

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura en Medicina Humana

Neurología.

Trabajo:
Epilepsia rolándica.

Docente:
Dr. José Luis Gordillo Guillen.

Alumno:
Mario Alberto Gordillo Martínez.

Semestre y Grupo:
6° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas 13 de octubre del 2021.

Convulsión epiléptica Rolándica.

La epilepsia rolándica benigna (BRE), también llamada epilepsia benigna con picos centrotemporales (BECTS) o Epilepsia benigna infantil con picos centrotemporales (BECCT) es el síndrome de la epilepsia más común en los niños. Como su nombre lo indica, estas convulsiones se originan en el área rolándica de cerebro.

Esta actividad ilustración y el tratamiento de la convulsión epilepsia rolándica y destaca el papel del equipo interprofesional en el manejo de pacientes con estas condiciones.

Etiología.

La epilepsia Rolándica (BRE) se clasifica como un trastorno genético ya que aproximadamente el 25% de los pacientes, tienen antecedentes familiares de convulsiones febriles o epilepsia.

Se cree que el modo de transmisión es autosómica dominante, sin embargo todos estudios apoyan el papel de la genética. Aunque no se ha identificado un gen específico, se cree que están involucrados el cromosoma 11 (11p13) y el cromosoma 15 (15p14). Se ha encontrado mutaciones en los genes *KCNQ2*, *ELP4* y *GRIN2A* en familiares con BRE.

Epidemiología.

La epidemiología de la epilepsia Rolandica (BRE) se clasifica como un trastorno genético ya que aproximadamente el 25% de los pacientes tienen antecedentes familiares de convulsiones febriles o epilepsia. Se cree que el modo no se ha identificado un gen específico, se cree que está involucrado el cromosoma 11.

La epilepsia rolandica benigna (BRE) puede comenzar en cualquier momento del primer año de vida a los 14 años, llega a su punto máximo a los 7 a 10 años ocurre en la mayoría de los casos. La BRE ocurre con más frecuencia en los niños que en las niñas con un predominio de 1,5 a 1. La incidencia de la BRE es de 10 a 20 por cada 100,000 niños hasta los 15 años.

BRE representa aproximadamente el 15% de todos los casos epilépticos, en niños 11, 12, 13, 14, lo que convierte en el síndrome epiléptico más común en la infancia. Los adultos no se ven afectados.

Evaluación:

Al igual que con otros síndromes de epilepsia el diagnóstico de la epilepsia Rolandica Benigna (BRE) se basa en la historia y se confirma-

con las hallazgos característicos de electroencefalograma (EEG). 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 un onda lenta.

Estos picos agudos ocurren en rafagas negativas, generalmente son unilaterales (correspondientes a la naturaleza focal de las convulsiones) pero a veces pueden ser bilaterales. El EEG simple debe incluir un registro de vigilia y sueño. El registro de sueño es muy importante ya que a veces los picos solo pueden ser durante el sueño.

Tratamiento:

La epilepsia Rolandica Benigna (BRE) es generalmente una afección benigna, las convulsiones casi siempre se resuelven en el adolescente y a menudo, no se tratan. Esto es especialmente cierto si las convulsiones son parciales, poco frecuentes, ocurren solo por las noches, y el paciente/familia de acuerdo.

Se considera tratamiento si las convulsiones son frecuentes, graves, ocurren durante el día, son generalizadas, están asociadas con cambios/deterioro del lenguaje y neurocognitivos o trastornos de aprendizaje. El paciente y la familia debe decidir si tratar o no las convulsiones, en consulta con su médico tratante.

Diagnostico Diferencial.

Los diagnosticos diferenciales incluyen picos centrotemporales sin convulsiones, picos centrotemporales con una lesion cerebral, epilepsia del lobulo temporal, sindrome Panayiotopoulos y sindrome de Landau-Kleffner.

Pronostico.

El pronostico de la epilepsia rolándica benigna (BRE) es excelente independientemente del tratamiento.

Los convulsiones ocurren solo durante 2 a 4 años, y se resuelven espontaneamente entre los 15 y los 16 años (en más del 95% de los niños).

La mayoría de los pacientes tienen menos de 10 años convulsiones, y entre el 10% y el 20% tienen solo una convulsion en su vida.

Se produce un mayor número de convulsiones y/o un periodo prolongado de actividad convulsiva en los niños con un inicio temprano de las convulsiones. Tambien se sabe que el inicio temprano de las convulsiones causa anomalias cognitivas, conductuales, y del habla que se resuelven en la adolescencia junto con la resolución de las convulsiones.

BRE puede potencialmente ser una presentación temprana de otros síndromes epilépticos.

