

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA STATUS EPILEPTICUS EN NIÑOS

(Surgical treatment of refractory status epilepticus on children)

J.Neurosurg:Pediatric/Volume 12/ October 2013

Sanjiv Bhatia, MD, Faiz Ahmad, MD, Ian Miller, MD, et al

Departments of Neurological Surgery and Neurology, University of Miami Leonard Miller School of Medicine and Brain Institute, Miami Children Hospital, Miami Florida

Un Status Epilepticus (SE) se define como crisis que duran 30 minutos o más. Es una emergencia en adultos como niños que se asocia con alta morbilidad y mortalidad. En los EE.UU mueren entre 22.000 y 42.000 pacientes al año con SE (150.000 nuevos casos anuales). El SE está asociado en el primer evento, a un 12.9% de morbilidad neurológica y a un 29.2% después de una recurrencia.

Los estudios del tratamiento del SE refractario son limitados a casos singulares o series pequeñas y consisten en resecciones corticales, sección del cuerpo calloso, transección subpial múltiple, hemisferectomía y estimulación vagal.

Los autores tomaron los archivos desde 1990 hasta 2010. 15 pacientes se encontraron que tuvieron cirugía de emergencia para el SE. Se obtuvo permiso del comité de investigaciones y consentimiento informado de todos los padres. Un promedio de 8 semanas fue el tiempo que duró el SE. Las crisis fueron focales en todos los pacientes y secundariamente generalizadas en 12. La epilepsia focal continua apareció en tres pacientes y ninguno tuvo SE eléctrico durante el sueño. 7 pacientes mostraron a la RM (1.5 T) malformaciones en el desarrollo cortical (displasias corticales o hemimegalencefalia). Imágenes funcionales para la localización de crisis (SPECT y FDG-PET, hiperperfusión local o anormalidades metabólicas respectivamente). La histopatología revela: Displasias Grado I y II, otros tuvieron encefalitis y cicatriz isquémica y uno encefalitis de Rasmussen. Un caso no tuvo alteración alguna.

Manejo quirúrgico. Para ser quirúrgico un paciente debía mostrar una localización de la iniciación de la crisis muy bien localizada que hubiera progresado a un SE. En la mayoría de casos fue necesario hacer SPECT y PDG-PET y ECoG para poder precisar la extensión de la resección máxime si está en zonas elocuentes. 12 pacientes recibieron solamente una cirugía (corticectomía) guiada por ECoG por electrodos subdurales. 6 casos de estos necesitaron reoperarse y recibieron lobectomía frontal. Dos casos requirieron reoperación para extender más la resección. El SPECT fue hecho para poder definir la zona epileptogénica. Un paciente recibió hemisferectomía por tener hemimegalencefalia.

Resultados. Todos los pacientes fueron evaluados por 12 meses hasta el momento de este reporte. En 14 paciente el SE se controló en 14 de los 15 pacientes. Un paciente, que había recibido MST en Broca, siguió con SE y fue necesario hacer una lebectomía con resección del

surco prefrontal. Quedó así controlado. 4 pacientes siguieron con crisis frecuentes (no SE) y fue necesario, en 2 hacer hemisferectomía y en 2 lobectomía frontal. Desde los 12 meses hasta los 5 años, 7 quedaron en Engel I y Engel II (90% menos crisis) en 4 pacientes y en Engel III o IV 4 pacientes. Ningún paciente recibió VS o callosotomía. 7 pts. quedaron con hemiparesia. 4 mostraron deterioro neurológico (hemiparesia y afasia).

Estudios recientes muestran que la mortalidad en la persistencia del SE es del 48% y con la cirugía no es más de 1%. La cirugía debe hacerse cuando a los 15 días el SE no se ha podido controlar.

Comentarios del traductor. Nosotros nos hemos enfrentado en dos casos a esta situación. El último caso operado hace 6 meses recibió una hemisferectomía derecha, dado que el estudio de video-EEG mostró compromiso de todo el hemisferio, aunque la RM fue normal. El paciente está libre de crisis mayores, aunque a veces hace crisis focales de la cara. Este trabajo es un ejemplo para tener en cuenta cuando nos lleguen pacientes en situaciones parecidas.

Jaime Fandiño-Franky MD