

CASO CIRUGÍA DIRECTA

Varón diestro de 38 años de edad que presentaba un tipo de crisis a las que se refería como “ausencias”. Sin aviso previo desconectaba de su entorno. Las personas que habían presenciado sus crisis describían movimientos orales rítmicos, como si “estuviese masticando”. En otras crisis estos movimientos se acompañaban de movimientos automáticos con las manos. En las crisis podía responder con palabras aisladas a las preguntas que se le hacían. El paciente se recuperaba en 2-3 minutos, si bien no recordaba lo que había sucedido durante la crisis. Preguntado directamente no describía ningún aura. Presentaba una media de 2 o 3 crisis al mes, rara vez había pasado más de un mes sin crisis, habiendo llegado a presentar hasta 6 crisis en los peores periodos de su enfermedad.

Entre sus antecedentes destacaban varias crisis febriles en su infancia (crisis convulsivas con fiebre) por las que no recibió tratamiento específico. Su epilepsia se inició a los 7 años de edad. Inicialmente presentó varias crisis con actividad generalizada tónico-clónica, que se controlaron con carbamacepina. A los 10 años, tras permanecer varios años sin crisis se retiró su medicación. Permaneció asintomático hasta los 17 años, cuando reaparecieron crisis como las “ausencias” descritas. El paciente fue evaluado con varias RM cerebrales sin protocolo de epilepsia que fueron informadas como normales. Varios estudios EEG fueron informados como actividad epileptiforme fronto-temporal derecha. El paciente recibió gran parte de los fármacos antiepilépticos disponibles, sin una respuesta adecuada.

Debido a la refractariedad de su epilepsia solicitamos una evaluación prequirúrgica con los siguientes resultados:

1. Estudio Video-EEG prolongado que mostró (Figura 1): a) actividad epileptiforme temporal derecha y b) se registraron 5 crisis temporales derechas.
2. RM cerebral de 3 Teslas con protocolo específico para estudiar la epilepsia (Figura 2): Una atrofia del hipocampo con aumento de señal en diferentes secuencias, hallazgos típicos de una esclerosis del hipocampo derecho.
3. PET cerebral (Figura 3): Hipometabolismo en región temporal, hallazgo congruente con los datos que mostraba la RM cerebral.
4. Estudio Neuropsicológico: Caída de la memoria visual con preservación de la memoria verbal.

En base a estos resultados y al tratarse de una epilepsia refractaria, que no había respondido a la mayoría de los fármacos antiepilépticos disponibles, se propuso cirugía de epilepsia. En este escenario clínico, donde todas las pruebas realizadas coincidían y señalaban a la región temporal medial derecha como responsable de la epilepsia de este paciente, se aconsejó una cirugía directa sin la necesidad de hacer otras pruebas como pudiera ser la implantación de electrodos intracraneales. Finalmente se realizó una resección temporal anterior (Figura 4), resecando la parte anterior del hipocampo, la amígdala, así como el polo temporal. El procedimiento transcurrió sin ningún tipo de complicación y se consiguieron controlar sus crisis. A lo largo de su seguimiento ha sido posible la reducción paulatina de la medicación antiepiléptica.

Este caso nos muestra la evolución clínica típica de la epilepsia refractaria asociada a una esclerosis del hipocampo. Inicialmente suelen existir antecedentes de crisis febriles y años después aparecen crisis focales que pueden responder bien a la medicación, lo que a veces nos lleva a retirarla al cabo de los años. Típicamente puede existir un periodo de “luna de miel” donde las crisis ceden durante años incluso sin medicación. En una siguiente fase, en la segunda o tercera década de la vida, aparece una epilepsia que no se controla con fármacos. De igual forma puede existir una alteración de la memoria, más llamativa cuando la esclerosis hipocampal afecta al hemisferio dominante para el lenguaje. Este caso también nos muestra que es muy importante realizar una RM cerebral con protocolo de epilepsia; de no hacerlo así, pueden pasar desapercibidas lesiones de este tipo que se benefician claramente del tratamiento quirúrgico. La epilepsia secundaria a esclerosis del hipocampo es en sí un síndrome quirúrgico (de los más frecuentes en adultos con epilepsia refractaria), donde los fármacos antiepilépticos no suelen ser efectivos. Una vez diagnosticada esta patología, como es el caso que mostramos, hay que considerar la cirugía de la epilepsia, con resultados favorables (libertad de crisis) por encima del 70%. Por último, los pacientes con esta patología se benefician de una cirugía directa sin que sea necesario en la mayoría de los casos la implantación de electrodos profundos.

Figura 2. Atrofia del hipocampo derecho que también aparece más hiperintenso con respecto al hipocampo izquierdo.

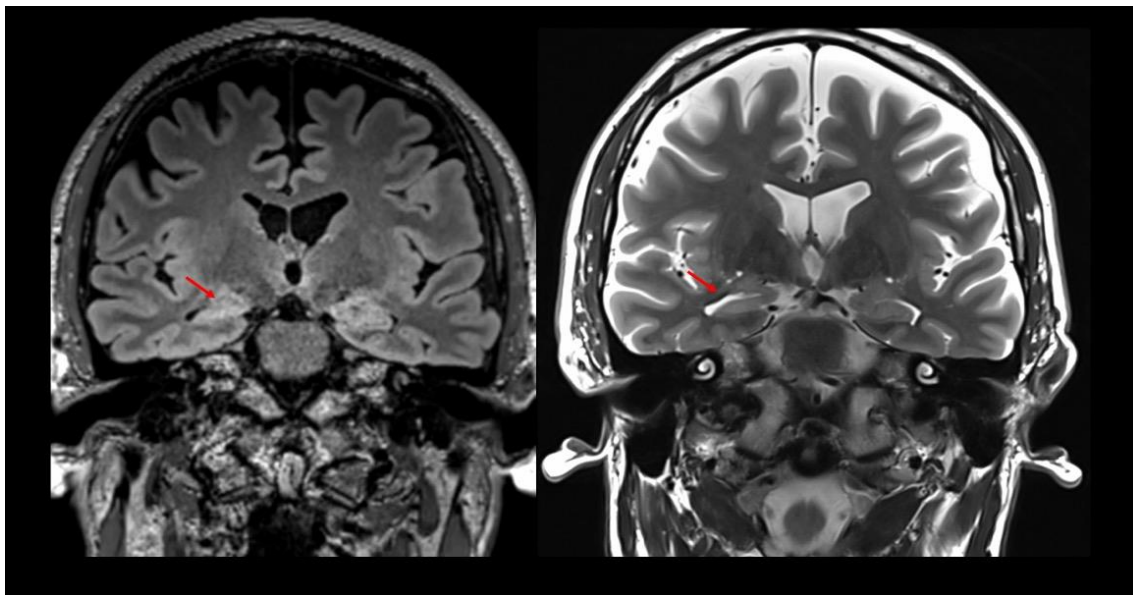


Figura 3. Hipometabolismo en la región anterior del lóbulo temporal derecho.

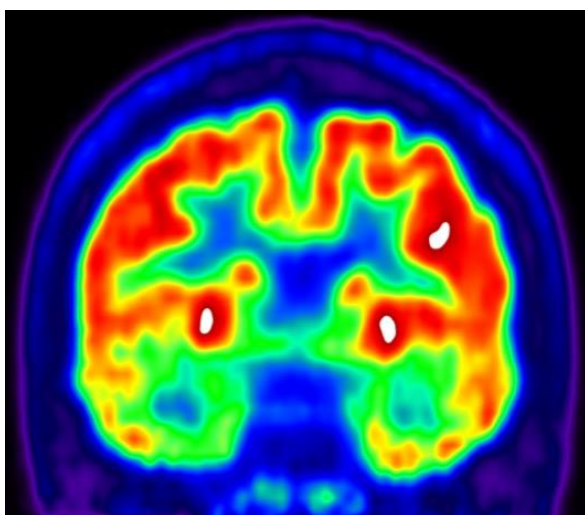


Figura 4. Resección de la parte anterior del lóbulo temporal derecho.

