



Boletín

Sociedad de

Psiquiatría y

Neurología de la

Infancia y

Adolescencia

Año 10

Nº 3

Diciembre 1999

ISSN 0717-1331

BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA

AÑO 10 - N° 3 - DICIEMBRE 1999

ISSN 0717-1331

DIRECTORIO 1997 - 1999

Presidente:	Dr. Jorge Förster
Vicepresidente:	Dr. Ricardo García
Secretaria:	Dra. Patricia Urrutia
Tesorera:	Dra. Anahí Martínez
Directores:	Dra. Verónica Burón Dra. Marta Hernández Dra. María Eugenia López Dr. Marcos Vallejos Dr. Juan Salinas
Past-Presidente:	Dra. Ximena Keith
Directora del Boletín:	Dra. Freya Fernández
Comité Editorial:	Dra. Isabel López Psic. Gabriela Sepúlveda Figo. Marcelo Díaz Dra. Perla David Dra. Verónica Burón Dra. Alicia Espinoza
Secretaria:	Sra. Carolina Martínez

**BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA**

AÑO 10 - N° 3 - DICIEMBRE 1999

ISSN 0717-1331

CONTENIDOS

	Página
• RESUMENES CONGRESO 1999	3
• INDICE DE AUTORES	55
• CUENTA DEL DIRECTORIO (Oct. 1997 - Nov. 1999)	58
• REUNIONES Y CONGRESOS	63
• GRUPOS DE ESTUDIO	65
• NOTICIAS	66
• SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	68

1. **ALTERACIONES DE LA NEUROTRAS-MISION SINAPTICA EXCITADORA EN UN MODELO ANIMAL DE EPILEPSIA.**

Wyneken, Ursula; Marengo, Juan José; Smalla, KH; Orrego, Fernando; Gundelfinger, ED.

Universidad de los Andes; ICBM Universidad de Chile, Santiago, Chile; Leibniz Institute for Neurobiology, Magdeburg, Germany.

La iniciación y propagación de actividad epileptiforme se relaciona en parte con alteraciones en la neurotransmisión sináptica excitadora en el SNC, lo que sería un reflejo de una reorganización de los componentes sinápticos. Las sinapsis excitadoras están mediadas por el neurotransmisor L-glutamato y se caracterizan por la presencia de densidades postsinápticas (DPSs), un engrosamiento de la membrana postsináptica. En las DPSs se encuentran los receptores para glutamato (RGlu), y otros componentes moleculares claves para la transducción y regulación de la señal sináptica. Hemos purificado DPSs desde corteza cerebral de ratas en las que se indujeron convulsiones por inyección intraperitoneal de ácido kaínico. Utilizando la técnica de Western Blot, comparamos la composición proteica de estas DPSs con las obtenidas de animales controles. En DPSs de animales epilépticos (E-DPSs) encontramos un aumento significativo de la proteína quinasa C, del receptor para neurotrofinas TrkB, de la óxido nítrico sintetasa, de un subtipo de receptor metabotrópico para L-glutamato y de una tirosina quinasa de la familia src. Además, observamos en E-DPSs una disminución significativa de proteínas propias del citoesqueleto neuronal. Mediante técnicas electrofisiológicas, hemos comenzado a estudiar, in vitro, las corrientes iónicas que se generan por la activación de los receptores para L-glutamato del tipo NMDA. Encontramos que las corrientes registradas de E-DPSs fueron significativamente de menor amplitud que las controles. Todos estos resultados sugieren que durante el desarrollo del fenómeno epiléptico ocurren cambios estructurales que se reflejan en modificaciones de la función y/o de la modulación de los receptores para L-glutamato en el sistema nervioso central.

Financiado por la Fundación Volkswagen y Universidad de los Andes.

2. **DISPLASIAS CORTICALES: PRESENTACION CLINICA, PRONOSTICO Y CLASIFICACION MORFOLOGICA EN 57 NIÑOS.**

López, Isabel; Troncoso, Mónica; Troncoso, Ledia; Fernández, Freya; Quijada, Carmen; Castiglioni, Claudia.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Depto. Pediatría-Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Reportamos 57 pacientes, de 1 m-20 á (x: 5.3 á) con displasias corticales (DC), en seguimiento (X:72m). Se clasificaron en: A) **Difusas** (24): Aicardi (2), Lisencefalias (22); B) **Bilaterales localizadas**(12): Heterotopia en banda (2), Heterotopias periventriculares (1), Perisilviana bilateral (7); C) **Unilaterales homisféricas** o hemimegalencefalias (6);D) **Focales** (15). El primer síntoma ocurrió entre 0.03-144 m (x: 8.7 m), 56 % correspondió a crisis epilépticas. Un 82% (47) desarrolló crisis, 78% en el primer año de vida. El inicio de crisis fue significativamente más precoz para los grupos A y C (4.2m y 2.9 m), comparados con los grupos B y D (50m y 21.9m). El grupo A presentó espasmos infantiles en 61% y el D, crisis parciales en 86.7%. En el grupo A, 3 pacientes fallecieron precozmente, el resto evolucionó con epilepsias refractarias, retraso, déficit motor y microcefalia. El grupo B presentó crisis parciales (4) y generalizadas (2), CI normal o límite (5) y pseudobulbar (3). El grupo C evolucionó con crisis generalizadas (3) y parciales (2), retraso (3), hemiparesia (4) y macrocefalia (3). El grupo D presentó crisis parciales (13), muy frecuentes en >50%, CI normal o límite (9), sin déficit motor (8). Una menor edad de inicio de crisis y crisis de espasmos infantiles se relacionan con mayor severidad de DC y peor pronóstico.

3. **EPILEPSIAS RELACIONADAS A LOCALIZACION EN MENORES DE 2 AÑOS.**

López, Isabel; Troncoso, Ledia; Troncoso, Mónica; Coria, Carolina.

Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Depto. Pediatría-Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Objetivo: Caracterizar semiología de crisis, estado neurológico, EEG, neuroimágenes.

etiología, respuesta a tratamiento y pronóstico en pacientes que presentan epilepsias relacionadas a localización de inicio antes de los 2 años.

Pacientes y Método: Seleccionamos 22 niños, 9 niñas y 13 varones, que cumplieron con los siguientes criterios: a) crisis con semiología ictal asimétrica o limitada a 1 o 2 extremidades y/o EEG con actividad epiléptica interictal o ictal lateralizada a un hemisferio o localizada a un área cerebral, b) Inicio de crisis antes de los 2 años, c) neuroimagen disponible.

Resultados: Edad actual fluctúa entre 0.7-17 a (x: 7.1 a +4.3). Inicio de crisis fue entre 0.1-24 m (x: 11.3m + 9.4). En 22.7% hubo familiares con 54.5% retardo psicomotor previo, 31.8% hemiparesia. Semiología ictal de inicio incluyó detención, desviación ocular, clonías focales, signos autonómicos, y fenómenos bilaterales, entre otros. Las crisis se clasificaron según Acharya et al, 1998. Las crisis hipomotoras se relacionaron a actividad epiléptica temporal las clónicas a actividad frontal, central y parietal. La TAC cerebral mostró alteraciones específicas en 7/22 casos la RNM en 8/10 casos. En 18 casos hubo alteración neuroimagenológica con displasias corticales (7) hamartomas (3), esclerosis hipocámpal (2), infarto silviano (2). Diecisiete casos (77.3%) fueron sintomáticos y 5 criptogénicos. En 15/22 casos hubo concordancia en al menos 3/4 criterios de definición de área de origen (alteración al examen neurológico, semiología ictal, EEG, imagen). En el período de seguimiento, 4 pacientes han sido sometidos a cirugía con buenos resultados; hay dificultad en control de crisis en 14/22 casos; hay deterioro de funciones cognitivas en relación a elevada frecuencia de crisis y posiblemente a politerapia con FAE.

Conclusión: a) Las epilepsias relacionadas a localización en niños menores son en su mayoría, sintomáticas y obligan a búsqueda exhaustiva de una causa, b) El control de crisis es con frecuencia difícil y el tratamiento quirúrgico debe evaluarse precozmente, c) Hay dificultades en la aplicación de clasificación de crisis (ILAE) en niños menores, es necesario intentar otras clasificaciones.

4. MONITOREO VIDEO EEG COMPUTARIZADO CONTINUO: EXPERIENCIA EN LA POBLACION PEDIATRICA.

Mesa, Tomás; Godoy, Jaime; Aranda, Luis;

Santín, Julia; Campos, Manuel.

Depto. de Pediatría, Neurología y Neurocirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: El Monitoreo Video EEG Computarizado Continuo es uno de los métodos de evaluación más útil para los eventos epilépticos y no epilépticos. Las máquinas de EEG digital pueden registrar la actividad cortical cerebral de horas hasta varios días. Esto nos permite una mejor visualización de las actividades anormales interictales con alguna mejor precisión para la clasificación de los eventos ictales especialmente en la población pediátrica. Este método ayuda enormemente en un adecuado tratamiento. Presentamos la experiencia de Monitoreo Video EEG en niños en los últimos años.

Método: Período de análisis: 1991 a 1997. Los pacientes tenían menos de 15 años. Electroencefalograma utilizado: 16 canales. Programa computacional: Monitor 5.1 y Monitor 7.1 (Gotman, Canadá). Lugar: Hospital Clínico Universidad Católica, Santiago, Chile. Electrodo especiales: esfenoideales y subdurales. Técnicas especiales: inducción de crisis y disminución de medicamentos. El período más corto de monitoreo: 24 horas.

Resultados: 96 pacientes. Edad: Entre una semana y 15 años. Promedio: 6.2 años. Sexo: 62 masculinos (64.5%). Tiempo de Monitoreo: 1 a 6 días (Promedio: 3.3). Electrodo Esfenoideales: 20 pacientes (20%). Subdurales: 1 caso. Inducción de Pseudocrisis: 6 pacientes, edad 8 a 15 (Promedio 12.8 años). Dos de ellos fueron positivos. El promedio de edad del primer evento fue de 2.6 años. Petición de Monitoreo: Diagnóstico Diferencial; 8 p. (8%). Evaluación de Pseudocrisis: 2 p. (2%). Análisis de Crisis; 68 p. (70.8%). Resultado del Monitoreo: Síndrome Epilépticos: 29 p. (30.2%), Diagnóstico Diferencial; Sólo 3 fueron epilépticos. Crisis de Área Motora Suplementaria: 10 p. (10%). Sin Detectar Eventos: 14 p. (14.5%). Con un promedio de monitoreo de 3.3 días. Recomendación Evaluación Prequirúrgica: Callosotomía; 3 p. Resección Lobar: 4 p. Electrodo Invasivos: 3 p. Hemisferectomía: 1 p. el promedio de detección de eventos fue 5.4 por paciente (de 0 a 30). Más de 30 eventos: 23 pacientes (24%). La actividad interictal en pacientes epilépticos fue de un 86% de los casos.

Comentarios: El Monitoreo Video EEG Computarizado es un método muy útil para evaluar eventos y actividad interictal a cualquier edad. Es sumamente importante en el diagnóstico diferencial de eventos, en la clasificación de las crisis epilépticas y los estudios pre-quirúrgicos.

La efectividad de la evaluación es multifactorial y no necesariamente el tiempo de monitoreo. El riesgo es mínimo.

5. LA BRECHA EN EPILEPSIA. Una distancia entre lo deseable y lo posible.

Devillat, Marcelo; Burón, Verónica; Gómez, Verónica.

Programa de Epilepsia. Servicio de Neurología. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Objetivo: Es mostrar la distancia, a nivel nacional e internacional, entre lo deseable por y para el paciente con epilepsia y lo posible para él y su familia.

Método: Se revisa la brecha histórica y filosófica con respecto a la epilepsia entre Chile y el mundo desarrollado, así como también la distancia actual en la disposición de recursos para Salud. Se examina la brecha en relación al acceso a los programas gubernamentales, técnicas de diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Histórica y filosóficamente ha existido una brecha desde el año 2.000 AC, hasta nuestros días que se manifiesta en la inexistencia de planes coherentes para abordar a la epilepsia dentro de un manejo integral en Chile.

Hasta hace 30 años no había brecha en relación al diagnóstico y al tratamiento.

En la actualidad se aprecia una enorme distancia entre el porcentaje del PIB (producto interno bruto) dedicado a salud entre los países desarrollados: 7.5 a 14.4% y Chile: 6.5%. La distribución del PIB entre salud pública y privada, favorece a la primera en los países avanzados y a la privada en Chile.

La brecha entre USA y Chile para acceder a TAC cerebral es de 9 años para la salud privada y de 13, para la salud pública. Con respecto a la RNM las cifras de brecha revelan 5 años para la salud privada y 18 (hasta la fecha) para Chile, relación con USA.

La brecha en la disposición de antiepilépticos (AE) era inexistente hace 30 años, pues fenobarbital y fenitoína tenían disposición universal. En la

actualidad no se aprecia brecha entre USA y salud privada chilena con respecto a los AE, sin embargo ella es cada día más acentuada con respecto a la salud pública pudiendo alcanzar en algunos casos hasta 20 años. Con respecto a los AE de tercera generación la brecha entre salud pública y privada continúa aumentando.

Disminuir la brecha es una tarea en la deben participar instituciones gubernamentales, privadas, equipos médicos y organizaciones de pacientes.

Conclusión: se propone el término de "Brecha en Epilepsia" para llamar la atención acerca de un fenómeno, no descrito en la literatura, consistente en la distancia entre lo deseado y lo posible para nuestros pacientes con epilepsia, especialmente marcada en la salud pública. Se concluye que la brecha se incrementó sostenidamente y se proponen algunas medidas para disminuirla.

6. STATUS EPILEPTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

Guerra, Patricio; Quijada, Carmen; Barra, Christian

Servicio de Neurología Infantil, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

Introducción: El Status Epiléptico (SE) corresponde, según la definición actual, a la presencia continua de convulsiones durante 30 minutos, o episodios intermitentes de éstas, sin recuperación de conciencia durante el mismo lapso. Este cuadro constituye una emergencia médica y se asocia a una elevada morbilidad. El objetivo del presente trabajo es describir las características clínicas de los pacientes egresados, con el diagnóstico de SE, de la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital, durante un período de 10 años (Septiembre 1989-Agosto 1999), consignando antecedentes clínicos, exámenes de laboratorio y evolución.

Resultados: En el período en estudio, de un total de 1586 egresos, 33 de ellos (2,0%) correspondiendo el 48% a lactantes, 21% a preescolares y un 30% a escolares; presentando 77% un solo tipo de crisis convulsivas, 18% 2 tipos de crisis y un 6% de los pacientes, 3 tipos; siendo lo más frecuente, tónico-clónico generalizadas (66,6%), parciales complejas (15%) y