



Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



O-120. - CONTRIBUCIÓN DEL SPECT DE PERFUSIÓN ICTAL-INTERICTAL, SISCOM Y PET/TC 18F-FDG EN LA DETECCIÓN PREQUIRÚRGICA DEL FOCO EPILEPTÓGENO EN PACIENTES CON EPILEPSIA FÁRMACO RESISTENTE

A. Mestre-Fusco¹, M. Suárez-Piñera¹, M. Ley², S. Medrano³, S. González³, R. Vivanco², E. Miralles¹, G. Conesa⁴ y R. Rocamora²

¹Servicio de Medicina Nuclear; ²Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología; ³Servicio de Radiología; ⁴Servicio de Neurocirugía. Hospital del Mar Parc de Salut Mar. Barcelona.

Resumen

Objetivo: Valorar la utilidad de las técnicas de neuroimagen funcional: SPECT de perfusión cerebral ictal-interictal, SISCOM (substracción ictal-interictal y corrección RM) y PET/TC¹⁸F-FDG interictal, en la localización del foco epileptógeno en una muestra de pacientes fármaco-resistente

Material y método: Estudio descriptivo de 15 (9M, 51-25) pacientes epilépticos fármaco-resistentes, candidatos a cirugía de epilepsia sin identificación previa del foco epileptógeno. Se les realizó como técnicas de neuroimagen SPECT de perfusión ictal-interictal, RM protocolo de epilepsia, SISCOM (Analyze 7.0) y PET-FDG (8). Los resultados del análisis cualitativo se discutieron en el comité multidisciplinar de epilepsia. Los resultados se compararon con la cirugía y/o con la estereo-EEG (SEEG). Se hizo seguimiento de estos pacientes entre 2-18 meses tras la cirugía. El SPECT ictal-interictal y el SISCOM fueron positivos si se localizaba una hiperperfusión focal única y negativos en multifocales o sin hiperperfusión focal. El PET-FDG fue positivo en hipometabolismos localizados.

Resultado: El SPECT ictal se realizó tras una crisis parcial compleja (CPC) en 14 pacientes. El tiempo medio de la inyección del trazador fue 23 sg (11-50) tras el inicio de la crisis. La valoración conjunta del SPECT y SISCOM detectó foco epileptógeno 13/15, sensibilidad 93%, especificidad 100%. El PET mejoró la sensibilidad detectando un FN del SPECT y del SISCOM. Sin embargo en dos pacientes fue no concluyente y en otro permitió lateralizar sin definir foco. Trece pacientes fueron quirúrgicos, los dos restantes se les realizó SEEG desestimando la cirugía.

Conclusiones: La rentabilidad diagnóstica de la neuroimagen en los pacientes epilépticos candidatos a cirugía sin foco previo es alta. Es muy importante la valoración conjunta y global de todas las técnicas, dada la enorme complejidad de este subgrupo de pacientes dentro de los fármaco-resistentes. La valoración aislada de las pruebas de neuroimagen puede limitar estos resultados dificultando la identificación del foco epileptógeno.