

Resultados quirúrgicos en la epilepsia del lóbulo temporal sin sustrato lesional

Epilepsy surgery outcomes in temporal lobe epilepsy with a normal MRI

Bell ML, Rao S, So EL, Trenerry M, Kazemi N, Matt Stead S, et al. Epilepsy surgery outcomes in temporal lobe epilepsy with a normal MRI. *Epilepsia*. 2009;50:2053-60.

Discusión y comentario

El 65% de las epilepsias focales se localizan en el del lóbulo temporal. El 30% de estos pacientes persisten con crisis recurrentes a pesar del tratamiento farmacológico. Solo el 8% de esta población permanece libre de crisis gracias a la medicación antiepiléptica, en comparación con el 58% de los pacientes que lo hacen después de la lobectomía temporal. Sin embargo, los especialistas continúan siendo reticentes a la hora de planear una cirugía temporal cuando no hay sustrato lesional. Cuando existe concordancia entre la anormalidad estructural observada en la resonancia magnética nuclear (RMN) y la zona de inicio ictal, hasta el 80% de los pacientes logran permanecer libres de crisis. En los casos no lesionales estos resultados son variables (18-63%).

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la eficacia y los predictores de resultado favorable en pacientes con epilepsia temporal refractaria y RMN de alta resolución negativa (no lesional). Se analizaron los registros de 272 pacientes mayores de 13 años con epilepsia del lóbulo temporal a quienes se les realizó lobectomía temporal anterior entre 1997 y 2005 en Mayo Clinic, EE.UU. De estos, 44 pacientes presentaban RMN con protocolo de epilepsia normal informado y revisado por especialistas en neurorradiología.

Respecto de los métodos empleados se revisaron las imágenes de RMN, y en los casos que se observaron alteraciones sutiles no características se informaron como tales.

Todos los pacientes fueron evaluados con electroencefalograma (EEG) interictal de superficie, vídeo-EEG no invasi-

vo y neurorradiología funcional: tomografía por emisión de fotón único (SPECT) ictal e interictal, tomografía por emisión de positrones (PET) interictal y SISCOM (SPECT + co-registro con RMN). Se analizaron las evaluaciones neuropsicológicas y los resultados de la anatomía patológica posquirúrgica. En algunos casos se implementó el uso de EEG invasivo, electrocorticografía y test de Wada. Todos los pacientes recibieron lobectomía temporal anterior estándar que incluía la neocorteza temporal y las estructuras amígdalo-hipocampales.

De los 44 pacientes 4 fueron descartados por presentar un seguimiento posquirúrgico menor a un año. El seguimiento promedio fue de 4,2 años. Cuarenta pacientes superaron el año de seguimiento y 24 (60%) se encontraban libres de crisis (Engel I).

Las variables que se asociaron a resultados favorables posquirúrgicos (Engel I) fueron: ausencia de descargas epileptiformes interictales contralaterales o extratemporales, SISCOM anormal que localiza en la zona de resección y anomalías sutiles inespecíficas por RMN en el lóbulo temporal mesial concordante con la resección. La anatomía patológica demostró: gliosis en un 80% y hallazgos compatibles con esclerosis mesial temporal en el 18%.

Los resultados de este trabajo muestran que, en casos cuidadosamente seleccionados, los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal refractaria sin sustrato lesional en la RMN pueden beneficiarse de la cirugía de epilepsia con un 60% de posibilidades de permanecer libres de crisis, y con un 15% de posibilidades de reducir significativamente el número de eventos (Engel II).

M. Donadio

Centro Integral de Epilepsia, FLENI.
Buenos Aires, Argentina.