad de ACTH/vigabatrina, limitaciones y alternativas terapéuticas, costos del tratamiento, acceso a electroencefalograma (EEG), y número estimado de pacientes por año.

Resultados.

Se contabilizaron 18 participantes, provenientes de Argentina (1 encuesta), Chile (3), Honduras (1), Estados Unidos (1), México (2), Brasil (1), Perú (3), Uruguay (3), Colombia (4), El 61,1% (11) refirió acceso a ACTH, 77,8% (14) manifestó acceso a vigabatrina. Al consultar qué alternativa utilizaría en ausencia de ACTH, opción principal son otros corticoides (metilprednisolona, prednisolona, prednisona) en un 55,5%, seguido por valproato, topiramato y levetiracetam (27,7%

cada uno). Casi 60% conoce costos de los fármacos utilizados, los cuales son altamente variables (rango: 20-200 dólares por 100 UI de ACTH). Un 50% dispone de video EEG con electrodos en deltoides, mientras un 22,2% sólo tiene acceso a EEG estándar. La principal limitación para el tratamiento oportuno del SW es el acceso a fármacos adecuados. El número de casos por año varía desde 1 a 30.

Conclusiones.

Las diferentes realidades locales en el manejo del SW reflejan diferencias sociales que repercuten en su enfrentamiento, pues el pronóstico depende de la precocidad del diagnóstico y del acceso a fármacos de primera línea. Esto constituye una importante deuda en términos de salud pública y colaboración de organismos panamericanos. Sólo el trabajo conjunto entre los países de Latinoamérica permitirá alcanzar la estandarización del manejo y el acceso universal a recursos terapéuticos y diagnósticos.

Bibliografía

1. D'Alonzo R, Rigante D, Mencaroni E, Esposito S. West Syndrome: A Review and Guide for Paediatricians. *Clinical Drug Investigation* 2017; 38(2): 113–124.
2. Ko A, Youn SE, Chung HJ, Kim SH, Lee JS, Kim HD, Kang HC. Vigabatrin and high-dose prednisolone therapy for patients with West syndrome. *Epilepsy Research* 2018; 145: 127–133.

Juan Luis Moya⁽¹⁾, Carla Vásquez⁽²⁾, Camila Cortés⁽²⁾.

Servicio de Neurología Hospital Luis Calvo Mackenna.

1. Neurólogo Pediátrico, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

2. Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica, Universidad de Chile/Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción.

Encefalopatía epiléptica (EE) es una condición en que “la actividad epiléptica en sí misma puede favorecer graves trastornos neurológicos y cognitivos, sobre lo esperado a patología subyacente, pudiendo empeorar prospectivamente” (ILAE). Las EE engloban síndromes y epilepsias no sindromáticas de etiología heterogénea y pronóstico reservado. La respuesta a terapia suele ser escasa; alternativas farmacológicas como hormona adrenocorticotrópica (ACTH) o Vigabatrina exhiben mayor tasa de efectividad sobre crisis y alteraciones electroencefalográficas. Respecto de compromiso cognitivo, no existe enfoque homogéneo para diagnóstico, prevención y/o manejo.

Objetivos.

Analizar indicaciones de tratamiento con ACTH y/o Vigabatrina en pacientes del Servicio de Pediatría/HLCM con diagnóstico de EE, caracterizando respuesta clínico-electroencefalográfica durante cuadro agudo y evolución posterior.

Material y métodos.

Revisión de ficha electrónica de pacientes tratados con ACTH y/o vigabatrina (enero 2017-marzo 2019).

Resultados.

Desde enero 2017 a marzo 2019, 16 pacientes ingresaron para tratamiento con ACTH y/o Vigabatrina, con diagnóstico de Síndrome de West (SW) (12 casos), Doose (SD) (2) ESES (2). Etiología estructural en 11/16 pacientes, etiología genética en 2/11.

De los pacientes con SW, los 3 que recibieron ACTH y Vigabatrina

remitieron; de quienes recibieron sólo ACTH, 2 recayeron, remitiendo espasmos/hipsarritmia al asociar vigabatrina. Ambos casos de SD recibieron ACTH, con respuesta parcial, continuando posteriormente con dieta cetogénica. Ambos casos de ESES utilizaron esquema asociado, con respuesta parcial. Actualmente, 11/16 utilizan > 3 antiepilépticos, 2 de ellos con corticoides orales. Las alteraciones cognitivas persisten en 9/16 casos.

Conclusiones.

En nuestra serie, ACTH y vigabatrina constituyen alternativas capaces de modificar manifestaciones clínico-electroencefalográficas en EE, particularmente en SW, donde su uso combinado es más efectivo. En SD/ESES, ACTH evidencia resultados disimiles, requiriendo manejo posterior con corticoides orales, dieta o cirugía. Las alteraciones cognitivas suelen persistir a pesar del tratamiento. Es probable que ACTH y vigabatrina se encuentren subutilizados, debido a sus efectos secundarios (mayores en ACTH) y alto costo.

Darío Ramírez

Servicio de Neurología, Hospital del Salvador, Santiago.

Introducción.

El sobrediagnóstico es uno de los grandes problemas en epileptología. Por ello, es necesario identificar oportunamente las crisis seudoepilépticas, las seudoepilepsias y las no-epilepsias.

Objetivo.

Medir la incidencia de crisis seudoepilépticas, de seudoepilepsias y de no-epilepsia, en una muestra de pacientes evaluados sucesivamente.

Material y método.

Evaluación clínico-anamnésica prospectiva de 175 pacientes, vistos por primera vez en el policlínico de epilepsia del Hospital del Salvador, entre los años 2015 y 2017,

Resultados.

- Crisis no-epilépticas en pacientes con diagnóstico posible epilepsia/posible no-epilepsia: 13 pacientes. Cuatro casos de síncope, tres de psicosis; dos de pánico seudoconvulsivante, un caso de pánico con pérdida de conciencia sin seudoconvulsión, dos con movimientos anormales, un caso con anomalías EEG inespecíficas sin correlato clínico,
- Seudoepilepsia propiamente dicha (diagnóstico y tratamiento equivocados de epilepsia, en pacientes con crisis no-epilépticas): 12 pacientes. Cinco con pánico seudoconvulsivante; tres con síncope, incluido uno con síncope convulsivante; uno con crisis de pánico; uno con miokimias faciales (con diagnóstico de epilepsia rolándica). En los otros dos pacientes, el diagnóstico de epilepsia se había basado en exámenes sin correlato clínico (uno por EEG con polipuntas-ondas, el otro por resonancia magnética de encéfalo que mostraba atrofia de un hipocampo).
- No-epilepsia (crisis epilépticas únicas o repetidas, sintomáticas a situación aguda): tres pacientes. Uno con crisis situacionales por ingesta compulsiva de fluoxetina en altas dosis; dos pacientes seguían recibiendo tratamiento luego de décadas sin crisis –uno de

ellos a título profiláctico.

- Finalmente, en otros dos pacientes, la auténtica gravedad de la epilepsia había sido sobreestimada por asociación con crisis no-epilépticas.

Conclusiones.

El método clínico-anamnésico sigue siendo adecuado para identificar oportunamente las crisis seudoepilépticas, las seudoepilepsias y las no-epilepsias.

La proporción de seudoepilepsias ha caído considerablemente, en comparación con los resultados observados por el autor 20 años atrás. Ello es atribuible a la correcta aplicación del principio de abstenerse de diagnosticar y derivar a epileptólogo en caso de dudas sobre la naturaleza de las crisis.

Francisca Brevis⁽¹⁾, Mónica Martínez⁽²⁾, Darío Ramírez⁽³⁾.

1. Estudiante de Medicina, Hospital del Salvador, Santiago.
2. Enfermera Universitaria, Hospital del Salvador, Santiago.
3. Neurólogo, Hospital del Salvador, Santiago.

Introducción.

El hipotiroidismo es un efecto secundario bien conocido y relativamente frecuente del tratamiento con ácido valproico en niños. Sin embargo, existe muy poca información sobre esta complicación en adultos.

Objetivo.

Medir la prevalencia de hormona tiroestimulante (TSH) anormalmente elevada, en pacientes adultos en tratamiento con ácido valproico.

Material y métodos.

Identificación de todos los pacientes del programa de epilepsia del Hospital del Salvador en quienes se han obtenido pruebas tiroideas.

Separación de los pacientes en grupos, de acuerdo con los valores de TSH alcanzados (inferiores o superiores a 5,0 uUI/ml).

Correlación de los valores de TSH con: i) dosis de ácido valproico al momento del examen; ii) duración del tratamiento con ácido valproico; y iii) otros medicamentos en curso al momento del examen.

Resultados.

En un total de 120 pacientes evaluados, 40 (33.3%) presentaban cifras de TSH superiores a 5,0 uUI/ml (promedio: 8,40 uUI/ml). En ellos, la dosis media de ácido valproico fue de 1473 mg/día; la duración media del tratamiento, de 96,4 meses; y el promedio de otros fármacos anti-epilépticos en uso, de 2,40. En los 80 pacientes con valores de TSH normales (66,6%), la dosis media de ácido valproico fue de 1220 mg/día, administrado durante un promedio de 64 meses.

Discusión.

La prevalencia de hipotiroidismo en pacientes adultos tratados con

ácido valproico (33,3%) es significativamente más alta que en la población general (19,4%). La elevación de TSH se correlaciona de modo complejo con la dosis de ácido valproico y con la duración del tratamiento.

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

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

Introducción.

La politerapia y las crisis recurrentes en los pacientes con epilepsia fármaco-resistente afectan su calidad de vida y su funcionamiento en las rutinas diarias, provocando un desfase en las habilidades esperadas para su edad.

Material y método.

En 2017, se diseñó un policlínico para el seguimiento de pacientes con epilepsia refractaria. Fueron evaluados por neurólogo, psicóloga y enfermera. Se aplicaron las siguientes pruebas según la edad de desarrollo: escala de madurez social de Vineland, escala de evaluación de desarrollo psicomotriz en lactantes (EEDP), Escala de Inteligencia de Wechsler para niños/Quinta Edición (WISC-V), y test de aprendizaje y desarrollo infantil (TADI).

Resultados.

Entre enero de 2017 y abril de 2019, ingresaron 40 pacientes, veintiún hombres, rango de edad de doce meses a catorce años. El tipo de evaluación varió en función de la edad del paciente. Un 34,6% presentó un desarrollo psicomotor o intelectual bajo 1DS con respecto a la media, y un 65,4% bajo 2DS con respecto a la media.

Discusión y Conclusiones.

La intervención y seguimiento multidisciplinario son fundamentales para mejorar los indicadores de salud y de calidad de vida en los pacientes con epilepsia refractaria.

TL12 CASO CLÍNICO: MANEJO INNOVADOR DE CLÚSTER EPILÉPTICO EN PACIENTE CON MUTACIÓN DE LA PROTOCADHERINA-19

Carla Manterola⁽¹⁾, Carolina Correa⁽²⁾, Marcelo Bascur⁽²⁾, Juan Luis Moya⁽³⁾.

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

1. Neuróloga Pediátrica, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.
2. Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica, Universidad de Chile/Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.
3. Neurólogo Pediátrico, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

Introducción.

La protocadherina-19 (PCDH19) es una molécula con importante rol en el desarrollo de redes neuronales involucradas en funciones cognitivas, conductuales y sensoriales. Su mutación heterocigota en mujeres se asocia a epilepsia de inicio precoz, discapacidad intelectual en grado variable y, eventualmente, a otros trastornos del neurodesarrollo. Es particularmente característica la presencia de crisis epilépticas focales en racimos o clústeres, con mala respuesta a fármacos antiepilépticos (FAE) convencionales y estudio electroencefalográfico interictal sin alteraciones. De forma reciente, algunos autores han propuesto el manejo con corticoides endovenosos para el manejo de los racimos de crisis, con resultados prometedores.

Caso Clínico.

Presentamos el caso de una lactante, que a los 12 meses de vida presenta clúster de crisis epilépticas, con pobre respuesta a tratamiento antiepiléptico. La paciente exhibe un examen neurológico y desarrollo psicomotor (DSM) normales para la edad. Es estudiada con resonancia magnética de encéfalo, electroencefalografía y exámenes metabólicos básicos, todos dentro de la normalidad. Los clústeres de crisis epilépticas se repiten en varias oportunidades; a los 20 meses de vida, se diagnostica un retraso del lenguaje. El estudio genético muestra una variante patogénica en el gen PCDH19 (c.1548C> A (p.Tyr516 *). Ante recurrencia de clúster de crisis epilépticas, se indica tratamiento con metilprednisolona en bolo, logrando control de crisis de forma precoz.

Conclusiones.

El fenotipo clínico de pacientes con mutación heterocigota del gen

PCDH19 ha sido ampliamente caracterizado. Por otro lado, la disponibilidad de estudios genéticos con la que hoy contamos nos permite acceder a un diagnóstico etiológico previamente ignorado en muchos de nuestros pacientes. En este caso específico, el conocer la etiología genética de la paciente nos permitió realizar un tratamiento innovador, reduciendo los días de hospitalización y el uso de fármacos, y mejorando la calidad de vida de nuestra paciente.

Fernanda Cordero, Álvaro Velásquez, Katherine Moreno, Alejandro de Marinis, Ada Chicharro, Mónica González.

Servicio Médico, Liga Chilena contra la Epilepsia.

Introducción.

La epilepsia ausencia infantil es uno de los síndromes epilépticos generalizados más frecuentes en pediatría. Presenta una semiología característica, con episodios de interrupción de la conciencia, de inicio y fin súbitos. El electroencefalograma (EEG) asocia actividad de base normal y un patrón interictal e ictal característico.

Objetivo.

Describir características demográficas, clínicas, electroencefalográficas, tratamiento y evolución posterior en pacientes con epilepsia ausencia infantil.

Materiales y método.

Estudio retrospectivo, entre marzo del 2016 y febrero del 2018, basado en registro clínico de pacientes atendidos en la Liga Chilena contra la Epilepsia. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico entre los 4 y 10 años de edad, sin antecedentes de retraso del desarrollo psicomotor.

Resultados.

Total de 56 pacientes, 31 mujeres (55%) y 25 hombres (45%); edad de diagnóstico entre los 5 y 8 años. El promedio de crisis por día al diagnóstico fue de 8,5. EEG interictal mostró complejos de espiga-onda lenta generalizada a 3 cps en el 67%. El EEG ictal característico fue observado en el 58,9%.

El fármaco más usado con respuesta efectiva fue ácido valproico en el 55%, seguido de etosuximida en un 12,5%; se utilizó la combinación de fármacos lamotrigina-ácido valproico en el 10,7%. La respuesta favorable al tratamiento fue medida en relación con libertad de crisis; un 50% tuvo respuesta positiva con un solo fármaco, 19,6% con el segundo, y 30,3% en la combinación de dos fármacos. De los 56 pacientes, 19 (33,9%) suspendieron tratamiento; un 31,5% tuvo recaídas

y un 68,5% se mantuvo libre de crisis. El tiempo transcurrido de tratamiento hasta la suspensión del fármaco varía entre 2 y 5 años, con un promedio de 2,7 años.

Conclusiones.

La epilepsia ausencia infantil es un síndrome pediátrico común con características reconocibles, e historia natural generalmente benigna. Muchos de los pacientes con ausencia (pero no todos) pueden tener libertad de crisis después de la primera o segunda línea farmacológica, destacando el uso de etosuximida, que demuestra una alta tasa de respuesta con menores efectos adversos.

RESUMEN DE AUTORES DE TRABAJOS LIBRES

Acevedo, Keryma:	TL2	Martínez, Mónica:	TL10
Alarcón, Martina:	TL1	Mesa, Tomás:	TL2
Alfaro, Patricia:	TL11	Morales, Marcelo:	TL7
Ardila, Sandra:	TL2	Moreno, Katherine:	TL13
Bascur, Marcelo:	TL12	Moya, Juan Luis:	TL6, TL7, TL8, TL12
Brevis, Francisca:	TL10	Narváez, Carolina:	TL11
Bustamante, Mariela:	TL11	Noack, Karin:	TL1
Campos, Manuel:	TL5	Núñez, Beatriz:	TL11
Cantillano, Christian:	TL1	Pavlov, Jovanka:	TL4
Chicharro, Ada:	TL5, TL13	Ramírez, Darío:	TL9, TL10
Cordero, Fernanda:	TL5, TL13	Ruiz, Marco:	TL1
Cortés, Camila:	TL3, TL8	Santander, Gabriela:	TL7
de la Jara, Josefina:	TL6	Santín, Julia:	TL2
de Marinis, Alejandro:	TL5, TL13	Schönstedt, Valeria:	TL4
Dragnic, Yuri:	TL11	Uribe, Reinaldo:	TL1, TL2
Girardi, Katherine:	TL11	Valenzuela, Bolívar:	TL6
Godoy, Jaime:	TL2	Vásquez, Carla:	TL8
González, Mónica:	TL13	Velásquez, Álvaro:	TL4, TL5, TL13
Lacaux, Patricio:	TL11	Zuleta, Arturo:	TL4
Manterola, Carla:	TL3, TL12		
Margarit, Cynthia:	TL11		