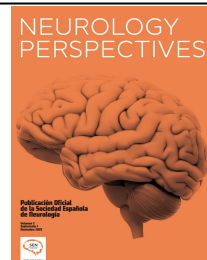




Neurology perspectives



21712 - CASO DE CRISIS AUDITIVAS SECUNDARIAS A EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA ESTRUCTURAL POR DISPLASIA CORTICAL FOCAL TIPO II: EL VALOR DE LA ESI (ELECTRICAL SOURCE IMAGING)

León Ruiz, M.¹; Lorenzo Montilla, A.²; Beltrán Corbellini, Á.³; Sánchez-Miranda Román, I.³; García Morales, I.³; Gil-Nagel Rein, A.³; Toledano Delgado, R.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa; ²Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla; ³Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología. Hospital Ruber Internacional.

Resumen

Objetivos: Presentamos un caso de epilepsia focal refractaria (EFR), con crisis epilépticas (CE) auditivas uni/bilaterales, estructural por displasia cortical focal (DCF)-II, intervenida mediante termocoagulación por radiofrecuencia guiada por E-EEG (TCG-RF-E-EEG).

Material y métodos: Paciente de 10 años (+ 8 meses) con EFR, compuesta por clústeres de 1-2 CE × 3-4 días cada 2 semanas, con zumbido monoaural izquierdo seguido por acusia completa (a veces binaural) llegando a progresar a CE generalizadas tónicas. Actualmente recibe LEV 750 mg cada 12 horas y ZNS cada 12 horas por VO, con 1 CE al mes. El estudio previo mostró analítica normal, VEEG (2 focos: no quirúrgica), RM (posible DCF), RM funcional (dominancia lingüística hemisférica izquierda) y exoma-trío (normal). Se realizó evaluación prequirúrgica.

Resultados: Estudio neuropsicológico (disfunción mnésica-auditivo-verbal), Wada-test + RM-funcional (como previamente), monitorización-V-EEG × 5 días (zona epileptógena [ZE]: región temporal izquierda), ESI (actividad epileptógena: región temporal superior izquierda [*planum temporale*], RM-3T/PET-cerebral (disgria + engrosamiento cortical/hipometabolismo temporal izquierdo) y E-EEG (patrón rítmico de descargas epileptiformes sugerentes de DCF en ZE previsualizada por ESI). Se diagnosticó de EFR secundaria a DCF-II temporal superior izquierda. Se realizó TCG-RF-E-EEG, manteniendo LEV: 500 mg cada 12 horas, ZNS: 200 mg cada 12 horas y CLB: 5 mg cada 24 horas por VO, sin CEs durante 6 meses, recurriendo con menor frecuencia. Pendiente de Qx vs. TCG-RF-E-EEG.

Conclusión: Las DCF representan la etiología más frecuente de EFR pediátrica. Reconocer los patrones ictales-interictales es fundamental para delimitar la ZE. La ESI permite localizar de manera más precisa y no invasiva la ZE (+RM-craneal: sensibilidad, 84%; especificidad, 88%). La TCG-RF-E-EEG tiene implicaciones diagnóstico-terapéuticas. Las CE auditivas suelen iniciarse más frecuentemente en la circunvolución-temporal-superior izquierda, soliendo ser binaurales, posiblemente por hipersincronía córtico-cuerpocalloso-cortical. Ante un paciente pediátrico con CE auditivas uni/bilaterales farmacorretractarias, debe sospecharse el DCF y realizarse evaluación prequirúrgica, incluyendo ESI+E-EEG+PET-cerebral para facilitar el proceso diagnóstico-terapéutico y mejorar el pronóstico.