

Resúmenes de trabajos libres
CAMELICE, Guadalajara, Jalisco
12-15 de septiembre

CIENCIAS BÁSICAS

101 CB

NEUROPATHOLOGÍA EN DOS CASOS DE EPILEPSIA Y ESCLEROSIS TUBEROSA

PALACIOS ESCALONA SERGIO,¹ REMBAO BOJORQUEZ DANIEL,²
VILLEDA HERNÁNDEZ JUANA,² GARVÁN CONTRERAS RICARDO,³
CAMACHO ALEJANDRA,² TRISTÁN AGUNDIS MA. FRANCISCA⁴

¹ FACULTAD DE MEDICINA UNAM, DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL PSQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO, MÉXICO,² LAB. ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS, INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "M. VELASCO SUÁREZ",³ UNIVERSIDAD LA SALLE, FACULTAD MEXICANA DE MEDICINA, ⁴HOSPITAL PSQUIÁTRICO, MÉXICO.

ANTECEDENTES: Caso 1: Sin antecedentes familiares de epilepsia. Estudió hasta cuarto año de primaria. Ingería un litro de pulque diario. Intento de suicidio en tres ocasiones. Caso 2: Sin antecedentes hereditarios conocidos.

OBJETIVOS: Estudiar los cambios histopatológicos en dos casos de epilepsia.

MÉTODOS: Se estudiaron autopsias de dos casos: Femenino de 33 años de edad con epilepsia de dos meses de evolución; Masculino de 20 años de edad con epilepsia. En ambos casos se revisaron Historias Clínicas y se estudiaron muestras de tejido encefálico.

RESULTADOS: Caso 1: Neuropatología: Encéfalo con peso de 1100 g, con circunvoluciones aplanadas y surcos poco profundos, pérdida de las dos primeras capas de la corteza, gliosis, depoblación neuronal e hipoxia, CD, degeneración neurofibrilar, placas neuríticas, células monstruosas, heterotópias, axones bifurcados, gránulos de Nissl dispersos hacia la periferia, zonas de desmielinización, depoblación y degeneración de neuronas de Purkinje y necrosis de las células de la capa granular.

Caso 2: Neuropatología: El encéfalo pesó 1250 g, se observa ausencia de las primeras dos capas del encéfalo, distribución anómala de las neuronas piramidales, neuronas monstruosas en lóbulo parietal, CD, falla de la migración neuronal, gránulos de Nissl dispersos hacia la periferia e hipoxia, acumulos de neuronas en forma de nódulos desorganizados en sustancia blanca, zonas de desmielinización, axones ondulados y en diferente sentido, otros bifurcados, depoblación y deformación de neuronas de Purkinje e hipoplásia de las folias.

CONCLUSIONES: Los casos estudiados presentan un evidente trastorno del desarrollo del SNC, con Historia Clínica de epilepsia y retraso mental.

102 CB

HALLAZGOS NEUROPATHOLÓGICOS DE DOS CASOS DE AUTOPSIA CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO, EPILEPSIA E INFARTO CEREBRAL

GARVÁN CONTRERAS RICARDO,¹
VILLEDA HERNÁNDEZ JUANA,² REMBAO BOJORQUEZ DANIEL,²
PALACIOS ESCALONA SERGIO,³ TRISTÁN AGUNDIS MA. FRANCISCA⁴

¹ UNIVERSIDAD LA SALLE, FACULTAD MEXICANA DE MEDICINA,
² LAB. ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS, INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "M. VELASCO SUÁREZ",
³ FACULTAD DE MEDICINA UNAM, DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL PSQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO, MÉXICO,
⁴ HOSPITAL PSQUIÁTRICO, MÉXICO.

ANTECEDENTES: Caso 1: Sin antecedentes de importancia. Caso 2: anoxia neonatorum. Sostiene cabeza a los tres meses, deambulación a los dos años, vida escolar hasta cinco años primaria con buen aprovechamiento.

OBJETIVO: Estudiar los cambios histopatológicos en dos casos de epilepsia.

MÉTODOS: Se estudió dos autopsias: masculino de 40 años con epilepsia refractaria de 26 años de evolución. Femenino de 35 años con epilepsia refractaria de 22 años de evolución. A ambos casos se les realizó Historia Clínica, muestras de tejido encefálico y cardiaco, las cuales se procesaron mediante la técnica histológica.

RESULTADOS: Caso 1, masculino 40 años: Los hallazgos neuropatológicos revelaron microcefalia de 850 g, displasia cortical frontal, temporal, parietal y occipital bilateral, más cambios de degeneración neuronal, Displasia Cortical, agenesia de las capas molecular y granular, falla de la migración neuronal, cavitación, gliosis e infarto en lóbulo parietal. Caso 2, femenino de 35 años: microcefalia 780 g, lisencefalia frontoparietal, estenosis mitral, hipertrofia de ventrículo izquierdo, congestión y edema pulmonar, alteraciones difusas en parénquima cerebral vasos hamartomatosos, agenesia de las tres primeras capas de la corteza cerebral, displasia cortical, presencia de calcosferitas, axones ondulados, falla de la migración neuronal, gliosis e infarto en lóbulo parietal, así como trombos y paredes vasculares destruidas en múltiples zonas del parénquima cerebral.

CONCLUSIONES: Los cambios histológicos demostrados en este estudio confirman un daño masivo cerebral debido a los trastornos del desarrollo y las múltiples crisis que presentaron los pacientes, más las respectivas fallas sistémicas de cada caso.

103 CB

**DISPLASIA CORTICAL FOCAL TIPO IIB
(DISLAMINACIÓN CORTICAL + NEURONAS
DISPLÁSICAS Y CÉLULAS BALANOÏDES).**
REPORTE DE UN CASO

BAUTISTA BAEZA RAMÓN,¹ VELASCO MONROY ANA LUISA²
¹HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, UNIDAD DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA.
SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL. CLÍNICA DE CIRUGÍA DE EPILEPSIA,
²HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

ANTECEDENTES: La Displasia Cortical Focal es una malformación cortical. Descrita por Taylor, caracterizada por las llamadas células balonoides. Es uno de los diagnósticos más comunes en pacientes pediátricos sometidos a resecciones corticales para el tratamiento de epilepsia infantil refractaria. Las convulsiones surgen desde la malformación.

MÉTODOS: Paciente masculino de 29 años de edad, que a los tres años de edad, inició con movimientos tónico-clónicos del hemicuerpo izquierdo, con generalización secundaria. Tiene 30 crisis diarias y estando epiléptico en una ocasión. Hipotrofia de las cuatro extremidades y tetraparesia. Sin otro déficit agregado. RMN con evidencia de imagen hiperintensa en T2 y FLAIR en centro semioval derecho, compatible con heterotopia. Se sometió a implantación de malla de electrodos frontoparietal derecha para mapeo cerebral, ubicando malla en giro precentral e identificando actividad interictal en todos los contactos de la malla, sometiéndose a resección frontal subpial de los 2/3 posteriores de los giros frontal superior y medio, y la mitad superior el giro frontal ascendente.

RESULTADOS: Manifestó como secuela únicamente mioclonías orofaciales izquierdas, que se autolimitaron en el transcurso de cinco semanas. Tras estudio histopatológico de la pieza se diagnosticó Displasia Cortical Focal tipo II b (de células balonoides).

CONCLUSIONES: La Displasia Cortical es la malformación del desarrollo cortical más frecuente en epilepsia fármaco resistente, con anomalías estructurales histopatológicas diversas. Su estudio, utilizando diversas técnicas tanto fisiológicas como de neuroimagen, determina el pronóstico postquirúrgico del paciente.

NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

104 NF

**ACTIVIDAD DELTA RÍTMICA
FRONTAL INTERMITENTE (FIRDA)
EN EL ESTADO POSTICTAL**

ALMANZA ISLAS JORGE,¹ COLLADO CORONA MIGUEL ÁNGEL,¹
SÁNCHEZ ESCANDÓN ÓSCAR,¹ SHKUROVICH BIALIK PAUL,¹
¹DEPARTAMENTO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA,
CENTRO MÉDICO ABC, MÉXICO D.F., MÉXICO.

ANTECEDENTES: La actividad Delta Rítmica Frontal Intermitente (FIRDA) representa un hallazgo electroencefalográfico (EEG) frecuente en adultos. Su relevancia clínica y fisiopatológica no ha sido establecida con exactitud. Descrita por Cobb en 1945, se atribuyó inicialmente a lesiones profundas de la línea media y a tumores de la fosa posterior. Ha sido identificada en asociación con tumores del tercer ventrículo y de la glándula pituitaria, lesiones subcorticales, hidrocefalia, edema cerebral, aumento de la presión intracranal, trastornos metabólicos y estados migrañosos.

MÉTODOS: Se presentan dos pacientes de 20 y 21 años de edad con FIRDAs postictales.

RESULTADOS: Ver figuras 1 y 2.

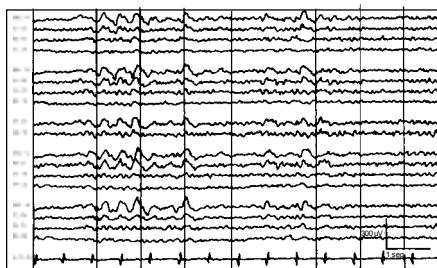


Figura 1.
ANV, fem 21 años

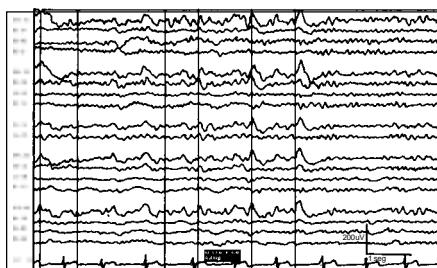


Figura 2. EAM,
masc 20 años

CONCLUSIONES: La actividad FIRDA se caracteriza por brotes rítmicos e intermitentes de ondas delta monomórficas de 1.5 a 2.5 Hz máximos en la región frontopolar. Existe controversia sobre la génesis y la significancia clínica de esta actividad. La literatura enfatiza la asociación del patrón FIRDA con lesiones ocupativas intracraneales. Estudios recientes reportan etiologías no tumorales incluyendo encefalopatías tóxicas, metabólicas, degenerativas anoxoisquémicas e infecciosas. No existen reportes de FIRDAs en procesos epilépticos. Este hecho puede deberse a que

los estudios electroencefalográficos se realizan en etapas postictales tardías. Los casos descritos en el presente reporte corresponden a electroencefalogramas practicados dentro de los primeros 60 minutos después de la crisis convulsiva y en uno de ellos el EEG demuestra un patrón ictal precediendo al patrón FIRDA. Es necesario sospechar la posibilidad de estados postictales tempranos en presencia de un patrón FIRDA, especialmente en pacientes con alteraciones del estado de alerta.

105 NF

PATRONES

ELECTROCORTICOGRÁFICOS EN LA EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL CON PATOLOGÍA DUAL

MORALES CHACÓN LILIA MARÍA,¹ ESTUPIÑÁN B,
LORIGADOS PEDRE L, TRÁPAGA O, GARCÍA I, SÁNCHEZ A, BENDER J,
ZALDIVAR M, GÓMEZ A, GARCÍA ME, BÁEZ M, OROZCO S, ROCHA L.
¹ PROYECTO CIRUGÍA DE EPILEPSIA CIREN. HABANA CUBA.

ANTECEDENTES: La coexistencia de esclerosis del hipocampo y patologías del desarrollo de la corteza del lóbulo temporal resulta un fenómeno bien conocido; sin embargo el significado de estas anomalías es objeto de múltiples controversias. Los estudios electrofisiológicos y neuroquímicos pueden aportar información sobre la epileptogénesis asociada a estas lesiones.

MÉTODOS: Los Electrocorticogramas (ECGs) intraoperatorios digitales de 12 pacientes con Epilepsia del lóbulo temporal medial (ELTM) con diagnóstico histopatológico de patología dual, se categorizaron según la topografía y cuantificación de los patrones de actividad epileptiforme (AE). Los patrones ECoG se relacionaron con los subtipos histológicos de displasia cortical focal (DCF). Se determinó el contenido tisular de aminoácidos en la neocorteza resecada mediante cromatografía líquida de alta resolución y se correlacionó con la AE.

RESULTADOS: La categorización topográfica de la AE ECoGráfica permitió identificar patrones neocorticales y mixtos (mesionecorticales) en el 71.4% de los pacientes. Se constató una asociación estadísticamente significativa entre el tipo histológico de DCF y la cuantificación de la AE. El 33% de los pacientes con DCF tipo la presentaron un patrón ECoGráfico con baja frecuencia de AE (< 5/10 seg), por su parte el 56% de aquellos con DCF tipo Ib presentaron una frecuencia alta de AE (5-10/seg) Fisher Exact. Test p = 0.04. La frecuencia de descarga de AE mostró asimismo una correlación positiva estadísticamente significativa p < 0.05 con las concentraciones tisulares de aspartato R = 0.88, glutamato R = 0.82 y alanina R = 0.90.

CONCLUSIONES: La frecuencia de descarga de AE en el ECoG así como la topografía del patrón predicen la coexistencia de esclerosis hipocampal con DCF, todo lo cual es importante para determinar la extensión de la resección y puede tener implicaciones para la evolución posquirúrgica. Se demuestra el papel de los aminoácidos excitatorios mediando la actividad epileptiforme en pacientes con ELT farmacoresistente asociada a DCF.

106 NF

ACTIVIDAD DECREMENTAL EN EPILEPSIA

PÉREZ RAMÍREZ JOSÉ MARIEL,¹
CASTELLANOS GONZÁLEZ ABRIL,² GUERRA GARCÍA DIANA²

¹DEPARTAMENTO DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA, HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"; ²DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA, HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

INTRODUCCIÓN: Definida por Jasper y Kershman como actividad rápida de bajo voltaje, que incrementa en voltaje y disminuye en frecuencia y evoluciona a puntas u ondas rítmicas (1943). Común en Síndrome de West, crisis atónicas y tónicas en Síndrome de Lennox-Gastaut. Similar al trazo alternante en sueño quieto y a patrón de brote-supresión en hipoxia, sugiere excesiva descarga neuronal subcortical y desregulación córtico-subcortical, por incremento de serotonina y disminución de acetilcolina en tallo. Asociado a disgranulosis cerebrales y Síndrome de Aicardi, Ohtahara, West, Lennox Gastaut, Encefalopatía mioclónica temprana.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo. Incluyó 14 pacientes del Hospital Infantil de México, con epilepsia refractaria, con eventos ictales asociados a AED, definida como patrón caracterizado por actividad rápida de bajo voltaje, de menos de 25 1?V y frecuencia mayor de 15 Hz o aplanoamiento difuso sin actividad rápida.

RESULTADOS: 43% hombres, 57% mujeres, preescolares 21%, escolares 7%, neonatos 21%, lactantes 51%; etiología: 47% hipoxia neonatal, 23% displasias corticales, 15% criptogénica, 15% otras. Grafogramas epilépticos: 43% polipunta-onda lenta, 29% ondas lentas rítmicas, 21% polipuntas, 7% punta onda lenta; actividad epiléptica generalizada 47%, multifocal 15%, focal hemisferio derecho 15%, hemisferio izquierdo: 23%. Crisis asociadas: tónicas generalizadas + parciales complejas: ocho pacientes; espasmos infantiles + parciales complejas: cinco; tónicas generalizadas + mioclónicas: uno.

CONCLUSIONES: Predominio en hombres, siendo los lactantes más susceptibles. Etiología más frecuente: hipoxia perinatal. La combinación de crisis motoras, eventos no convulsivos y AED son heráldicas de epilepsia refractaria. AED no es exclusiva de eventos tónicos o de espasmos infantiles.

NEUROIMAGEN

107 NI

CASO REPORTE:

SENSIBILIDAD DE LA RMF EN
LA VALORACIÓN PREOPERATORIA
DEL LENGUAJE EN PACIENTES CON
EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL

CANDIA VELASCO ENGLERTH,¹

SANDOVAL BONILLA BAYRON,¹ ALONSO VANEGAS MARIO¹

¹INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

"MANUEL VELASCO SUÁREZ", DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE EPILEPSIA.

ANTECEDENTES: La RMf es un método no invasivo que sustituye en muchos casos al test de Wada para la valoración preoperatoria de pacientes en cirugía de epilepsia. Con la RMf mapeamos las áreas corticales funcionales de interés. Sin embargo, la sensibilidad no es del 100%, debemos conocer qué pacientes epilépticos con dominancia manual derecha o ambidiestros, tienen una probabilidad mayor del 95% de tener correlación entre la RMf y la dominancia izquierda para el lenguaje; en enfermos con dominancia manual izquierda esta probabilidad es del 80-87% de correlación entre la RMf y la dominancia hemisférica izquierda para el lenguaje, en ambidiestros hay la probabilidad del 80-87% de correlación entre la RMf y la dominancia bilateral para el lenguaje.

MÉTODO: Presentamos un caso. Varón de 45 años de edad, diestro, con crisis parciales complejas de difícil control, diagnosticado de esclerosis mesial temporal izquierda, la RMf con paradigma en lenguaje activó el hemisferio derecho, se realizó test de Wada, concluyendo en lateralización del lenguaje hacia la izquierda.

CONCLUSIÓN: La RMf es un método sensible para la lateralización del lenguaje en pacientes con crisis parciales complejas. Sin embargo debemos tomar especial consideración a enfermos con dominancia manual izquierda o ambidiestros, o en los cuales la RMf no se correlacione de manera adecuada con la dominancia manual. El test de Wada y el mapeo cortical continúan siendo los estándares de oro. Al no existir correlación con la imagen funcional se deberá realizar una de ambas pruebas previo a la cirugía.

108 NI

CONCORDANCIA ANATÓMICA
DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA
FUNCIONAL Y LA ESTIMULACIÓN
ELÉCTRICA CORTICAL EN LA
LOCALIZACIÓN DE ÁREAS MOTORAS

TREJO MARTÍNEZ DAVID,¹ VELASCO MONROY ANA LUISA,¹
VELASCO CAMPOS FRANCISCO,² CONDE ESPINOSA RUBÉN,³
NUÑEZ JOSÉ MA.,² SOTO JULIÁN,⁴ ARMONY JORGE⁴

¹HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, DEPARTAMENTO UNIDAD
DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL, ESTEREOOTAXIA Y RADIOCIRUGÍA,

²HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, ³DEPARTAMENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA
DEL HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL, ⁴MCGILL UNIVERSITY, CANADÁ.

ANTECEDENTES: En algunos pacientes con crisis parciales motoras candidatos a cirugía es indispensable la delimitación de áreas motoras en relación a la actividad epiléptica (Fandino J, et al. *J Neurosurg* 1999; 91(2): 238-50). Actualmente puede lograrse dicha delimitación mediante la Resonancia Magnética Funcional (RMf), la cual ha mostrado gran coincidencia con los resultados de la estimulación eléctrica cortical (EEC) (Pirotte B, et al. *Amer J of Neuroradiol* 2005; 26: 2256-66).

MÉTODO: Se incluyeron a dos pacientes mujeres con 17 y 26 años de edad, ambas con crisis parciales motoras; la primera sin lesión anatómica demostrable, la segunda con crisis secundarias a neoplasia cerebral. A ambas se les realizó mapeo de áreas motoras con EEC y con RMf.

RESULTADOS: En la primer paciente se observa coincidencia en la localización de áreas motoras con ambas técnicas; sin embargo, la precisión puede variar en aproximadamente 5 mm. En la segunda paciente se encontró una distribución totalmente atípica de la representación cortical motora, la cual fue delimitada con la RMf fuera de la zona que cubrió la rejilla de electrodos para la EEC.

CONCLUSIÓN: Se encuentra una alta concordancia entre ambas técnicas. La RMf es una técnica de reciente uso en nuestro país en pacientes candidatos a cirugía, por esta razón es necesario realizar estudios comparativos con técnicas altamente confiables como la EEC, sobre todo en aquellos pacientes que pueden mostrar variantes anatomofuncionales importantes a considerar para el plan quirúrgico. Los autores consideramos que en la mayoría de los casos las dos técnicas son complementarias más que excluyentes.

109NI

**VALOR DE LA ESPECTROSCOPIA
POR RESONANCIA MAGNÉTICA EN
LA LATERALIZACIÓN DE LA EPILEPSIA
PARCIAL COMPLEJA DEL LÓBULO
TEMPORAL MESIAL EN EL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO**

**VÁZQUEZ BARRÓN DARUNI, VELASCO MONROY ANA LUISA,
NÚÑEZ JOSÉ MA., GARCÍA MUÑOZ ISRAEL JESÚS**
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, DEPARTAMENTO NEUROCIRUGÍA,
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

ANTECEDENTES: La espectroscopia ha mostrado ser de utilidad para lateralizar la epilepsia del lóbulo temporal; sin embargo la literatura nacional al respecto es poca. Este trabajo muestra la experiencia de la Clínica de Epilepsia de difícil control del Hospital General de México en los últimos dos años.

MÉTODO: Se efectuó una revisión retrospectiva de 12 pacientes con epilepsia parcial compleja del lóbulo temporal mesial a quienes se realizó espectroscopia por resonancia magnética como parte de su protocolo de estudio, tres mujeres y nueve hombres, con un promedio de 33 años de evolución de su padecimiento.

RESULTADOS: El índice N-acetil aspartato/Creatina + Colina en el lóbulo afectado fue menor al límite de normalidad reportado en la literatura (0.72) en seis pacientes (50%), en nueve pacientes el valor fue menor en el lado afectado que en el contralateral (75%), en un paciente no hubo diferencia entre ambos lados, (0.08%) y en dos pacientes fue mayor en el lado afectado con respecto al contralateral (0.16%); así, en nuestra muestra la espectroscopia logró lateralizar correctamente el lóbulo afectado en 75% de los casos.

CONCLUSIONES: La utilidad de la espectroscopia para lateralización en epilepsia del lóbulo temporal fue menor que en estudios previos. Esto resalta la importancia de realizar un nuevo estudio prospectivo con una muestra mayor y un protocolo estandarizado para el estudio de imagen del lóbulo temporal, que permita, además, obtener una referencia de los parámetros de metabolitos detectables por espectroscopia en población mexicana.

110NI

**VALOR DIAGNÓSTICO DE LA
VOLUMETRÍA HIPOCAMPAL EN
PACIENTES CON EPILEPSIA MESIAL
TEMPORAL DE DIFÍCIL CONTROL**

**ALFARO TAPIA CLAUDIA,¹
VELASCO MONROY ANA LUISA,² BOLEAGA BERNARDO³**

¹HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, DEPARTAMENTO UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA
FUNCIONAL, ESTEREOTAXIA Y RADIOCIRUGÍA, ²HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO,³
DEPARTAMENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA CTSCANNER DE MÉXICO.

OBJETIVOS: Evaluar la volumetría hipocampal en la resonancia magnética como factor diagnóstico y pronóstico en pacientes con Epilepsia del Lóbulo temporal refractaria, sometidos a tratamiento quirúrgico.

MÉTODO: Se incluyeron 30 pacientes con diagnóstico de Epilepsia del lóbulo temporal de difícil control. Se correlacionaron el Electroencefalograma de superficie y resonancia magnética con volumetría. En pacientes que no se pudo definir el sitio epileptógeno se sometieron a implantación de electrodos intracraneales para efectuar registros continuos para detección del foco epiléptico. Dependiendo de los resultados, se efectuó resección o neuromodulación. Seguimiento mínimo de los pacientes fue de un tiempo mínimo de 24 meses.

RESULTADOS: Los pacientes fueron divididos en cinco grupos de acuerdo a los siguientes criterios:

- I. Concordancia entre Electroencefalograma de superficie y resonancia magnética.
- II. Concordancia entre Electroencefalograma de profundidad con resonancia magnética.
- III. Electroencefalograma de profundidad contralateral a la esclerosis hipocampal.
- IV. Pacientes con resonancia magnética normal y foco epiléptico detectado mediante electrodos hipocámpicos en hemisferio no dominante.
- V. Focos hipocampales bilaterales o en hemisferio dominante o sin concordancia con la resonancia magnética (normal o contralateral). Este grupo fue sometido a neuromodulación.

CONCLUSIONES: La concordancia del Electroencefalograma de profundidad con la volumetría mejora el pronóstico de la cirugía ablativa. La volumetría normal nos permite además proponer a un paciente para neuromodulación del foco epiléptico con un pronóstico favorable. Esto es de gran ayuda pues son estos pacientes a los que se les excluye de un procedimiento quirúrgico.

111NI

**MEMORIA Y EPILEPSIA:
UN ESTUDIO CON RESONANCIA
MAGNÉTICA FUNCIONAL**

**ÁLVAREZ ALAMILLA JACQUELINE,¹ PASAYE ALCARAZ ERIC HUMBERTO,²
TREJO MARTÍNEZ DAVID,¹ SANDOVAL PAREDES JOSEFINA²**

¹FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO,
UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL, ESTEREOOTAXIA Y RADIOCIRUGÍA,

²INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MVS",
UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA.

ANTECEDENTES: Las técnicas de neuroimagen como la Resonancia Magnética funcional (RMf) y los estudios neuropsicológicos nos han permitido realizar estrategias para cartografiar la actividad cerebral de las Funciones Psicológicas Superiores. Recientemente se ha avanzado en los estudios de memoria en los pacientes con Epilepsia de Lóbulo Temporal (ELT) candidatos a cirugía, con el fin de evitar déficit mnésico postoperatorio. En el presente estudio analizamos y describimos la actividad cerebral mediante una tarea de memoria con RMf en pacientes con ELT y sujetos controles.

MÉTODO: Se evaluaron 10 sujetos con diagnóstico de ELT y cinco controles, a ambos grupos se les realizó una tarea de memoria de palabras audioverbal.

RESULTADOS: La medida de la respuesta conductual de acuerdo al test utilizado fue de 6.47 ± 1.76 en la evocación libre, 6.73 ± 2.0 en reconocimiento por claves semánticas y 8.87 ± 1.80 en reconocimiento. La RMf mostró actividad de diferentes regiones prefrontales, así como parietales y temporales, incluyendo regiones hipocampales.

CONCLUSIÓN: Observamos diferencias en la activación cerebral durante la codificación y evocación, especialmente en la corteza temporo medial y frontal. Se encuentra diferente actividad cerebral entre los sujetos controles y los pacientes con ELT, dichos hallazgos sugieren una reorganización cerebral en los pacientes. Dicha reorganización también implica el uso de diferentes estrategias memorísticas para evocar información. El conocimiento de las diferentes regiones cerebrales que participan en el proceso mnésico, así como el uso de estrategias neuropsicológicas permitirán una mayor eficiencia en la prevención y rehabilitación neuropsicológica de dichos pacientes.

112NI

**CORRELACIÓN DE SPECT
(ICTAL E INTERICIAL) Y RESONANCIA
MAGNÉTICA EN PACIENTES
PARA CIRUGÍA DE EPILEPSIA**

LUNA MARY,¹ TORRES JAIME,² RODRÍGUEZ ROBERTO,² VILLALOBOS RAFAEL²

¹CHILD NEUROLOGY OF SOUTH TEXAS AT VBCM, UNIVERSITY OF TEXAS SYSTEM,
HARLINGEN, TEXAS.²INSTITUTO POTOSINO DE NEUROCIENCIAS, UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ, SLP, MÉXICO.

INTRODUCCIÓN: El SPECT es una modalidad diagnóstica de gran utilidad para localización de foco epileptogénico en cirugía de epilepsia; es determinante cuando se trata de casos sin lesión evidente por resonancia magnética (RM).

OBJETIVO: Determinar la correlación con anomalías estructurales en RM en pacientes evaluados para cirugía de epilepsia con estudios funcionales de SPECT.

MATERIAL Y MÉTODOS: La muestra incluyó aquellos pacientes con diagnóstico de epilepsia parcial refractaria a tratamiento médico. De todos los pacientes 22 tenían lesión y 24 no. Se realizó estudio de Tc99m-HMPAO-SPECT, la captura ictal se llevó a cabo en el 45% de los pacientes, el resto contaron con estudios interictales. Se revisaron los estudios de RM con correlación en las áreas de anormalidad en SPECT. Se revisó la semiología electro-clínica obtenida por video-telemetría.

RESULTADOS: Pacientes de 18 meses a los 21 años. Evidencia de perfusión anormal fue encontrada en todos los estudios, los cambios regionales en su mayoría (85%) fueron en los lóbulos frontales, occipitales y temporales, las anomalías de afección parietal sólo en un 5% de los casos. La patología dual se registró en un 15% de los pacientes. La concordancia en los estudios con lesión fue de un 90%. Los estudios de casos sin lesión concordaron con un resultado postoperatorio acorde en un 87%.

CONCLUSIÓN: El SPECT es útil en casos sin lesión con refractariedad a tratamiento convencional. Los casos no refractarios posiblemente con crisis aisladas no generan los cambios de regulación de flujos repetidos y sostenidos para que un estudio funcional lo manifieste.

EPILEPSIA Y UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA

VALLADARES SÁNCHEZ PABLO,¹

GUTIERREZ MOCTEZUMA JUVENAL,¹ GONZÁLEZ RAMÍREZ BEATRIZ A.²
¹CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE", ISSSTE, DEPARTAMENTO DE NEUROPEDIATRÍA, ²CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE", ISSSTE, DEPARTAMENTO DE NEURORADIOLOGÍA.

INTRODUCCIÓN: La Neuroimagen ha marcado época en el diagnóstico y el tratamiento de la Epilepsia a través de los hallazgos en sus diferentes modalidades. La accesibilidad de este estudio en la gran mayoría de los centros hospitalarios es limitada, por lo que la utilización de este recurso debe ser bien dirigida. En este estudio se muestra la utilidad que ha mostrado la Imagen de Resonancia Magnética (IRM) en confirmar la sospecha clínica inicial, en epilepsia idiopática y sintomática. Es una revisión de cinco años, en pacientes vistos en el servicio de Neurología Pediátrica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron IRM de 117 pacientes con entidades neurológicas atendidos en el Servicio de Neurología Pediátrica de enero 2003 hasta junio 2007 que contaban con IRM como parte de su diagnóstico integral.

RESULTADOS: Se incluyeron 43 pacientes con epilepsia. 25 (58%) correspondieron a las sintomáticas; nueve (21%) idiopáticas y nueve (21%) con crisis parciales. En las sintomáticas 11 (44%) la IRM se describió sin alteraciones; 14 (56%) resultaron positivas; en las idiopáticas, las nueve (100%) se reportaron normales. En las crisis parciales, seis (66%) se mostraron positivas y tres (34%) se describieron sin alteraciones estructurales.

CONCLUSIONES: La IRM es positiva en poco más de la mitad de los pacientes con epilepsia sintomática. En las idiopáticas los resultados fueron parecidos a los mostrados en la literatura internacional. En las crisis parciales la IRM sólo se evidenció lesión estructural en 66% por debajo del esperado para esta entidad.

EPILEPTOLOGÍA DE ADULTOS

ENFERMEDAD DE LAFORA EN EL ADULTO, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

HERRERA LEÓN N,¹

VÁZQUEZ ALFARO ROSALIA,² VELASCO MONROY ANA LUISA³

¹RESIDENTE DE 3ER AÑO DE NEUROLOGÍA CLÍNICA,

²MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA CLÍNICA,

³MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Lafora es un tipo de epilepsia mioclónica progresiva, autosómica recesiva, de inicio en la infancia tardía, entre los 7-18 años, es genéticamente heterogénea con un mínimo de tres locus de los cuales dos son conocidos, el EPM2A localizado en el cromosoma 6q24 es un gen de cuatro exones que codifica para laforina y el EPM2B para la malina E3 ubiquitina ligasa en el 6p 22.3, laforina y malina interactúan y su función es proteger al tejido de la acumulación de políglucosanos por la regulación de proteínas involucradas en el metabolismo del glucógeno. Clínicamente se caracteriza por deterioro cognitivo, disartria, temblor de intención, ataxia, diferentes tipos de crisis convulsivas como mioclonias, crisis generalizadas, crisis parciales complejas, ausencias atípicas, y alucinaciones visuales; los síntomas progresan hasta terminar en demencia y epilepsia intractable. El diagnóstico puede ser con biopsia de piel donde se identifican los cuerpos de Lafora, que son inclusiones intracelulares de políglucanos encontrados en neuronas, corazón, músculo esquelético, hígado y células de los conductos de las glándulas sudoríparas; otras pruebas diagnósticas son PCR cuantitativa, análisis de hibridación *in situ* y polimorfismo de nucleótidos. El EEG puede mostrar actividad punta onda y desorganización generalizada, la imagen de resonancia cerebral puede ser normal o con atrofia cerebral. El pronóstico es malo con muerte dentro de la primera década posterior al inicio de los síntomas.

MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 37 años de edad, que contaba con el antecedente de una hermana finada a la edad de 35 por un padecimiento manifestado por crisis convulsivas y un síndrome demencial. El padecimiento actual lo inició a la edad de dos años con crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas con una tasa de crisis dos a tres al mes hasta los ocho años, asintomático hasta los 18 años en que reinicia con una crisis cada 3-4 meses y un año previo a su ingreso presenta alteraciones de la memoria de trabajo y mediata, apatía, desatención, indiferencia al medio, pobre interacción, movimientos involuntarios, súbitos,

breves, de tipo sacudida en extremidades superiores con una frecuencia de dos a tres al día. Seis meses después de reiniciar con las crisis presenta incapacidad para la articulación de la palabra hasta llegar a monosílabos y en los últimos tres meses incapacidad para realizar sus actividades de aseo personal alimentación y vestido, los movimientos involuntarios en las cuatro extremidades, tipo mioclonias persisten.

En exploración neurológica con deterioro cognitivo severo, afasia, apraxia agnosia, minimental de Folstein y siete puntos al ingreso; discreta rigidez de las cuatro extremidades hiperreflexia generalizada y mioclonias segmentarias de las extremidades de predominio en las derechas. Evolución con mayor deterioro cognitivo minimental control al tercer mes tres puntos y mioclonias multifocales.

RESULTADOS: Perfil tiroideo normal, LCR normal, Proteína 14.33 negativa, EEG con actividad lenta generalizada, electromiografía de las cuatro extremidades con incremento en las amplitudes del potencial de acción sensorial nervioso, potenciales somato-sensoriales normales, imagen de resonancia magnética cerebral con atrofia generalizada, se realizó biopsia de piel de la axila en donde se observó a nivel intracelular inclusiones globulares compactas uniformes PAS (+) compatibles con cuerpos de Lafora.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Lafora es la principal causa de epilepsia mioclónica progresiva en la infancia aunque hay casos reportados en mayores de 20 años, generalmente inicia con deterioro cognitivo que evoluciona a la demencia, en nuestro caso presentó esta evolución pero el deterioro cognitivo y las mioclonias se manifestaron a la edad de 35 años –presentación no habitual– y el diagnóstico se realizó con la biopsia de piel y secuenciación de DNA.

115 EA EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL MESIAL DE INICIO TARDÍO COMO MANIFESTACIÓN DE ANEURISMA GRANDE DE LA COMUNICANTE POSTERIOR NO ROTO

GARCÍA ISRAEL,¹ HERNÁNDEZ VALENCIA ALDO FRANCISCO,²
JIMÉNEZ CRUZ JORGE ENRIQUE,² VELASCO MONROY ANA LUISA²
¹ UNIDAD DE NEUROLOGÍA DE LA CLÍNICA DE EPILEPSIA DE LA UNIDAD DE
NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL Y ESTEREOTAXIA, ²HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

ANTECEDENTES: Las crisis del lóbulo temporal mesial secundarias a aneurismas intracraneales no rotos son excepcionales, inclusive en aquellos pacientes con presentación tardía. En reportes en la literatura están asociados principalmente a aneurismas no rotos gigantes de la arteria cerebral media.

MÉTODOS: Se estudió paciente de 31 años con crisis tónico-clónicas, CPC y crisis atónicas refractarias a tratamiento médico desde los 14 años. Presenta hasta 25 crisis al día. Refiere inicio de la deambulación a los tres años. Presenta afección de pares craneales IX, X y XII; pie equinovaro y síndrome piramidal

RESULTADOS: Se inició tratamiento con oxcarbazepina 600 mg/día y se realizó embolización del aneurisma sacular con colocación de coils por vía endovascular corroborándose por angiografía oclusión total del aneurisma.

CONCLUSIONES: A pesar de ser una causa excepcional de crisis epilépticas debe considerarse a los aneurismas grandes y gigantes no rotos cuando causan compresión sobre la corteza cerebral en diagnósticos diferenciales de epilepsia en aquellos pacientes con inicio tardío.

116 EA SÍNDROME DE KUZNIECKY O POLIMICROGIRIA PERISILVIANA BILATERAL: REPORTE DE CASO

RAMÍREZ CÁRDENAS ARACELI,¹
CUEVAS REMIGIO LUIS FERNANDO,² ALONSO VANEGAS MARIO ARTURO²
¹ INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIRUGÍA, DPTO. DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL,
² INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA.

INTRODUCCIÓN: Los criterios esenciales para el diagnóstico de Síndrome de Kuzniecky son la presencia de disfunción orofaríngea, disartria y malformaciones perisilvianas bilaterales. Como criterios adicionales se describen: retraso en el desarrollo, retraso mental, anomalías electroencefalográficas y epilepsia que se presenta en 87% de los casos, siendo refractaria a tratamiento médico en 50-60% de ellos. Otros criterios diagnósticos son la artrogrirosis múltiple, otras malformaciones de las extremidades y espasmos infantiles.

MÉTODOS: Paciente masculino de 31 años con crisis tónico-clónicas, CPC y crisis atónicas refractarias a tratamiento médico desde los 14 años. Presenta hasta 25 crisis al día. Refiere inicio de la deambulación a los tres años. Presenta afección de pares craneales IX, X y XII; pie equinovaro y síndrome piramidal

izquierdos. La IRM reveló pérdida del volumen cortical fronto-parietal y engrosamiento de la corteza insular bilateral con disminución de las circunvoluciones. El EEG interictal y la polisomnografía mostraron focalización fronto-temporal derecha. La valoración neuropsicológica reveló retraso mental leve, dificultades en la discriminación audio-verbal y fallas en la memoria de trabajo. Se realizaron lobectomía temporal derecha y amigdalo-hipocampectomía ipsilateral guiadas por electrocorticografía y estimulación cortical.

RESULTADOS: A un año de la cirugía el paciente presenta crisis vertiginosas diarias y crisis tónico-clónico generalizadas ocasionales. El EEG interictal muestra focalización frontocentral derecha. Un SPECT interictal revela aumento del flujo bifrontal.

CONCLUSIONES: El paciente cumple los criterios diagnósticos esenciales para polimicrogiria perisilviana bilateral. Su respuesta parcial a la cirugía concuerda con lo recientemente reportado respecto al peor pronóstico postquirúrgico en pacientes con múltiples tipos de crisis.

EPILEPTOLOGÍA DE NIÑOS

117EN

ESTATUS EPILÉPTICO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

GARFIAS RAU YAIR,¹ HUERTA HURTADO ALMA,¹ ESPINOZA MONTERO RUBÉN¹
¹DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA, HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

INTRODUCCIÓN: La afección del sistema nervioso por Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una de las principales causas de morbilidad presentándose en el 25-90% de los pacientes. Las crisis epilépticas se presentan en el 31.6% al momento del diagnóstico. Pueden ser por efecto directo de la enfermedad sobre el SNC (anticuerpos antineuronales, antifosfolípidos, isquemia focal y citocinas) o bien ocurrir independientemente de la actividad lúpica (uremia, alteraciones electrolíticas hipertensión o neuroinfección). Se reportó un caso de estado epiléptico parcial complejo, considerando como diagnóstico diferencial una psicosis. Se describe el caso clínico de una paciente pediátrica que debutó con estado epiléptico.

CASO CLÍNICO: Femenino de ocho años, sana, inicia con cuadro infeccioso gastrointestinal, al sexto día presenta crisis convulsivas parciales secundariamente generalizadas y posteriormente estado epiléptico requiriendo impregnación con fenitoína, fenobarbital y posteriormente coma barbitúrico. EEG con brotes generalizados continuos de punta

polipunta onda lenta-onda aguda de alto voltaje con períodos de supresión. TAC de cráneo normal. Al tercer día de estancia se sospecha de LES por alteración renal y eritema malar confirmado el diagnóstico por la presencia de: Crisis convulsivas, eritema malar, serositis, ANA + 1:160, linfopenia, anemia, proteinuria y hemoglobinuria. Inicia tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida. Mejoría inicial, sin embargo continúa presentando crisis convulsiva y cuadro infeccioso urinario micótico. Fallece al decimocuarto día de estancia.

CONCLUSIONES: Se reportan crisis epilépticas al inicio del LES en 31.6%. Se han observado como crisis únicas hasta en un 10-20% y epilepsia en 11%. En varias series se reporta el estado epiléptico como causa primaria de mortalidad y un caso de estado parcial complejo como diagnóstico diferencial de psicosis; sin embargo no se ha reportado como forma de presentación del mismo.

118EN

CRISIS PSICOGÉNICAS NO EPILÉPTICAS. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DEL PROBLEMA

SAN ESTEBAN JOSÉ EDUARDO,¹

SHKUROVICH PAUL,² SÁNCHEZ ÓSCAR,² BELMAR EVA ANDREA³

¹CLÍNICA DE EPILEPSIA Y SERVICIO DE NEURO-PEDIATRÍA DEL CENTRO NEUROLÓGICO ABC, CAMPUS SANTA FE, MÉXICO D.F., ²CLÍNICA DE EPILEPSIA Y SERVICIOS DE NEUROLOGÍA Y DE NEUROFISIOLOGÍA DEL CENTRO NEUROLÓGICO ABC, CENTRO MÉDICO ABC, CAMPUS SANTA FE, MÉXICO D.F., ³CLÍNICA DE EPILEPSIA Y SERVICIO DE NEUROPSICOLOGÍA DEL CENTRO NEUROLÓGICO ABC, CENTRO MÉDICO ABC, CAMPUS SANTA FE, MÉXICO D.F.

Crisis Psicogénicas No Epilépticas (CPNE) son aquellos eventos paroxísticos con modificación del comportamiento motor, sensitivo, sensorial o conductual, que parecen crisis epilépticas pero no son producidas por descargas eléctricas cerebrales anormales. Forman parte de las crisis paroxísticas no epilépticas que a su vez pueden ser fisiológicas, como el síncope o psicogénicas como las que nos ocupan.

Su frecuencia es alta, su diagnóstico difícil, la posibilidad de complicaciones sobre todo iatrogénicas muy significativa, su tratamiento complejo y su pronóstico malo.

Presentamos el caso de una niña de once años sin antecedentes de enfermedades significativas con un comportamiento compulsivo para el estudio siendo la mejor estudiante de su escuela. No había evidencias de maltrato, abuso o consumo de drogas. Sus crisis se iniciaron súbitamente con sacudidas mioclónicas severas, sobre todo del tronco. Durante los episodios se mantenía consciente y capaz de conversar. En el Hospital al que fue llevada se le realizaron muchos estudios, incluyendo resonancias

magnéticas del cráneo que fueron normales y varios electroencefalogramas que variaron desde normales hasta paroxísticos difusos o focales. Durante un episodio de mioclonías se consideró que estaba en status y se llevó a coma barbitúrico e intubación. Estuvo grave en terapia intensiva en donde desarrolló neumonía y requirió de aminas presoras por varios días. Fue dada de alta con tres antiepilepticos pero siguió con crisis. El diagnóstico se hizo en nuestro Centro Neurológico al observar las crisis y realizar un video electroencefalograma.

Se presenta el video y se hacen consideraciones en relación al difícil diagnóstico, manejo y mal pronóstico.

119EN PRESENTACIÓN DE 13 CASOS DE ESQUIZENCEFALIAS

GRIMALDO CHÁVEZ RAÚL ALEJANDRO,¹
CEJA MORENO HUGO,² PADILLA GÓMEZ LUIS ALFREDO,³
PÉREZ GARCÍA GUILLERMO,⁴ ÓRNELAS ARANA MARTHA⁵
¹MÉDICO PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL DE NEUROLOGÍA PEDIATRÍA.
²MÉDICO ENCARGADO DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PEDIATRÍA.
³MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PEDIATRÍA.
⁴MÉDICO ENCARGADO DEL SERVICIO DE GENÉTICA HUMANA.
⁵MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE GENÉTICA HUMANA DEL ANTIGUO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE".

INTRODUCCIÓN: Disgenesia cerebral por trastorno temprano de la proliferación neuronal. Con hendiduras focales o multifocales y de carácter unilateral o bilateral. Siendo de labio abierto, cuando las paredes hendididas están separadas por el líquido cefalorraquídeo y de labio cerrado cuando se encuentran en contacto. Más de 50% de los casos presentan crisis convulsivas, 81% son convulsiones parciales y de difícil control; se asocia con retraso del desarrollo psicomotor.

OBJETIVOS: Reportar los hallazgos de presentación clínica.

MÉTODOS: En 65 pacientes con disgenesias cerebrales se captaron de manera prospectiva observacional, aquellos que cumplan con criterios diagnósticos de esquizencefalia con o sin epilepsia, por medio de historia clínica, EEG y estudios de neuroimagen durante 10 meses.

RESULTADOS: Se obtuvieron 13 casos de esquizencefalia donde predominaron las de labio abierto y bilateral, con algunas disgenesias asociadas; antecedentes familiares de toxicomanías e infecciosas, en edad promedio a un año y uno de 12 años, encontrando más en el sexo femenino 3:1, y siendo más frecuente las convulsiones parciales complejas de difícil control; todos con distintos grados de retraso en el desarrollo.

CONCLUSIÓN: Los hallazgos encontrados responden a la realización y valoración de estudios de neuroimagen en todos los pacientes con retraso del neurodesarrollo con o sin alteraciones de la línea media.

120EN HIPOTERMIA EPISÓDICA ESPONTÁNEA NOCTURNA: EVENTO PAROXÍSTICO NO EPILEPTICO

SHKUROVICH BIALIK PAUL,¹ ALMANZA ISLAS JORGE,¹
SÁNCHEZ ESCANDÓN ÓSCAR,¹ RICCHEIMER WOHLMUTH ROBERTO,²
COLLAZO CORONA MIGUEL ÁNGEL¹
¹DEPARTAMENTO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA, CENTRO MÉDICO ABC, MÉXICO, D.F. ²DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, CENTRO MÉDICO ABC, MÉXICO, D.F.

ANTECEDENTES: La hipotermia paroxística episódica es un desorden infrecuente de etiología desconocida. Enfermedades sistémicas o lesiones cerebrales no han sido relacionadas en esta condición. La temperatura corporal menor a 35 °C puede observarse en distintas condiciones que comprometen los mecanismos centrales de termorregulación. Tal es el caso de traumatismos craneoencefálicos, infecciones, tumores, eventos vasculares o malformaciones cerebrales. La hipotermia espontánea recurrente o síndrome de Shapiro fue descrita en 1969. Consiste en la asociación de hipotermia, hiperhidrosis y agenesia del cuerpo calloso, sin disfunción hipotalámica. Otros pacientes han sido reportados con fluctuaciones significativas en la temperatura corporal, pero sin alteraciones estructurales intracraneanas.

MÉTODO: En el presente reporte presentamos una paciente de tres años de edad con episodios de hipotermia nocturnos, enviada al Servicio de Neurofisiología con sospecha de crisis epilépticas con manifestaciones autonómicas.

RESULTADOS: Se realizó estudio videoelectroencefalográfico (VEEG) y polisomnográfico (PSG). El EEG fue normal durante vigilia y sueño, sin evidencia de actividad paroxística. El registro digital de temperatura corporal mostró episodios de hipotermia exclusivamente durante la noche, con cifras de hasta 34.0 °C. Durante los episodios no se observaron cambios en la frecuencia cardiaca, en el EEG o temblor corporal.

CONCLUSIONES: Los desórdenes de la termorregulación han sido denominados crisis vagales o epilepsia diencefálica, a pesar de EEG y PSG normales, lo que lo ubica dentro de los trastornos paroxísticos no epilépticos, resistentes a medicamentos anticonvulsivantes. La clonidina ha sido efectiva en ciertos casos, lo que sugiere cierta relación con vías serotoninérgicas.

121EN

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RECURRENCIA DE CRISIS CONVULSIVA ÚNICA

HERNÁNDEZ ANTÚNEZ BLANCA GLORIA,¹ RUIZ GARCÍA MATILDE,¹
MUNIVE BAEZ LETICIA,¹ ARAUJO MARTÍNEZ ARIC,²
MUÑOZ HERNÁNDEZ SILVIA EUGENIA,³ JIMÉNEZ GUTIÉRREZ CARLOS⁴
¹SERVICIO DE NEUROLOGÍA, ²SERVICIO DE URGENCIAS,
³SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA, ⁴DEPARTAMENTO DE METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN. INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA. SSA.

ANTECEDENTES: Las crisis convulsivas son causa de consulta de urgencia. Conocer el curso clínico de un evento de crisis única no provocada y los factores de riesgo asociados a recurrencia son un prerequisito para decidir tratamiento.

OBJETIVOS: Identificar los factores de recurrencia ante crisis única. Determinar la frecuencia de recurrencia de crisis convulsivas.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, observacional, de corte en tiempo, en niños de un mes a 18 años con un primer evento de crisis convulsiva menor a 10 minutos evaluados entre el 2003-2006. Las crisis se clasificaron de acuerdo a la Clasificación Internacional (LICE). Se realizó examen físico, neurológico y electroencefalograma en la primera semana después de la primera crisis convulsiva y después cada tres meses.

RESULTADOS: 48 pacientes 25 hombres, edad de presentación de primera crisis de seis a 191 meses, con seguimiento de 36 meses. Siete con antecedente de epilepsia en familiar. Catorce pacientes con recurrencia 1 a 10 meses posteriores al primer evento. El 43.8% presentaron crisis parciales. El primer EEG fue normal en 39.6% de los pacientes. Se prescribió tratamiento antiepileptico en todos los pacientes que presentaron recurrencia.

CONCLUSIONES: El riesgo de recurrencia se presentó en 26%. El tipo de crisis, el género y la edad no son un factor determinante para recidiva. La presencia de anomalías electroencefalográficas de tipo irritativo o encefalopático no influyeron en la decisión para iniciar tratamiento antiepileptico; tampoco se identificó una relación significativa entre las características electroencefalográficas antes o durante el tratamiento y posterior al inicio del mismo.

122EN

EVALUACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON EPILEPSIA QUE ASISTEN A ESCUELA PRIMARIA OFICIAL. EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

HERNÁNDEZ ANTÚNEZ BG, AGUILAR SILVA R,
MUNIVE BAEZ L., RUIZ GARCÍA M. SOSA DE MARTÍNEZ C.
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA, MÉXICO, D.F.

ANTECEDENTES: Los trastornos de aprendizaje son frecuentes en pacientes con epilepsia. Se informa que presentan: indiferencia en el aula, resultados inferiores a la media, trastornos del comportamiento, distractibilidad, pobre concentración y somnolencia.

OBJETIVO: Describir las alteraciones del aprendizaje en pacientes escolares epilépticos con inadecuado rendimiento que asisten a escuela primaria oficial.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal realizado en el Servicio de Neurología en pacientes escolares epilépticos con alteraciones en el rendimiento escolar entre 2001-2005. Se determinó calidad intelectual (prueba WISC-R), se caracterizaron los trastornos según el DSM V-R.

RESULTADOS: 97 pacientes, 43 hombres; 64 con epilepsia parcial, 19 tónico clónica generalizada, uno crisis atónicas, ocho mioclónicas y 11 ausencias, cinco pacientes no clasificada. A todos se les realizó EEG: normal en 17, 50 pacientes con control absoluto por seis meses. Ochenta con tratamiento antiepileptico. Quince pacientes acudían a escuela especial. El motivo de consulta fue el rendimiento escolar inadecuado. Cincuenta y cinco pacientes tenían CI mayor de 70, 42 pacientes retraso mental superficial, 36 pacientes trastorno mental orgánico, 24 trastorno del lenguaje, 52 TDAH, 60 trastorno visoespacial, 35 trastorno motor, 53 trastorno específico del aprendizaje de la escritura, 47 trastorno específico de la lectura, 32 trastorno específico de la matemática.

CONCLUSIONES: Se identificaron 5.4 trastornos por paciente independientemente de su CI; se requiere de estrategias psicoeducativas y farmacológicas para optimizar su rendimiento escolar.

123EN
DISGENSIA CEREBRAL EN EL
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA

GRIMALDO CHÁVEZ RAÚL ALEJANDRO,¹ CEJA MORENO HUGO,²
PADILLA GÓMEZ LUIS ALFREDO,³ PÉREZ GARCÍA GUILLERMO,⁴
ÓRNELAS ARANA MARTHA⁵
¹MÉDICO PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL DE NEUROLOGÍA PEDIATRÍA.
²MÉDICO ENCARGADO DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PEDIATRÍA.
³MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PEDIATRÍA.
⁴MÉDICO ENCARGADO DEL SERVICIO DE GENÉTICA HUMANA.
⁵MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE GENÉTICA HUMANA DEL ANTIGUO
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE".

No se recibió resumen.

124EN
EPILEPSIA NEONATAL
SEVERA CON PATRÓN DE
BROTE-SUPRESIÓN. EXPERIENCIA
EN EL HOSPITAL INFANTIL DE
MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

MARCA GONZÁLEZ SILVIA,² DELGADO OCHOA AZUCENA,²
HUERTA HURTADO ALMA,² PÉREZ RAMÍREZ JOSÉ MARIEL¹
¹DEPARTAMENTO DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA, HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ. ²DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA PEDIATRÍCA, HOSPITAL
INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

INTRODUCCIÓN: Descrito por Otahara, et al. en 1976 denominándola llamado encefalopatía epiléptica infantil temprana con patrón brote-supresión o síndrome de Otahara. Se caracteriza por crisis de inicio en los primeros días de vida, espasmos tónicos frecuentes y crisis parciales, raramente mioclonías. El patrón interictal característico es brote supresión. La etiología en la mayoría de los casos es debida a daño cerebral estructural o desórdenes metabólicos. El pronóstico es malo desarrollando una epilepsia severa intratable, frecuentemente síndrome de West y deterioro neurológico.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal. Pacientes con este diagnóstico registrados en el Departamento de Bioestadística y Archivo Clínico del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el periodo de 1999-2007.

RESULTADOS: Se revisaron los expedientes de cuatro pacientes, dos de género femenino y dos masculinos, edades de entre cuatro y nueve meses. Dos pacientes presentaron antecedente familiar de hermanos fallecidos por cuadros similares y uno con antecedente de aborto previo. Todos iniciaron con espasmos tónicos en los primeros tres días de vida, uno de los pacientes presentó además crisis sútiles y otros dos presentaron mioclonías ocasionales. Los EEG mostraron brote-supresión sin diferenciación en vigilia o sueño con disfunción generalizada severa. Dos pacientes presentaron disgenesia cerebral (hemimegalencefalia, paquigiria y agenesia de cuerpo calloso) los otros dos sólo atrofia corticosubcortical, en uno de los cuales se diagnosticó academia propiónica. Un paciente falleció

a los cuatro meses de vida, los otros tres continúan en control con epilepsia de difícil control, uno de ellos con síndrome de West.

CONCLUSIONES: El síndrome de Otahara es un síndrome epiléptico de diversas etiologías, de inicio precoz, refractario a tratamiento, con patrón de EEG de brote-supresión y de mal pronóstico funcional. Debe realizarse un diagnóstico de manera temprana y ofrecer consejo genético a los padres.

125EN
EPILEPSIA CON PUNTA-ONDA
CONTINUA DURANTE EL SUEÑO LENTO.
REPORTE DE UN CASO

PÉREZ VERÓNICA,¹ CASTELLANOS GARCÍA ABRIL,¹ FUENTES GRISELDA,¹

GARCÍA RAMOS JEANNIE,² PÉREZ RAMÍREZ JOSÉ MARIEL²

¹DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA PEDIATRÍCA, HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ. ²DEPARTAMENTO DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA,
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

INTRODUCCIÓN: La epilepsia con punta-onda continua durante el sueño lento, resulta de la asociación de crisis parciales o generalizadas en sueño y ausencia atípicas en vigilia. El patrón electroencefalográfico consiste en complejo de punta-onda continua durante el sueño lento mayor de 85% del registro. Considerándose como un estado eléctrico durante el sueño, aparece después de la primera crisis asociándose con deterioro cognitivo y conducta. Epilepsia de difícil control, observándose desaparición de las crisis y normalización del patrón electroencefalográfico entre los ocho y 15 años. Presentamos el primer caso identificado clínica y electroencefalográficamente con epilepsia punta-onda continua en sueño en nuestro hospital.

CASO CLÍNICO: Masculino de cinco años, desarrollo psicomotor normal, debutó con crisis convulsiva febril al año de edad; a partir de los tres años presenta crisis tónicas clónicas generalizadas, parciales complejas sin control adecuado; a los cuatro años cursa con estado parcial complejo observándose un estado eléctrico de complejo punta-onda continua siendo intubado. Posteriormente presenta drops attacks y crisis atónicas observándose agresividad. Actualmente con detención psicomotriz. Hallazgos radiológicos: compatibles con trastorno de la migración.

DISCUSIÓN: Se trata de una epilepsia subdiagnosticada. Nuestro paciente se consideró como estado eléctrico continuo del sueño secundario a paquiria fronto-parietal derecha, asociación reportada por Guerrini, et al. 1998. Se realizó diagnóstico primario de estado parcial no convulsivo clínicamente, encontrando posteriormente trazo electroencefalográfico de complejo punta onda continua del sueño. Actualmente con difícil control de crisis predominante-

mente drops attacks y politerapia clasificándose como epilepsia refractaria, sin recurrir aún a tratamiento quirúrgico.

126EN

ENCEFALOPATÍA MIOCLÓNICA TEMPRANA POR ACIDEMIA PROPIÓNICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

FUENTES GRISELDA,¹ GARCÍA RAMOS JEANNIE,¹
ARIAS KANEMOTO JOSÉ,¹ GARZA MORALES SAÚL²

¹DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA,
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

²JEFE DEL DEPARTAMENTO, HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

ANTECEDENTES: La encefalopatía mioclónica temprana es una entidad rara y fatal que se presenta en los primeros días de vida, cursa con mioclonías fragmentarias y masivas, crisis parciales o espasmos tónicos. Su etiología más frecuente son los errores innatos del metabolismo.

CASO CLÍNICO: Masculino de seis días de vida, padres no consanguíneos, con hipoactividad, succión débil e ictericia, tratado como sepsis neonatal en Querétaro. Referido a los 20 días por trombocitopenia y movimientos clónicos de miembros superiores. A la exploración: somnoliento, normocéfalo, hipotonía, clonus agotable y mioclonías fragmentarias, plaquetas 59,000, leucocitos 3,000, cetonuria, amonio 552 mmol/L, glucosa 118. A los 25 días de vida con amonio de 1,332 mmol/L ameritando diálisis. VideoEEG ictal con paroxismos generalizados de puntas y ondas agudas de alto voltaje que coincide con eventos mioclónicos además de eventos clónicos en extremidades superiores de predominio derecho que correlaciona con brotes paroxísticos de ondas lentas rítmicas de 3 Hz de cuatro segundos de duración. Tamiz metabólico y ácidos orgánicos urinarios compatibles con acidemia propiónica. Resonancia magnética sin alteraciones. Egresado a los dos meses con biotina, carnitina, benzoato de sodio, fenobarbital, clonazepam y fórmula baja en proteínas. Actualmente con seguimiento visual, balbuceo y sostén cefálico.

DISCUSIÓN: La acidemia propiónica, causada por déficit de **propionil-CoA-carboxilasa** que participa en el metabolismo de aminoácidos es causa de encefalopatía mioclónica temprana manifestada por vómitos, hipotonía, letargia, movimientos anómalos, alteraciones hepáticas y acidosis metabólica. El tratamiento consiste en corregir la acidemia e hiperamonemia, limitar el catabolismo, bajo aporte proteico y administración de carnitina y biotina. En el caso de nuestro paciente la sospecha clínica, el análisis e identificación de metabolitos acumulados hicieron el diagnóstico; sin embargo queda pen-

diente confirmar el defecto de actividad enzimática y estudio de la mutación.

127EN

SÍNDROME DE WEST. REVISIÓN DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

GUERRA-GARCÍA DIANA,¹

CASTELLANOS-GONZÁLEZ ABRIL,¹ PÉREZ-RAMÍREZ MARIEL²

¹DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA, HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO.

²DEPARTAMENTO DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA,

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de West afecta casi exclusivamente a niños menores de 12 meses y se caracteriza por la triada clínico-eléctrica: espasmos infantiles, hipsarritmia y retraso mental; es una encefalopatía epiléptica edad dependiente. En este estudio hicimos una revisión de 10 años, en la experiencia de nuestro hospital.

MÉTODOS: Se revisaron expedientes de pacientes con síndrome de West, del periodo 1996-2006. Se obtuvieron registro, género, edad de inicio de crisis, edad en meses al momento del diagnóstico, EEG inicial, edad al inicio del tratamiento en días, tratamiento iniciado y etiología. Se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS: Se revisaron 55 expedientes; 22 mujeres y 23 hombres.

Edad promedio en días al inicio de espasmos: 133.94. Edad promedio en meses al momento del diagnóstico: 10.94. 77.72% espasmos en flexión; 18.18% crisis parciales complejas. Patrón electroencefalográfico: hipsarritmia (54.54%); actividad epiléptica generalizada (29.09%).

Edad promedio en días al inicio del tratamiento: 200.90.

Tratamiento iniciado más frecuentemente: ácido valproico (AVP) en monoterapia (65.45%). Combinación de medicamentos más frecuente: AVP y Vigabatrina (7.27%). Etiología: asfixia perinatal (30.90%); eclerosis tuberosa (20%); disgenesias cerebrales (18.18%).

Tres casos criptogénicos (5.45%).

CONCLUSIONES: A pesar de que el diagnóstico del síndrome de West es fundamentalmente clínico, en nuestros pacientes, se retrasó en promedio hasta los nueve meses de edad; esto puede ser debido a desconocimiento de la entidad o caer en diagnósticos erróneos.

Esta información nos brinda un panorama general, acerca de las características epidemiológicas del síndrome de West en la población de nuestro hospital.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y
ELECTROENCEFALOGRÁFICAS DE
PACIENTES CON CRISIS EPILEPTICAS
Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

HUERTA HURTADO ALMA,¹
CAPISTRO GONZÁLEZ FERNANDO,¹ URRUTIA MARCO,¹
ESPINOSA DE LOS MONTEROS RUBÉN,¹ SUASTEGUI ROMÁN ROBERTO¹
¹DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA,
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

ANTECEDENTES: La afección del sistema nervioso en el lupus eritematoso sistémico (LES) es una de las principales causas de morbilidad, presentándose en 25-90% de los pacientes. Las crisis convulsivas se han observado en 10-20% como crisis únicas y epilepsia en 11% y pueden ser la manifestación inicial o presentarse en cualquier estadio de la evolución de la enfermedad, predominando las generalizadas.

OBJETIVO: Describir la frecuencia, características clínicas y electroencefalográficas de las crisis epilépticas en los pacientes pediátricos con LES.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes pediátricos con diagnóstico de LES con base en los criterios revisados de 1982 del Colegio Americano de Reumatología, tratados en la Clínica de Enfermedades por daño inmunológico (CEDI) del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo 2000-2005; que presentaron crisis epilépticas como manifestación inicial o durante la evolución del LES. Se utilizó el programa estadístico SPSS 11.0 y Microsoft Excel.

RESULTADOS: Se revisaron 93 expedientes, 42 (45.1%) presentaron una manifestación neuropsiquiátrica siendo la más frecuente las crisis epilépticas en 27 pacientes (29%). De estos pacientes 15 (16.1%) presentaron epilepsia y 12 (12.9%) crisis únicas. Predominaron las crisis parciales secundariamente generalizadas en 33% seguidas de las tónico-clónicas generalizadas en 29%. El EEG interictal en los pacientes con crisis únicas presentó disfunción sólo en 33%, mientras que en el grupo de epilepsia se observó actividad epiléptica en 20% y disfunción en 66%. En las crisis únicas la TAC fue normal en 58% y la IRM mostró sólo en un paciente vasculitis. En los pacientes epilépticos se observó vasculitis en 46% y en 40% enfermedad vascular cerebral (isquémica y hemorrágica). El antiepileptico más utilizado fue la difenilhidantoína, 73% de los pacientes epilépticos requirió de politerapia y un 46% presentó epilepsia de difícil control. 18.5% de pacientes fallecieron por complicaciones infecciosas y pulmonares, un caso por hemorragia intracranial.

CONCLUSIÓN: La frecuencia de las crisis convulsivas y de epilepsia fue mayor que otras series; las crisis par-

ciales secundariamente generalizadas las más comunes difiriendo también de otros estudios. La vasculitis se observó en 46% y en otro 40% la enfermedad vascular cerebral. Las crisis convulsivas se presentaron como debut del LES en 7.5%, uno de ellos con estado epiléptico.

**CRISIS CONVULSIVAS HIPOXICAS
AUTOINDUCIDAS EN ADOLESCENTES**

GUZMÁN FERNANDO,¹ TORRES JAIME,¹
RODRIGUEZ ROBERTO,² VILLALOBOS RAFAEL^{1,2}

¹INSTITUTO POTOSINO DE NEUROCIENCIAS Y UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ. ² CHILD NEUROLOGY OF SOUTH TEXAS AT VBCM,
UNIVERSITY OF TEXAS SYSTEM, HARLINGEN, TEXAS.

INTRODUCCIÓN: Las crisis autoinducidas es un fenómeno que se considera ocurría en pacientes con retardo mental, limitado al fenómeno de pérdida de la fijación (fixation-off), y ocasionalmente con maniobras de valsalva extremas. A partir del advenimiento del Internet y de nuevas formas publicadas en el "ciberespacio" de autoestímulos (como la asfixia autoerótica) un número en aumento de adolescentes está experimentando crisis convulsivas que responden a la autoinducción de la asfixia como un estado placentero.

OBJETIVO: Revisar las crisis convulsivas que ocurren en este contexto.

MÉTODOS: La muestra incluyó aquellos pacientes en donde se sospechó de autoinducción de crisis por historia clínica en dos centros de neuro-pediátrica. Se encontró un total de 14 casos en donde no se encontraron fenómenos de crisis primarias y en donde un factor de auto inducción pudo ser identificado. Todos los casos contaron con cuando menos RM y EEG.

RESULTADOS: Las edades comprendieron entre los 11 y los 18 años, todos los pacientes fueron del sexo masculino. En todos, a pesar de las negativas iniciales de los pacientes o sus amigos, se reconoció factor de autoinducción para obtener placer. Dos pacientes tuvieron hipoxia cerebral severa, un caso llegó a la muerte. En todos menos en un caso se reconoció la fuente de la información para realizar la inducción, en 50% los eventos se practicaron en grupo. En forma errónea en más de la mitad se manejó el suicidio como el móvil del evento por el médico.

CONCLUSIÓN: La era de la informática ha traído como consecuencia supuestas formas de inducir placer, una de ellas es la auto inducción de hipoxia, esto es popular en adolescentes. De NO ser reconocido, una cantidad considerable de casos se van a diagnosticar como epilepsia o intento de suicidio erróneamente.

130EN

**ESTADO EPILÉPTICO REFRACTARIO
EN NIÑOS EXPERIENCIA DEL HIM**

CUEVAS ESCALANTE ALEJANDRO,¹

GARCÍA JEANNI,¹ FUENTES GRISELDA,¹ HERNÁNDEZ AGUILAR JUAN¹

¹DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA,
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

131EN

**RELACIÓN ENTRE CRISIS FEBRILES Y
DEFICIENCIA DE IgA EN PACIENTES DE CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

RAMÍREZ SAINOS,¹ JIMÉNEZ JIMÉNEZ J.,¹ CASTELLANOS REYES K.¹

¹DPTO. DE NEUROLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Las crisis febriles (CF) son fenómenos relativamente frecuentes. La prevalencia se ha reportado en 5% de la población, la susceptibilidad genética juega un papel determinante en los mecanismos fisiopatogénicos, así como en la producción de mediadores bioquímicos que intervienen en la génesis de la crisis y de la fiebre que las origina, por ejemplo la IL-1 la cual se libera en el proceso febril que ejerce una influencia sobre la membrana neuronal.

La cifra sérica de inmunoglobulinas es importante ya que los pacientes con hipo o agammaglobulinemia son más susceptibles a infección y por ende a presentan fiebre.

Presentamos 30 pacientes de la CE del HGM con crisis febriles y deficiencia de IgA de grado variable. Mediante estudio de casos prospectivo longitudinal, abierto.

OBJETIVOS: Determinar la relación entre crisis febriles y deficiencia de IgA, incidencia y tipo de crisis febril, relación por géneros, sitio del foco infeccioso y temperatura durante la crisis.

MÉTODO: Pacientes que acudieron entre febrero a julio de 2006 de primera vez a consulta externa pediátrica en quienes se diagnosticó CF independientemente del tipo y número entre tres meses y seis años de edad, sin importar género. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de epilepsia y se eliminaron a pacientes con estudios incompletos.

Se realizó examen neurológico y general, determinación de inmunoglobulinas séricas, biometría hemática, electroencefalograma y tomografía simple de cráneo. A los pacientes se les dio seguimiento por seis meses y se inició tratamiento con valproato de magnesio a aquellos que lo requirieron.

RESULTADOS: De un total de 9,902 pacientes atendidos en el periodo de estudio, 30 pacientes presentaron crisis febriles (0.30%) y completaron el estudio; el pico de edad fue de dos años con ocho pacientes y

predominio del género masculino, 60% fueron CF simples únicas o repetitivas y 40% complejas observándose que estas últimas se presentaban con mayor frecuencia conforme incrementaba la edad, la temperatura corporal al momento de la crisis tuvo una media de 39 °C, 86% de los pacientes tuvo como causa de fiebre infección de vías respiratorias, 11% infección gastrointestinal y 3% fue secundaria a inmunización. El examen neurológico de los pacientes fue normal. 22 pacientes (73%) tuvieron niveles séricos de IgA bajos para la edad, no hubo otras deficiencias humorales o celulares. El 40% de los pacientes tuvieron EEG anormal paroxístico y el 20% TAC craneal anormal. Al 46% (14 pacientes) se les indicó terapia con AVP con control de crisis.

CONCLUSIONES: Las crisis febriles son más frecuentes en el género masculino y en la etapa de lactante mayor. El tipo de crisis que se presentó con mayor frecuencia fue la simple. No existe relación entre el grado de elevación térmica y el tipo de crisis presentada. El déficit de IgA aunque no se encuentre en el rango de menos de 5 mg/dL predispone a la aparición de infecciones de vías respiratorias y digestivas y a su vez al desarrollo de fiebre y CF en pacientes susceptibles. Los estudios de EEG y TAC de cráneo no son necesarios para el diagnóstico o seguimiento de estos pacientes. El tratamiento con antiepilepticos (AE) es necesario cuando se tratan de CF complejas o simples repetitivas. Debe valorarse en estos casos el uso de inmunoestimulantes asociados al tratamiento con AE.

EPILEPSIA Y EMBARAZO

132EN

**SERIE DE 80 PACIENTES DEL
SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.**

VÁZQUEZ ALFARO ROSALÍA,¹

GARCÍA CÁZAREZ RICARDO,¹ LÓPEZ RUIZ MINERVA¹

¹SERVICIO DE NEUROLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO, CLÍNICA DE EPILEPSIA

INTRODUCCIÓN: Existen situaciones especiales en las mujeres con epilepsia como la contracepción, el embarazo, los efectos teratogénicos, y hormonales de los anticonceptivos, así como otros efectos adversos de los fármacos antiepilepticos que son más frecuentes y severos en las mujeres que en los hombres como la osteoporosis. Pocas enfermedades han acumulado tantas creencias erróneas basadas en la superstición e ignorancia como ocurre en la epilepsia, en algunos casos es más difícil controlar el ambiente del paciente con epilepsia que las mismas crisis epilépticas que presenta, en particular en el binomio epilepsia y embarazo. La epilepsia es la alteración

neurológica más frecuente en mujeres embarazadas. En nuestro medio se ignoran las características epidemiológicas y clínicas de este grupo en particular, que es numeroso en comparación a otros países. **OBJETIVO:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la población en mujeres con epilepsia que acuden al Hospital General de México O.D. (HGM).

MÉTODOS: Se reclutó a pacientes con diagnóstico clínico y de gabinete de embarazo y diagnóstico de epilepsia que acudieron a la Consulta Externa del Servicio de Neurología del HGM o bien que se encontraban en el servicio de Gineco obstetricia con dichos diagnósticos, del mes de marzo del 2004 a junio del 2007. A dichas pacientes se realizó historia clínica y se recopilaron datos epidemiológicos de las mismas, así como ingesta de ácido fólico previo y durante el embarazo, método anticonceptivo empleado, embarazo planeado o no planeado y control prenatal previo. Se dio seguimiento durante el embarazo y el puerperio, con consultas mensuales con vigilancia en la tasa de crisis, complicaciones del embarazo, y estudios para detección de malformaciones en el producto.

RESULTADOS: Se reclutaron a 85 pacientes con embarazo y epilepsia, 96% tenía diagnóstico de epilepsia previo al embarazo, sólo 4% inició durante el embarazo. El 98% de los embarazos no fueron planeados, el rango de edad del grupo fue de 21 a 36 años, con una media de 25 años. El nivel escolar promedio de las mujeres estudiadas fue de secundaria terminada. El 67% utilizó un método anticonceptivo, pero en forma inconstante, sólo 2% en forma constante y eficiente. La media de años de evolución con epilepsia fue de 10 años, es decir, tenían el diagnóstico de epilepsia desde 10 años antes de embarazarse. El 35% tenía crisis tipo parcial; 57%, crisis convulsivas primariamente generalizadas y tipo múltiple 8%. Al inicio de la evaluación 68% de las pacientes no tenían tratamiento farmacológico, el cual fue suspendido de forma voluntaria, y sólo 32% mantenían su tratamiento farmacológico, las pacientes que mantuvieron el tratamiento tenían monoterapia en el 90% y politerapia en el 10%, ninguna paciente tenía politerapia combinada de valproato y carbamazepina. Se detectó exacerbación de las crisis en el primer trimestre en el 45% de las pacientes en relación a la suspensión voluntaria del tratamiento previo. Se registró sólo un caso de status epiléptico que terminó en cesárea a las 27 SDG con muerte del producto en el periodo neonatal. Sólo 2% utilizó ácido fólico previo al embarazo. Hubo aborto y amenaza de aborto en 2.5% de los casos, respectivamente, y amenaza de parto prematuro en el 6.5% de los casos, un óbito en una paciente con 40

SDG por desprendimiento de placenta secundario a CCTCG. Los efectos teratógenos fueron más bajos de lo esperado encontrándose sólo un caso de craneosinostosis de la sutura coronal, un caso de atresia del conducto auditivo externo, sindactilia en 1 caso, y un caso con alteraciones graves como mielomeningocele, agenesia parcial del cuerpo cañoso y malformación cardiaca no especificada, al parecer menor. Tres casos de bajo peso al nacer.

CONCLUSIONES: Creemos que el presente estudio aporta elementos importantes sobre la población femenina con epilepsia que se embaraza en nuestra población, ya que los estudios actuales difieren en sus resultados y variables socio epidemiológicas de cada población y de acuerdo con ello se comparan los resultados con estudios previos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

133TF

COMPLICACIONES METABÓLICAS ASOCIADAS AL USO DE FENITOÍNA EN PACIENTES CON CRISIS CONVULSIVAS

GUTIÉRREZ MANJARREZ FRANCISCO ALEJANDRO,¹ CACHO DÍAZ BERNARDO,¹ GARCÍA RAMOS GUILLERMO,² SENTÍES MADRID HORACIO¹

¹INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

INTRODUCCIÓN: Existen reportes aislados, experimentales y anecdotáticos de complicaciones metabólicas asociadas a fenitoína (PHT); ninguno en población hispana.

OBJETIVOS: Identificar alteraciones metabólicas secundarias a PHT en pacientes con epilepsia.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes con CCTCG impregnados con PHT (15-20 mg/kg), sin antecedentes de enfermedades asociadas a trastornos metabólicos. Se excluyeron los pacientes que requirieron soluciones y medicamentos que modificaran la glucemia o medicados con PHT dos meses previos. Se analizaron un lapso de seis meses: edad, género, glucemia, perfil lipídico, función hepática, renal, tiempos de coagulación y biometría hemática pre y postadministración de PHT.

RESULTADOS: Treinta y tres pacientes, edad promedio 47 ± 19 años, 60% mujeres ($n = 20$) y 40% hombres ($n = 13$). Niveles pre y postimpregnación: glucemia 118 ± 56 mg/dL (RIC86-127), 135 ± 49 mg/dL (RIC100-150); Hb 13.4 ± 2.3 (RIC 12-15), 12.4 ± 2.7 g/dL (RIC 10.2-14.5), sin asociación estadística ($p > 0.5$). No se encontraron cambios estadísticamente significativos en el resto de variables. Ningún paciente recibió soluciones glucosadas o algún otro antiepileptico a excepción de benzodiazepinas.

CONCLUSIÓN: La elevación de glucosa sérica no alcanzó diferencia significativa. Las crisis convulsivas (CC)

pueden ser consideradas causa de hipoglucemia seguida de hiperglucemia. En nuestro estudio no se encontraron episodios de hipoglucemia. Este estudio primero en Latinoamérica muestra tendencia hacia la hiperglucemia en pacientes que reciben PHT por primera vez por CC, probablemente reflejo de las CC y no del tratamiento. Es necesaria la búsqueda de trastornos del metabolismo de la glucosa secundarios a CC o uso de antiepilepticos mediante un estudio prospectivo con mayor número de casos.

134TF

**RESULTADOS PRELIMINARES:
"ESTUDIO COMPARATIVO CON
EVALUADOR CIEGO, EFICACIA Y
SEGURIDAD DE LAMOTRIGINA VS.
CARBAMAZEPINA EN MONOTERAPIA
DE NIÑOS CON EPILEPSIA
PARCIAL DE RECIÉN INICIO"**

**RESENDIZ APARICIO JUAN CARLOS,¹ RODRÍGUEZ R ERNESTO,¹
YAÑEZ LILIA,¹ ALONSO CARLOS,² VÁZQUEZ BENJAMÍN,³ VISOSO JOSÉ,⁴
GONZÁLEZ MARGARITA,⁵ OLMO ALEJANDRO,⁶ CANTÚ ADRIANA⁷**

¹DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA, HOSPITAL PSQUIÁTRICO JUAN N. NAVARRO.
²HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO" UNIVERSIDAD AUTÓNOMA SLP.
³HOSPITAL DEL NIÑO POBLANO,⁴HOSPITAL GENERAL REGIONAL ISSSTE DE LEÓN,⁵HOSPITAL GENERAL REGIONAL "VALENTIN GÓMEZ FARÍAS" ISSSTE GUADALAJARA,⁶HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA "DR. JOSE G. PARRES",
⁷HOSPITAL UNIVERSITARIO "JOSÉ E. GONZÁLEZ" MONTERREY, NUEVO LEÓN.

ANTECEDENTES: El estándar de oro para epilepsia parcial es carbamazepina (CBZ) y este estudio compara la seguridad y eficacia en monoterapia con lamotrigina (LTG). Evaluamos además aspectos cognitivos, calidad de vida y ansiedad-depresión.

MÉTODOS: Niños de seis a 18 años, epilepsia parcial, sin antiepileptico, evolución menor a seis meses, EEG y exámenes de laboratorio. Realizamos RECA para efectos adversos; QOLIE AD-48 para calidad de vida; escala DSRS para depresión, AANA para ansiedad y NEUROPSI para atención, funciones ejecutivas y memoria.

RESULTADOS: Reclutamos 26 pacientes, edad media 10.1, predominio masculino 65%. Epilepsia más frecuente parcial compleja (62%). EEG anormal epileptiforme en 23, 80% focales, predominando el temporal (31%). Con CBZ 15 pacientes (dosis promedio 17 mg/kg/día), 11 LTG (dosis promedio 3.3 mg/kg/día). En seguimiento promedio de cuatro meses los pacientes libres de crisis CBZ seis (40%) y LTG seis (55%). Efectos secundarios transitorios (< 1 mes) para CBZ: cefalea 33%, somnolencia, náusea, parestesia, vómito y mareo en 26% y para LTG cefalea 45%, inquietud y náusea 36%, los permanentes para CBZ rash 27%, para LTG somnolencia 27%. Sin anormalidades de laboratorio clínicamente signifi-

cativas. Alteración en atención y funciones ejecutivas 61%; en memoria y atención-memoria 63%. Depresión 30%, ansiedad 87% destacando ansiedad generalizada. Mala calidad de vida 41%.

CONCLUSIONES: La eficacia de LTG en monoterapia es similar a CBZ, mejor tolerada incluyendo rash cutáneo. La dosis de LTG efectiva no mayor a 4 mg/kg/día. Comorbilidad con depresión, ansiedad, habilidades de atención, memoria y funciones ejecutivas son frecuentes, acompañado con una pobre calidad de vida.

135TR

**EFICACIA Y SEGURIDAD DE TOPIRAMATO
EN MENORES DE SEIS MESES DE EDAD**

**MOLINA GARCÍA AVRIL,¹ RÍOS FLORES BRAULIO,¹
IBARRA PUIG JORGE,¹ OLIVAS PEÑA EFRAÍN,¹ MUNIVE BÁEZ LETICIA,²
RUIZ GARCÍA MATILDE,² RUBIO RINCÓN GLORIA²**

¹DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
²SERVICIO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA, INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

ANTECEDENTES: La epilepsia sigue siendo un reto terapéutico de la medicina, habiendo utilizado diversos fármacos antiepilepticos con diversos resultados y efectos secundarios que limitan el uso de los mismos. El topiramato, fármaco con múltiples mecanismos de acción, ha demostrado eficacia clínica y seguridad en pacientes epilépticos mayores de un año de edad, sin embargo, hay poca experiencia en menores de esta edad, incluso en etapa neonatal. El objetivo de este trabajo es describir la eficacia clínica y seguridad de topiramato en crisis convulsivas en pacientes menores de seis meses de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron expedientes de siete pacientes, atendidos en el Servicio de Neurología del Instituto Nacional de Perinatología, los cuales recibieron topiramato como antiepileptico en casos refractarios. Todos los pacientes debían tener diagnóstico de epilepsia antes de los seis meses de edad, haber tenido control clínico y electroencefalográfico en dicha Institución.

RESULTADOS: Dos pacientes tuvieron síndrome West sintomático, dos crisis de inicio en la etapa neonatal, tres epilepsia de inicio focal sintomáticas. Tres de ellos iniciaron topiramato a los seis meses, dos al mes de edad y otros dos a los dos meses. En cuatro se logró un control adecuado al mes de iniciado el topiramato, en dos hubo mejoría en los tres meses y uno de los ellos falleció antes de poder establecer eficacia. En ninguno de los pacientes se documentaron efectos colaterales atribuidos al topiramato.

CONCLUSIONES: El topiramato utilizado como antiepileptico de segunda línea en menores de seis meses parece ser eficaz y seguro.

CIRUGÍA DE EPILEPSIA

136CE

HEMORRAGIA CEREBELOSA REMOTA SECUNDARIA A LOBECTOMIA TEMPORAL ¿COMPLICACIÓN NO TOMADA EN CUENTA?

CANDIA VELASCO ENGLERTH,¹

SANDOVAL BONILLA BAYRON,¹ ALONSO VANEGAS MARIO¹

¹INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ, DEPARTAMENTO: CIRUGÍA DE EPILEPSIA.

ANTECEDENTES: La hemorragia cerebelosa remota (HCR), es una complicación que se presenta en el 1.4% de las lobectomías temporales. La fisiopatología del sangrado no es clara, considerando que la pérdida de volúmenes considerables de LCR en el trans o postoperatorio pudiera relacionarse con esta complicación.

MÉTODOS: CASO 1. Hombre, 45 años, con crisis parciales complejas (CPC) por patología dual. Se realizó lesionectomía, más amigdalohipocampectomía ipsilateral. Asintomático en sala de recuperación, La TC de cráneo de rutina mostró hemorragia cerebelosa bihemisférica. Salida por el drenaje subgaleal: 1,100 mL en 48 horas.

CASO 2. Masculino, 35 años, con CPC por esclerosis mesial temporal derecha. Se realizó amigdalohipocampectomía derecha trans T3; en el postoperatorio inmediato presenta crisis parciales motoras secundariamente generalizadas y síndrome cerebeloso izquierdo, la TC mostró sangrado cerebeloso bihemisférico, intraparenquimatoso. Salida por el drenaje subgaleal: 338 mL en 48 horas.

RESULTADOS: En nuestro centro de 300 lobectomías del lóbulo temporal, hemos tenido dos complicaciones de esta naturaleza, representando 0.6%.

CONCLUSIONES: En los casos presentados creemos que la excesiva pérdida de LCR pudiera haber sido la causa de la HCR. El hecho de no tener un claro conocimiento acerca del mecanismo responsable de la HCR hace tomar en cuenta factores como: el uso de antiagregantes plaquetarios, control adecuado de la presión arterial, evitar el excesivo drenaje de LCR en el intraoperatorio y el control estricto del volumen del drenaje subgaleal o epidural, en el postoperatorio que nos llevarán a prevenir la presentación de este tipo de complicaciones aunque raras, dignas de tomar en cuenta.

137CE

COMPARACIÓN DE COSTOS ECONÓMICOS DE LA CIRUGÍA DE EPILEPSIA Y RADIOCIRUGÍA PARA TRATAMIENTO DE EPILEPSIA REFRACTARIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA, MÉXICO

ALONSO-VANEGAS MARIO ARTURO,¹ RUBIO-DONNADIEU FRANCISCO,²

GARCIA-LÓPEZ RABINDRANATH,¹ LÓPEZ-GUTIÉRREZ FRANCISCO²

¹DIVISIÓN DE NEUROCIRUGÍA. ²PROGRAMA PRIORITARIO DE EPILEPSIA, INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ, MÉXICO, D.F.

ANTECEDENTES: El alto costo económico y social de la epilepsia refractaria ha quedado establecido. En la definición del impacto, basado en evidencias, de los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de epilepsia refractaria, cada vez desempeña un papel más importante, sobre todo en los países en desarrollo, el análisis de costo beneficio. Aunque no es único, el punto de partida para este análisis es el costo económico que representa, tanto la evaluación quirúrgica como el procedimiento, para pacientes y familiares.

MÉTODOS: Como paso preliminar, se llevó a cabo un estudio descriptivo de los costos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la cirugía de epilepsia (CE) comparados con la radiocirugía (RC), considerando tanto la evaluación prequirúrgica, que se lleva a cabo de acuerdo con el protocolo internacional estandarizado, como el procedimiento. Los costos se describen de acuerdo con la clasificación en seis niveles, utilizada por el Departamento de Trabajo Social con base en tabuladores preestablecidos y entrevista personal. **RESULTADOS:** Considerando como rangos el nivel 1 (nivel socioeconómico más bajo) y el nivel 6, el costo en moneda nacional de las consultas para evaluación prequirúrgica fue de 176 a 79,592, y el costo de la evaluación imagenológica fue de 4,099 a 53,620. El costo total para CE fue de 4,943 a 95,893 y para RC de 8,355 a 266,440.

CONCLUSIONES: A diferencia de los costos de la evaluación prequirúrgica el costo del procedimiento muestra diferencias significativas comparando CE con RC. Se pretende continuar el análisis del beneficio describiendo como segunda etapa la reducción en gasto de medicamentos, consultas y hospitalizaciones.

138CE

TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL RECIDIVANTE CON RADIOCIRUGÍA

GARCÍA-MUÑOZ LUIS, VELASCO-MONROY ANA LUISA,
VELASCO-CAMPOS FRANCISCO, AMAYA-CONTRERAS RUBÉN.
UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL, ESTEREOTAXIA Y RADIOCIRUGÍA.
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. O.D. SECRETARÍA DE SALUD. MÉXICO, D.F.

ANTECEDENTES: La radiocirugía es una técnica precisa de irradiación de alta dosis. El papel de la neurocirugía en la epilepsia del lóbulo temporal es innegable, sin embargo, no está exenta de complicaciones. La radiocirugía es una técnica de mínima invasividad desde el punto de vista quirúrgico, pero altamente invasiva por sus efectos radiobiológicos. Regis reportó en el año 2000, el tratamiento de pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, secundaria a lesiones como angiomas cavernosos, astrocitomas de bajo grado y hamartomas, reportando buen control de las mismas. Sin embargo, en diciembre del mismo año se reportó que los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal sin patología aparente y tratados con 20 Gy en el hipocampo, no lograban un control adecuado.

MÉTODOS: Se dio tratamiento con radiocirugía a cuatro pacientes con recidiva de epilepsia del lóbulo temporal en el 2002 y 2003. Estos pacientes fueron estudiados mediante RM, SPECT, EEG y con electrodos hipocampales, colocados estereotáxicamente. A todos se les realizó hippocampectomía selectiva antes de dar la radiocirugía.

RESULTADOS: Posterior a la radiocirugía, se observó en los cuatro casos supresión de las crisis convulsivas con duraciones variables. En la actualidad, dos casos se encuentran sólo con auras, pero sin crisis (Engel IB). Dos casos se encuentran con menos de tres crisis al año (Engel II). Las imágenes de resonancia magnética posteriores a la radiocirugía no mostraron radionecrosis.

CONCLUSIONES: La radiocirugía es una alternativa terapéutica no quirúrgica igual de efectiva que la neurocirugía en los casos de epilepsia del lóbulo temporal recidivante.

139CE

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CAVERNOMAS DEL LÓBULO TEMPORAL

VANEGAS MARIO ALONSO,¹ CUEVAS REMIGIO LUIS FERNANDO,¹
SÁNCHEZ BUCIO JESÚS GABRIEL,¹ RAMÍREZ CÁRDENAS ARACELIA¹
¹INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA,
UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL.

ANTECEDENTES: Los cavernomas son malformaciones vasculares que consisten en dilataciones sinusoidales pseudoquísticas por las cuales circula sangre a muy bajo flujo. La sangre que llena estos sinusoides puede producir diversos tipos y grados de sangrado intraleisional o intracerebral; pudiendo incluso trombosarse o calcificarse causando daño neurológico. El síntoma más frecuentemente asociado a los cavernomas son las crisis epilépticas.

MÉTODO: Se estudiaron 25 casos con crisis parciales simples (CPS) o crisis parciales complejas (CPC) con generalización secundaria. La localización era temporal izquierda en 16 de los casos, temporal derecha en seis y tres casos de lesiones múltiples. Del total, 10 (40%) presentaban CPS y CPC, 10 (40%) sólo CPC y el resto, cinco (20%) presentaban CCTCG. Del 80% con CPC todos presentaban generalización secundaria. Se realizó estimulación cortical intraoperatoria con neuroestimulador bipolar (*construido por el autor principal*). Parámetros entre 3.5-7 volts, 60 hz y 95 µseg, logrando en todos los casos la identificación de áreas funcionales adyacentes a la lesión.

RESULTADOS: De los 25 pacientes intervenidos 21(84%) se clasificaron en la escala Ia de Engel a un año de la cirugía y cuatro (16%) en la escala Ib. A excepción de un paciente con cuadrantanopsia homónima prequirúrgica, ningún paciente presentó algún déficit posquirúrgico agregado.

CONCLUSIONES: La identificación y delimitación intraoperatoria de áreas motoras, sensitivas, lenguaje y cognitivas mediante neuroestimulación permite la resección de cavernomas que cursan con epilepsia de difícil control, permitiendo la resección completa de la lesión (lesionectomía) y de la zona epileptogénica (corticectomía) sin agregar déficit neurológico postoperatorio. Esta técnica permite un excelente control de las crisis.

140CE

ANÁLISIS VOLUMÉTRICO DE LA EXTENSIÓN DE LA LOBECTOMÍA TEMPORAL Y SU CORRELACIÓN CON EL RESULTADO CLÍNICO POSTQUIRÚRGICO EN PACIENTES REOPERADOS POR EPILEPSIA DE DIFÍCIL CONTROL

CHAVELAS OCHOA FELIPE,¹ VELASCO MONROY ANA LUISA¹
¹HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO OD, NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL.
CLINICA DE CIRUGÍA DE EPILEPSIA.

ANTECEDENTES: En México, la prevalencia de la epilepsia, de acuerdo con estudios realizados en áreas rurales, urbanas y suburbanas, alcanza la cifra de 10 a 20 por 1,000 habitantes, lo cual demuestra que en nuestro país existe por lo menos un millón de personas con alguna forma de epilepsia. En nuestra Clínica de cirugía de Epilepsia del Hospital General de México, los pacientes con crisis parciales complejas del lóbulo temporal son los más frecuentes y constituyen 70% de los pacientes referidos.

MÉTODO: Se estudiaron pacientes con epilepsia parcial compleja no controlable con medicamentos anticonvulsivos, con niveles séricos dentro de límites terapéuticos cuyas crisis son incapacitantes. Para lograr definir estos puntos se realizaron: Historia clínica completa, valoración neuropsicológica, niveles séricos del anticonvulsivo, cuatro electroencefalogramas seriados y resonancia magnética de cráneo.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de nueve pacientes (tres mujeres y seis hombres), con edades desde los 11 a los 40 años (promedio 30.4 años): el tiempo promedio de duración de las crisis fue de 20 años (mínimo tres años, máximo 31 años). Todos ellos con politerapia anticonvulsiva y con crisis parciales complejas tipo I (de acuerdo con la clasificación de Delgado Escueta) y seis de ellos tenían crisis tónico clónicas secundariamente generalizadas. El número máximo de crisis por mes varió de 5 a 264 (promedio 51.3). La resonancia magnética fue normal en cuatro pacientes y anormal en los cinco restantes, en cuatro de ellos esclerosis mesial izquierda y en uno esclerosis mesial derecha. Se dividió en dos grupos: Grupo A: Constituido por seis pacientes, los cuales quedaron libres de crisis sin necesidad de tomar medicación anticonvulsiva después de un mínimo de dos años de seguimiento después de la extensión de la lobectomía inicial. Grupo B: Constituido por tres pacientes, los cuales quedaron con crisis residuales después de la segunda lobectomía con necesidad de continuar con terapia médica anticonvulsiva después de la extensión de la lobectomía inicial. Aunque tuvieron una mejoría mayor de 50%.

CONCLUSIÓN: La lobectomía temporal es un excelente tratamiento quirúrgico para la epilepsia mesial temporal. Sin embargo, para poder tener excelentes resultados, es decir, abatir por completo las crisis, así como no tomar medicamentos anticonvulsivos después de la cirugía, la ablación debe incluir el hipocampo, idealmente con registros intracraneales previos para la detección precisa de la extensión del foco epiléptico, así como del parahipocampo.

141CE

FACTORES PREDICTORES DE RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL

RAMÍREZ CÁRDENAS ARACELI,¹
CUEVAS REMIGIO LUIS FERNANDO,¹ ALONSO VANEGAS MARIO²
¹INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
“MANUEL VELASCO SUÁREZ”, DEPARTAMENTO DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL.

INTRODUCCIÓN: De 30-40% de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal no alcanzan un adecuado control de las crisis con manejo farmacológico. La cirugía se ha convertido en el tratamiento de elección en la mayoría de estos casos, cuyo éxito depende de la identificación de factores predictores que guíen la valoración prequirúrgica.

MÉTODOS: Se estudiaron retrospectivamente 52 casos seleccionados aleatoriamente entre los pacientes intervenidos quirúrgicamente por epilepsia de origen temporal desde el 2002 hasta el 2006.

RESULTADOS: Veintisiete casos (51.9%) presentaban EMT, 14 (26.9%) tumores, cuatro (7.7%) malformaciones arteriovenosas, dos (3.8%) atrofia inespecífica y tres (5.7%) patología dual. Un año después de la cirugía, 31 pacientes (58.5%) se encontraban en la clase 1 de la ILAE; cinco (9.4%) en la 2; cinco (9.4%) en la 3; nueve (17%) en la 4 y dos en la 5 (3.8%). Con respecto a los casos lesionales los pacientes con EMT presentaron mayor duración de la epilepsia, mayor número de tipos de crisis prequirúrgicas ($p < 0.01$) y uso de más fármacos antiepilepticos ($p < 0.05$). La frecuencia de crisis postquirúrgica se relacionó con la presencia de CP secundariamente generalizadas ($p < 0.05$) y con el número de tipos de crisis prequirúrgicas ($p < 0.01$). Una menor edad de inicio de las crisis ($p < 0.01$), así como mayor duración de la epilepsia ($p < 0.01$) predijeron el uso de mayor número de fármacos en el periodo posquirúrgico.

CONCLUSIONES: Los factores relacionados con peores resultados posquirúrgicos respecto al control de crisis fueron: historia de status epiléptico, mayor número de tipo de crisis prequirúrgicas, CP secundariamente generalizadas, ausencia de patología lesional en la IRM, focalización extratemporal en el VideoEEG y lateralidad concordante en el déficit de memoria.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

142TA

EFFECTO SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DEL EXTRACTO DE ACETATO DE ETILO DE LA RAÍZ DE IPOMOEA STANS

VILLEDA-HERNÁNDEZ JUANA,
HERRERA MARIBEL, GUTIÉRREZ MARÍA DEL CARMEN, LEÓN ISMAEL
LAB. DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA "MVS" SSA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL SUR, IMSS,
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN BIOTECNOLOGÍA, UAEM, CENTRO DE INVESTIGACIONES QUÍMICAS, UAEM.

ANTECEDENTES: Las infusiones de la raíz de Ipomoea stans Cav. *Convolvulaceae* (raíz de tumbavaqueros) se han utilizado en la medicina tradicional mexicana como anticonvulsivo, sedante, purgante, abortivo, hipotensor, en el tratamiento de desórdenes renales, y cólicos menstruales. Los primeros estudios sobre actividad biológica del extracto de acetato de etilo de la raíz de I. stans (EAE- Is) demostraron el efecto anticonvulsivo en ratones a los que se les indujo epilepsia.

MÉTODOS: Las raíces secas, molidas y desengrasadas (495 g) se maceraron en acetato de etilo (800 mL) tres veces, al eliminar el disolvente obtuvimos un material resinoso (EAE-Is 50 g). Evaluamos el efecto: anticonvulsivante, ansiolítico, antidepressivo y sedante del EAE-Is (2.5, 5.0, 10.0 mg/kg) en ratones machos tratados con pentilentetrazol y pentobarbital, mediante pruebas de laberinto, natación forzada y de hipnosis inducida con pentobarbital. En ratas tratadas con kainico (10 mg/kg), EAE-Is (10.40 mg/kg).

RESULTADOS: En los ratones tratados con EAE-Is: Observamos una protección contra las convulsiones en un 71.43%, no observamos ningún efecto antidepressivo, hubo reducción en la actividad motora, potenciación del efecto hipnótico, efecto ansiolítico y anticonvulsivante, incremento en la liberación de GABA. En las ratas tratadas con EAE-Is observamos células aparentemente normales en hipocampo, sin embargo, es evidente un incremento en la expresión de GFAP.

CONCLUSIONES: Con estos resultados corroboramos algunas de las propiedades atribuidas a la raíz de tumbavaqueros para el tratamiento de desórdenes del sistema nervioso central, así como el efecto neuroprotector y anticonvulsivante de EAE-Is. Sin embargo, son necesarios más estudios bioquímicos y morfológicos para conocer mejor el mecanismo de acción del EAE-IS.

143TA

NEUROMODULACIÓN ELÉCTRICA EN EPILEPSIA DEL ÁREA MOTORA SUPLEMENTARIA

CARRILLO JOSÉ DAMIÁN,¹ VELASCO MONROY ANA LUISA¹
¹HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

ANTECEDENTES: El tratamiento convencional de la epilepsia del área motora suplementaria ofrece remisión hasta en 80% de los casos pero con riesgo de complicaciones hasta en 50% de los pacientes.

MÉTODOS: Se estudió un paciente masculino de 17 años que comenzó a convulsionar a los 14 años. Las crisis eran breves, con posturas distónicas del brazo izquierdo y versión súbita de la cabeza hacia la izquierda, con conciencia conservada. Tenía crisis tónico clónicas generalizadas. Presentaba además perseverancia y agresividad verbal. El Eeg mostraba actividad epiléptica para sagital frontal y la RMN era normal. Se implantaron mallas de registro de 20 contactos en ambas áreas motoras suplementarias; se identificó el foco epiléptico en el área motora suplementaria derecha. Se cambiaron los grids por uno de cuatro contactos (Resume, Medtronic Inc.) conectado a un sistema DBS (Medtronic, Inc) y se inició la estimulación bipolar continua a 130 Hz, 3.0 V y 350 µA.

RESULTADOS: El seguimiento a nueve meses mostró una disminución progresiva en el número de crisis hasta quedar libre de ellas. No se registraron efectos adversos. Se evaluó la escala QOLIE de calidad de vida.

CONCLUSIONES: La estimulación eléctrica del área motora suplementaria proporciona una alternativa no lesional que podría mejorar el desenlace sin menoscabo de la función motora en pacientes con epilepsia refractaria de dicha área.

144TA

RESPUESTA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON EPILEPSIA REFRACTARIA A UNA DIETA CETOGÉNICA AMBULATORIA

GUERRA GARCÍA DIANA,¹ BARRAGÁN PÉREZ EDUARDO,¹

TOUSSAINT MARTÍNEZ DE CASTRO GEORGINA²

¹DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.²DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN, HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

INTRODUCCIÓN: La dieta cetogénica es una opción de tratamiento para epilepsia refractaria que generalmente se inicia de manera intrahospitalaria, lo que implica elevación de costos y frecuencia de complicaciones infecciosas. Actualmente existen protocolos de inicio de la dieta de manera ambulatoria, que tienen la ventaja de un menor costo, situación

importante en países subdesarrollados. En este estudio evaluamos la respuesta de pacientes pediátricos con epilepsia refractaria a una dieta cetogénica ambulatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyó a diez pacientes con epilepsia refractaria, con edades entre dos y 16 años, que acudieron a la consulta de Neurología del Hospital Infantil de México; se les envió al Departamento de Nutrición, donde se les inició una dieta cetogénica ambulatoria. Se evaluó la respuesta a la dieta de acuerdo con el porcentaje de disminución de crisis. Se vigiló y documentó la presencia de efectos adversos.

RESULTADOS: Cuatro pacientes tuvieron reducción de sus crisis entre 33.3 y 96.4%, al mes de iniciada la dieta. En seis de ellos se presentó mal apego al tratamiento que condicionó suspensión de la dieta. Tres pacientes presentaron efectos adversos gastrointestinales. Dos pacientes presentaron incremento de las crisis. Solo un paciente continuó con la dieta después de terminado el protocolo con buena respuesta. El mal apego se debió principalmente a factores socioculturales. No se observaron alteraciones metabólicas.

CONCLUSIONES: La dieta cetogénica ambulatoria es una opción de tratamiento eficaz. Deben tomarse en cuenta los factores socioculturales de las familias, para brindar redes de apoyo que favorezcan el apego al tratamiento.

145TA

ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA DEL HIPOCAMPO EN PACIENTES CON EPILEPSIA MESIAL TEMPORAL INTRACTABLE

VELASCO MONROY ANA LUISA,¹
VELASCO CAMPOS FRANCISCO,¹ VELASCO CAMPOS MARCOS,¹
CASTRO FARFÁN GUILLERMO,¹ CARRILLO RUIZ JOSE DAMIÁN¹
¹SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL, ESTEREOTAXIA Y RADIOCIRUGÍA,
CLÍNICA DE EPILEPSIA, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

ANTECEDENTES: La estimulación eléctrica cerebral ha mostrado ser un método no lesional útil en pacientes con crisis generalizadas. Se propone la estimulación eléctrica de focos epilépticos hipocampales en pacientes con epilepsia temporal mesial de difícil control.

MÉTODOS: Este proyecto fue aprobado por los Comités de Ética y de Investigación del Hospital General. Todos los pacientes tuvieron un periodo basal de tres meses (para elaboración de diarios de crisis y estudios neurológicos) después de lo cual se les implantaron electrodos hipocampales bilaterales para localización de focos epilépticos. Tres pacientes tuvieron focos bilaterales y seis tuvieron unilaterales. Los electrodos diagnósticos se sustituyeron por electrodos terapéuticos de estimulación cerebral pro-

funda. Los pacientes acudieron a seguimientos cada tres meses para cuantificación de crisis, estudio neuropsicológico y EEG.

RESULTADOS: El seguimiento fue de 18 meses a seis años. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo a los resultados. Cinco pacientes tuvieron IRM normal con más de un 95% de disminución de crisis. Los otros cuatro pacientes tuvieron datos de esclerosis mesial en la IRM con una disminución de aproximadamente 50% de las crisis. Ningún paciente tuvo deterioro neuropsicológico ni efectos adversos.

CONCLUSIÓN: La estimulación eléctrica de los focus epilépticos hipocampales constituye un método no lesional que disminuye las crisis sin deterioro cognitivo del paciente.

CIRUGÍA DE EPILEPSIA

146TCE

NEUROMODULACIÓN EN EPILEPSIA DEL ÁREA MOTORA PRIMARIA

CASTRO FARFÁN GUILLERMO, VELASCO MONROY ANA LUISA,
VELASCO CAMPOS FRANCISCO, VELASCO CAMPOS MARCOS
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, DEPARTAMENTO:
UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL, ESTEREOTAXIA Y RADIOCIRUGÍA.

ANTECEDENTES: El tratamiento convencional de la epilepsia del área motora primaria es un reto ya que las secuelas neurológicas limitan la resección. Cuando las crisis se originan en tejido anatómicamente normal en la IRM, la probabilidad de secuelas aumenta. Se propone la neuromodulación como método no lesional para el control de crisis parciales motoras.

MÉTODOS: Se estudió una paciente de 17 años que a los cinco años de edad inició con crisis caracterizada por aura sensorial en mano izquierda seguida de movimientos clónicos de la misma y marcha jacksoniana por el brazo y pierna ipsilaterales, con CTCG secundaria. Parálisis de Todd. Tratada con múltiples anticonvulsivos sin respuesta. Desde hace un año pérdida progresiva de fuerza en miembro superior izquierdo. Problemas de aprendizaje, agresividad y perseverancia.

EEG mostraba actividad epiléptica frontoparietal derecha, IRM normal. Se implantaron mallas de registro en áreas pre y poscentral se identificó el foco epiléptico cuya estimulación mostró ser el área motora primaria de la mano. Se cambiaron las mallas por un Electrodo tetrapolar para neuromodulación y se inició la estimulación bipolar continua a 130 Hz, 3.0 V y 350 µA.

RESULTADOS: El seguimiento a seis meses mostró una disminución progresiva en el número de crisis hasta quedar libre de ellas. No se registraron efectos ad-

versos. Se evaluó la escala QOLIE de calidad de vida. **CONCLUSIONES:** La estimulación del área motora proporciona una alternativa no lesional que mejora el desenlace sin menoscabo de la función motora en pacientes con epilepsia refractaria de dicha área.

NEUROPSICOLOGÍA

147NP

UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE ESCUCHA DICÓTICA (TED) PARA LA LATERALIZACIÓN DEL LENGUAJE

TREJO MARTÍNEZ DAVID,¹
ÁLVAREZ ALAMILLO JAQUELINE,² VELASCO ANA LUISA,³
MARTÍNEZ ROSAS ALMA ROSA,⁴ CONDE ESPINOSA RUBÉN⁵
¹HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DEPARTAMENTO: (NEUROLOGÍA)
UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL, ESTEREOAXIA Y RADIOCIRUGÍA.
²FAC. DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
³UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL, ESTEREOAXIA Y RADIOCIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. ⁴INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MVS". ⁵DEPARTAMENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA DEL HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL.

ANTECEDENTES: La determinación de la lateralización del lenguaje es indispensable en algunos pacientes candidatos a neurocirugía debido a que permite prevenir déficit postoperatorios (Gadea-Doménech M, et al. Rev Neurol 2004; 39(1): 74-80). La Técnica de Escucha Dicótica es una alternativa no invasiva y disponible en nuestro país.

MÉTODO: Se incluyó a 50 sujetos sanos (30 diestros y 20 zurdos) y a 50 pacientes diestros con patología cerebral (tumor y/o epilepsia) tanto del hemisferio izquierdo (HI) como del hemisferio derecho (HD). Se utilizó una versión de la TED en la cual se controló con precisión la aparición, duración y finalización simultánea de cada par de estímulos verbales.

RESULTADOS: De los 30 sujetos sanos diestros se encontró que 80% mostró una clara VOD (HI), en el 20% restante se encontraron dos subgrupos, uno que no mostró una clara diferencia entre los dos oídos y otro muy pequeño en el que se observó VOI (HD). En los 20 sujetos zurdos también se presentó una clara VOD (HI). En los 50 sujetos con patología cerebral se observaron fenómenos de extinción del oído contralateral a la lesión.

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos son semejantes a los reportados en la literatura internacional con respecto a la ventaja del oído derecho (Azañon-Gra- cia E, et al. Rev Neurol 2005: 41 (11): 657-663). Los diferentes fenómenos de extinción en los sujetos con patología cerebral reflejan la organización hemisférica del lenguaje y de las vías anatomo-funcionales de la audición. La TED representa una excelente herramienta clínica no invasiva en nuestro país debido a la disponibilidad, bajo costo y a la información clínica obtenida.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

148CP

DETECCIÓN RÁPIDA DE DEPRESIÓN MAYOR EN EPILEPSIA

MARTÍN-MANZO A,¹ LÓPEZ-GÓMEZ M,^{1,2} CRAIL D²

¹SUBDIRECCIÓN DE NEUROLOGÍA. ²NEUROPSIQUEIATRÍA.
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MVS.

INTRODUCCIÓN: La epilepsia está frecuentemente asociada con el Trastorno Depresivo Mayor. En México, no se realiza la detección de rutina de depresión mayor en la consulta neurológica, esto favorece una alta prevalencia de depresión, disminuye la calidad de vida y el apego al tratamiento antiepileptico. El NDDIE (Neurological Disorders Depresión Inventory for Epilepsy) parece un instrumento confiable y preciso para detección rápida de depresión, permitirá un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se evaluaron pacientes con diagnóstico de epilepsia del Servicio de Consulta Externa del INNN. Previo consentimiento informado se aplicaron los cuestionarios: MINI, CES-D, Beck, QOLIE31, Escala de somnolencia de Epworth y Cuestionario epidemiológico PROEPINNN 1.1.

RESULTADOS: Se realizó el análisis estadístico obteniendo los siguientes datos: El 75% de los pacientes cumplen criterios de MINI para depresión mayor, 21.4% para distimia; 64.3% de los pacientes tienen riesgo de suicidio; 46.4% leve y 17.9% elevado. El NDDIE muestra mayor sensibilidad y especificidad para detectar depresión mayor con puntaje de 9 siendo éstas de 95 y 85%, respectivamente.

CONCLUSIONES: El NDDIE es una escala rápida para detectar depresión mayor en personas con epilepsia. Es necesario aumentar el tamaño de la muestra para demostrar las cualidades del instrumento, por lo que se está llevando a cabo el estudio multicéntrico.

149CP

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES EPILEPTICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

MARTÍN-MANZO A,¹ LÓPEZ-GÓMEZ M,^{1,2}

¹SUBDIRECCIÓN DE NEUROLOGÍA. ²NEUROPSIQUEIATRÍA.
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MVS

INTRODUCCIÓN: La epilepsia es un desorden crónico en el que coexisten con frecuencia trastornos psiquiátricos. Esta asociación no sólo tiene implicaciones fisiopatológicas sino repercusión importante en el manejo y calidad de vida, por lo que debemos co-

nocer la comorbilidad más frecuente en nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Previo consentimiento informado se aplicó la entrevista MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW por el mismo evaluador calificado. Se evaluaron 30 pacientes con diagnóstico de epilepsia que acudieron a la consulta externa del INNN en el periodo febrero-junio del 2007. La edad al registro de los pacientes fue de 32 ± 11.22 ; la distribución de acuerdo con el género fue sexo masculino 51.6%, 48.4% femenino.

RESULTADOS: La siguiente comorbilidad psiquiátrica fue encontrada en nuestro grupo de pacientes: trastorno depresivo mayor (76.4%), ansiedad generalizada (33.3%), psicosis actual (26.7%), trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos (25.0%), trastorno de angustia actual y distimia (23.3%). Se detectó también con menor frecuencia hipomanía, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno antisocial de la personalidad, dependencia alcoholólica y anorexia. Se realizó la prueba de coeficiente Phi encontrando una relación estadísticamente significativa ($p = 0.008$) en trastorno depresivo mayor-ansiedad generalizada en pacientes epilépticos.

CONCLUSIONES: Los trastornos encontrados con mayor frecuencia en pacientes epilépticos en el INNN son depresión mayor, ansiedad generalizada y psicosis. Dentro del manejo de la epilepsia se debe considerar siempre la asociación a enfermedades psiquiátricas por lo que los profesionales de la salud involucrados en el manejo de pacientes con epilepsia deben trabajar conjuntamente para garantizar una mejor atención y calidad de vida de los pacientes.

150CP

PERFIL DE LOS PACIENTES CON RETRASO MENTAL EN LA CONSULTA DE NEUROPEDIATRÍA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DR. JUAN N NAVARRO

ANTECEDENTES: El retraso mental (RM) se caracteriza por una capacidad intelectual deficiente y por una capacidad de aprendizaje insuficiente,¹ se estima que la prevalencia del RM en la población infantil es de alrededor de 3%.² Se reconoce una prevalencia de 30-50% de RM asociada a epilepsia.³ En nuestro hospital, es el diagnóstico asociado más frecuente, por lo que es necesario conocer el perfil de estos niños.

MÉTODO: Se incluyeron los primeros 50 pacientes que acudieron a la consulta de Neuropediatría y que clínicamente presentaban RM, realizamos entrevista al padre o tutor para compilar un cuestionario diseñado ex-profeso para este estudio y posterior-

mente se completó información con resultados de pruebas y estudios de gabinete del expediente.

RESULTADOS: Obtuvimos 40 pacientes del sexo masculino (80%) y 10 del sexo femenino (20%), media de edad de 11 años DE 4. El grado de RM clínico más frecuente fue leve. El 32% tuvo algún antecedente prenatal, el mismo porcentaje presentó ictericia. El 40% tuvo eventos postnatales de importancia. El 86% tenían un EEG anormal, 70% epileptiforme y de éstos el 51% fue generalizado. El 67% de los pacientes tenían diagnóstico de epilepsia y el tipo más frecuente fue epilepsia parcial en 70%.

CONCLUSIONES: La distribución de acuerdo al sexo se comportó de acuerdo con lo reportado en la literatura, los datos discordantes fueron los eventos perinatales y la presencia de epilepsia, los cuales fueron mayores en nuestra muestra.

ASPECTOS SOCIALES DE LA EPILEPSIA

151AS

ENSEÑANZA DE LA NEUROLOGÍA Y LA EPILEPSIA EN PREGRADO

NUÑEZ OROZCO LILIA¹

¹DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA DEL CMN "20 DE NOVIEMBRE".

ANTECEDENTES: México cuenta con una Asociación Mexicana de Escuelas de Medicina, que las agrupa y certifica. El objetivo de este trabajo fue conocer cómo se realiza la enseñanza de la Neurología y de la epilepsia en pregrado.

METODOLOGÍA: Se aplicó una encuesta de 18 preguntas a residentes de diversas especialidades en el CMN "20 de Noviembre" de diversas especialidades respondieron el cuestionario.

RESULTADOS: La Neurología se imparte en 3º (carrera de 6 a.) y en 4º (carrera de 7 a.). La mayoría recibió el curso de Neurología en un mes y otros en seis meses o en un año. La especialidad de los profesores fue: Neurología (83), Neurocirugía (35), Medicina Interna (11), Terapia Intensiva (1). Un 80% recibieron teoría y práctica y el resto solamente teoría. La mayoría de las escuelas tiene varias sedes con programas heterogéneos. El tiempo destinado a la epilepsia en los cursos de un mes fue de dos horas. Los casos vistos en la práctica en orden de frecuencia fueron de epilepsia, EVC, cefaleas, Guillain Barré, tumores y Parkinson. Solamente un 10% de los encuestados dijeron recordar cómo se realiza una exploración neurológica.

CONCLUSIONES: La enseñanza de la Neurología es deficiente en la mayoría de las escuelas y facultades de Medicina y el tiempo destinado a la enseñanza de la Epilepsia es de 1-2 horas durante todo el curso y por tanto en toda la carrera.

Es necesario homogeneizar y mejorar los planes de estudio de Neurología y de la epilepsia.

152AS

*EFECTO DE LA GABAPENTINA
EN EL CICLO DE VIGILIA-SUEÑO
EN RATAS CON EPILEPSIA
DEL LÓBULO TEMPORAL*

QUIJADA ALVA A, SANTILLÁN LAMA, MEXICANO G, AYALA GUERRERO F.
LABORATORIO DE NEUROCIENCIAS, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los efectos de la gabapentina (40 mg/kg i.p.) sobre el sueño, originado por las crisis inducidas con ácido kaínico (10 mg/kg i.p.) en ratas Wistar crónicamente

implantadas para registrar su ciclo vigilia-sueño. Se obtuvo un registro control durante 10 horas continuas, seguido por cuatro períodos similares después de la administración de los fármacos. Los datos obtenidos indican que la gabapentina controló parcialmente las crisis epilépticas pero no durante el primer día de registro experimental, se observaron crisis e inhibición total de sueño. Se observó a partir del segundo registro experimental la desaparición completa de las crisis, así como recuperación progresiva del sueño, alcanzando en ese día de registro los niveles control, en contraste con datos previamente obtenidos que muestran que las crisis se prolongan más tiempo. En conclusión, la gabapentina protege parcialmente contra las crisis inducidas con ácido kaínico y favorece la recuperación del sueño.

