

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Asignatura:

Neurología.

Trabajo:

Resumen EPILEPSIA DE ROLANDO.

Docente:

Dr. José Luis Gordillo Guillen.

Alumno:

Citlali Berenice Fernández Solís.

Semestre y grupo:

6º "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas al 15 de noviembre de 2021.

EPILEPSIA DE ROLANDO

Introducción: La epilepsia rolándica benigna, también llamada epilepsia benigna con picos centrotemporales (BECTS) o epilepsia benigna de la infancia con picos centrotemporales (BECTT) es el síndrome de epilepsia más común en los niños. La mayoría de los niños afectados por lo general superan esta afección en la pubertad, de ahí el término "benigno". Las convulsiones se originan en el área rolándica del cerebro (situada alrededor del surco central del cerebro, también llamada área centrotemporal, ubicada alrededor de la fisura rolándica).

Etiología: La epilepsia rolándica benigna se clasifica como un trastorno genético ya que aproximadamente el 75% de los pacientes tienen antecedentes familiares de convulsiones febriles o epilepsia. Se cree que el modo de transmisión es autosómico dominante. Sin embargo, todos los estudios apoyan el papel de la genética. Aunque no se ha identificado un gen específico, se cree que están involucrados en el cromosoma 11 (11p13) y el cromosoma 15 (15q14).

Epidemiología: La epilepsia rolándica benigna (BRE) puede comenzar en cualquier momento entre las edades de 1 a 14 años. Llega a su punto máximo alrededor de los 7 a 10 años cuando ocurren la mayoría de los casos. La BRE ocurre con más frecuencia en los niños hasta los 15 años. BRE representa aproximadamente el 15% de todos los casos de epilepsia en niños, lo que convierte en el síndrome epiléptico más común de la infancia. Los adultos no se ven afectados.

EPILEPSIA DE ROLANDO

Historia y física: La epilepsia rolandica benigna (BRE) afecta a los niños hasta la adolescencia y suele ocurrir por la noche o al despertar (más del 70%). Las convulsiones son poco frecuentes, parciales (o focales) ya que se originan en el área de rolandic (que controla la cara y la orofaringe) sin pérdida de conciencia.

Los síntomas son generalmente unilaterales e incluyen espasmos faciales y rigidez, entumecimiento (hormigueo) en la cara y la garganta (lengua, labios, encías, parte interna de la mejilla, diente), que conduce a dificultad para hablar con ruidos de gorgoteo, paro del habla, babeo, e hiperasaturación.

Las convulsiones generalmente duran solo de 2 a 3 minutos. Los espasmos faciales pueden extenderse al brazo y la pierna ipsolaterales. Las convulsiones pueden extenderse y ocasionalmente afectar a ambos lados (generalizarse) y tener otras manifestaciones como temblores generalizados, rigidez, incontinencia intestinal o vesical, pérdida del conocimiento y un estado posictal. Dado que la mayoría de las convulsiones son parciales y ocurren por la noche, pasan desapercibidas hasta que ocurre una convulsión generalizada en toda regla.

El estado epiléptico y la muerte súbita inexplicable en la epilepsia son poco frecuentes. BRE puede tener dolores de cabeza o migrañas asociados, así como dificultades de comportamiento y de aprendizaje, que son más comunes cuando el niño tiene convulsiones y hay anomalías en el electroencefalograma.

Evaluación: Al igual que con otros síndromes de epilepsia, el diagnóstico de epilepsia rolándica benigna se basa en la historia y se confirma con los hallazgos característicos del electroencefalograma.

El EEG muestra clásicamente picos agudos centrotemporales lentos, bifásicos (descargas negativas en el área centrotemporal y descargas positivas en el área frontal) de alto voltaje, que a menudo son seguidos por una onda lenta. Estos picos agudos ocurren en ráfagas repetitivas, generalmente son unilaterales (correspondientes a la naturaleza focal de las convulsiones) pero a veces pueden ser bilaterales.

El EEG siempre debe incluir un registro de vigilia y sueño. El registro de sueño es muy importante ya que a veces los picos solo se llegan a ver en los sueños. El registro del sueño es muy importante ya que a veces los picos solos. El registro del sueño con movimientos o sobresaltos rápidos (no REM) ofrece el valor más alto ya que acentúa la actividad epileptiforme.

Tratamiento / Manejo: Como sugiere el nombre la epilepsia rolándica benigna es generalmente una afección benigna, las convulsiones casi siempre se resuelven en la adolescencia y, a menudo no se tratan. Esto es especialmente cierto si las convulsiones son parciales, poco frecuentes, ocurren solo por la noche y el paciente y la familia / padres están de acuerdo.

Se considera el tratamiento si las convulsiones son frecuentes, graves, ocurren durante el día, son

generalizadas, están asociadas con cambios (deterioro del lenguaje y neurocognitivos o trastornos del aprendizaje.

El paciente y la familia deben decidir si tratar o no las convulsiones en consulta con su médico tratante.

Si el tratamiento es necesario, un solo fármaco antiepiléptico (FAE) suele ser suficiente y rara vez se requiere varios FAE. Dada la naturaleza focal de las convulsiones, la carbamazepina se usa con frecuencia como fármaco antiepiléptico de primera línea. Otros fármacos que se han utilizado incluyen oxcarbazepina, gabapentina, levetiracetam, valproato, fenitoína, la cosamida y zonisamida.

Diagnóstico diferencial: Los diagnósticos diferenciales incluyen picos centrotemporales sin convulsiones, picos centrotemporales con una lesión cerebral, epilepsia del lóbulo temporal, síndrome de Panayiotopoulos y síndrome de Landau-Kleffner.

Pronóstico: El pronóstico de la epilepsia rolandica benigna es excelente independientemente del tratamiento. Las convulsiones ocurren solo durante 2 a 4 años y se resuelven espontáneamente entre los 15 y los 16 años (en más del 95% de los niños). La mayoría de los pacientes tienen menos de 10 convulsiones y entre el 10 y 20% tienen solo una convulsión en su vida. Se produce un mayor número de convulsiones y lo un periodo prolongado de actividad convulsiva en los niños con un inicio temprano de las convulsiones.