



Neurology perspectives



18354 - DISPLASIAS CORTICALES FOCALES TIPO II, DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD DE EPILEPSIA REFRACTARIA

Minguillón Pereiro, A.M.¹; García de Soto, J.¹; Pouso Diz, J.¹; Ortegón Aguilar, E.¹; Juiz Fernández, Á.²; López González, F.J.²; Castiñeira Mourenzá, J.A.³; Rodríguez Osorio, X.²

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; ²Servicio de Neurología. Unidad de Epilepsia Refractaria. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; ³Servicio de Radiología. Servicio de Radiodiagnóstico. Sección de Neurorradiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

Resumen

Objetivos: Las displasias corticales focales (DCF) tipo II o tipo Taylor se consideran causas habituales de epilepsia farmacorresistente, con algunas características propias. En muchas ocasiones, muestran buena respuesta a un abordaje quirúrgico.

Material y métodos: Se incluyen todos los pacientes con hallazgos compatibles con DCF tipo II en RM cerebral con protocolo de epilepsia evaluadas por neurorradiólogo experto desde el año 2012. Se realiza un análisis observacional retrospectivo del diagnóstico, la correlación clínica y con EEG/vídeo-EEG y PET-FDG si disponible, y la indicación quirúrgica.

Resultados: N = 50 pacientes (50% mujeres; media de inicio de crisis: 13 años). Todos los pacientes fueron diagnosticados de epilepsia de inicio focal, con evolución a tónico-clónica bilateral en el 52% de los casos. Un 10% presentaron episodios compatibles con crisis psicógenas. La epilepsia era farmacorresistente en el 68% de los enfermos. El 70% padecía una frecuencia de crisis diaria o semanal. Las DCF se localizaban más frecuentemente en lóbulos frontales (68%). Un 87% correlaciona la región de DCF con un hipometabolismo en el PET-FDG. Se intervinieron 24 pacientes, y otros 4 en lista de espera. La libertad total de crisis desde la intervención a los 2 años se alcanzó en el 59% de los intervenidos.

Conclusión: Las DCF tipo II no siempre se asocian a epilepsia farmacorresistente. Tampoco excluyen la presencia de crisis psicógenas. Por la necesidad de pruebas neurofisiológicas y de neuroimagen, han de ser estudiadas en unidades de referencia. El abordaje quirúrgico obtiene una mejoría clínica en la mayoría de casos, con libertad total de crisis en algunos de ellos.