



# Neurology perspectives



## 19073 - Terapia electroconvulsiva en estatus epiléptico suprarrefractario

Sánchez Cirera, L.<sup>1</sup>; Coll Presa, C.<sup>1</sup>; López Domínguez, D.<sup>1</sup>; Gutiérrez Naranjo, J.<sup>1</sup>; Baró Serra, A.<sup>2</sup>; Fernández Corcuera, P.<sup>3</sup>; Keymer Gausset, A.<sup>3</sup>; Molins Albanell, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; <sup>2</sup>Medicina Intensiva. Centre Sociosanitari Parc Hospitalari Martí i Julià; <sup>3</sup>Servicio de Psiquiatría. Centre Sociosanitari Parc Hospitalari Martí i Julià.

### Resumen

**Objetivos:** El estatus suprarrefractario (ESR) se caracteriza por ausencia de respuesta a una tercera línea de tratamiento a las 24h. La terapia electroconvulsiva (TEC) se recomienda como opción no farmacológica, aunque su mecanismo de acción es desconocido.

**Material y métodos:** Descripción clínica de una paciente por ESR tratada con TEC.

**Resultados:** Paciente de 62 años con epilepsia generalizada en tratamiento con levetiracetam y fenitoína que presenta crisis focales con desviación cefálica a la derecha recurrentes. En urgencias presenta 2 crisis tónico-clónicas sin recuperación del nivel de conciencia. Se realiza EEG con 9 crisis eléctricas frontales izquierdas con difusión a región frontotemporal bilaterales asociadas a desviación oculocefálica a la derecha. Se optimiza tratamiento añadiendo valproico, lacosamida y perampanel sin mejoría, por lo que se inicia sedación con propofol y midazolam. RM cerebral que muestra hiperintensidad en caudado, hipocampo izquierdo y córtex occipital bilateral posictal, PL normal. Se orienta como ESR, se inicia metilprednisolona e inmunoglobulinas, conjuntamente con dieta cetogénica y aumento de sedación, precisando ketamina e isoflurano (retirado por hipertensión intracraneal). EEG seriados sin sedación con actividad periódica frontotemporal izquierda persistente. Dada la suprerrefractoriedad se decide tratamiento con TEC con disminución de la actividad paroxística después de 5 sesiones y mejoría clínica progresiva persistiendo leve miopatía. RM cerebral de control con resolución de los hallazgos. Se disminuye el tratamiento manteniendo lacosamida y perampanel.

**Conclusión:** El ESR comporta una elevada morbimortalidad por lo que es importante un tratamiento precoz. El TEC es una opción con buenos resultados, aunque su uso no está extendido por la falta de literatura y disponibilidad.