Neurocirugia. 2017;28(Espec Congr):93

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

C0218 - EXPERIENCIA EN EPILEPSIA EXTRATEMPORAL QUIRÚRGICA: ¿EXISTEN PREDICTORES DE EVOLUCIÓN?

A. Arévalo Sáenz, M. Navas, C. Torres, M. Pedrosa Sánchez, M.Á. García Pallero, J. Delgado y R. García de Sola

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Determinar la evolución de los pacientes con epilepsia farmacorresistente extratemporal quirúrgica y analizar los posibles predictores pronósticos así como los determinantes de los pacientes con mala evolución.

Métodos: Análisis retrospectivo de 50 pacientes con epilepsia extratemporal quirúrgica intervenidos en nuestro hospital entre 2001-2014. Variables dependientes: Engel a los 2 años de seguimiento. Variables independientes: demográficas, historia clínica de las crisis, pruebas diagnósticas de imagen y neurofisiológicas, anatomía-patológica, tipo de resección y complicaciones de la cirugía, entre otros.

Resultados: A todos los pacientes se les realizó EEG-scalp. Se empleó EFO en 5 pacientes, mantas subdurales en 12, electrodos profundos en 8 y formas combinadas en 10; de éstos pacientes se localizó la zona epileptógena (ZE) en 36 pacientes. La RM aportó datos de lesión en 13 pacientes vs no lesional en 37. La anatomía-patológica más frecuente fue tumoral (22%) La resección cortical más frecuente fue la frontal 62%. 32% presentaban un Engel 1 a los 2 años; 16% grado II, 22% grado III y 30% grado IV. Predictores de buen pronóstico: imagen lesional en la RM (p = 0,02), un tumor con márgenes bien definidos (p: 0,001) y anatomía patológica tumoral (p = 0,013). Predictores de mal pronóstico: Localización de ZE cerca de áreas primarias (p = 0,04) y realización de transección subpial múltiple. En el análisis multivariante solo la presencia de una lesión bien circunscrita en la RM preoperatoria predijo un buen desenlace funcional (p 0,05).

Conclusiones: De nuestro trabajo se deduce la importancia de presentar una lesión bien definida en la RM con una ZE alejada de áreas primarias como predictor de buen pronóstico. En la práctica clínica, y aunque sin significación estadística, los pacientes sin lesión con mejor evolución son aquellos cuyas pruebas neurofisiológicas invasivas registran el inicio de la crisis y son capaces de determinar la ZE.

See front matter © 2017 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados