



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

O-048 - EPILEPSIA PERIRROLÁNDICA REFRACTARIA. METODOLOGÍA EN LA CIRUGÍA DE EPILEPSIA DEL SURCO CENTRAL

R. Conde Sardón, A. Gutiérrez Martín, M. Garcés Sánchez, P. Rubio, K. Hampel, V. Villanueva y C. Botella Asunción

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.

Resumen

Introducción: La epilepsia perirrolándica, mediante resección o desconexión de focos epilépticos en el surco central o precentral y poscentral con o sin córtex adyacente, asocia un alto riesgo de déficit neurológico persistente, con un alto porcentaje de fallo en el control de crisis debido a la elocuencia de esta área; por lo que el estudio prequirúrgico detallado y la monitorización intraoperatoria resultan imprescindibles en esta cirugía.

Objetivos: Analizar nuestra serie de los últimos 5 años de epilepsia perirrolándica, la metodología quirúrgica y resultados.

Métodos: Revisamos nuestra serie de 15 pacientes con cirugía en área perirrolándica, en todos los pacientes se realizó estudio de neuronavegación con RM 3 teslas, Rm funcional motora, e impresión 3d de la zona a resear. Monitorización intraoperatoria, con electrodos profundos para confirmar área epiléptogena, inversión de fase, monitorización cortical y subcortical y potenciales motores transcraneales.

Resultados y conclusiones: Presentamos serie de 15 pacientes, edad media 25,8 años (6-57), tiempo de evolución medio de epilepsia hasta cirugía de 13,4 años, número de fármacos previos de media 2,66. De ellos 13 presentan lesiones prerrolándicas y 2 posrolándicas. Todos con buen resultado control crisis Engel Ia 80%, Ib 13,3% y IIa 6,7%. Secuelas transitorias leves, 53,3% con recuperación completa en 4,6 meses de media y solo 1 paciente con secuela permanente leve y funcional. Complicaciones quirúrgicas 1 paciente absceso en lecho, que preciso cirugía, con buena recuperación. La epilepsia prerrolándica se asocia a peores resultados en control de crisis y alta frecuencia de complicaciones (literatura 43-94% Engel I y II complicaciones entre 1-63%. El estudio exhaustivo, incluida la impresión 3D, ayuda a delimitar mejor la zona a resear y la monitorización intraoperatoria es mandatoria en estos casos, para obtener buen resultado quirúrgico y poca morbilidad.