

# Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Asignatura:

Neurología.

Trabajo:

Resumen SINDROME DE PANAYIOTOPOULOS.

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.

# SINDROME DE PANAYIOTOPOULOS

| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |

**Introducción:** El síndrome de Panayiotopoulos ha evolucionado desde su definición como una epilepsia occipital caracterizada por crisis nocturnas con desviación tónica de los ojos, vómitos, punta-onda occipital en el EEG y un buen pronóstico hasta su conceptualización por un grupo de expertos en 2006 como un trastorno benigno, dependiente de la edad, de crisis focales, caracterizado por episodios, con frecuencia prolongados, con síntomas autonómicos predominantes y un EEG que muestra focos múltiples o cambiantes, a menudo con predominio occipital.

## Definiciones y criterios de clasificación:

- **Crisis epiléptica no provocada:** Crisis sin ningún factor precipitante próximo conocido. Múltiples crisis en un periodo de 24 horas se consideraron como único evento.
- **Remisión inicial de tres años sin tratamiento antiepiléptico:** Un periodo de remisión de al menos tres años sin crisis ni tratamiento antiepiléptico (con o sin recurrencias posteriores hasta el final del periodo de estudio).

## - Síndrome de Panayiotopoulos -

- Se cumplen todos los siguientes criterios a los 6 meses de evolución:
- Una o más crisis <sup>no</sup> provocadas con síntomas predominantemente autonómicos.
- Presencia de complejos de puntas y ondas lentas focales

Norma



de gran amplitud y morfología funcional en cualquier localización.

- Ausencia de déficit neurológico previo.
- Neuroimagen normal.

### Evaluación inicial:

A cada paciente se le realizó por lo menos un registro EEG estándar. A todos los pacientes con más de una crisis y un primer EEG normal se les practicó también un EEG con privación del sueño. Se realizaron estudios de neuroimagen al menos en los casos con hallazgos anormales en la exploración neurológica, crisis focales, alteraciones focales en el EEG o espasmos infantiles.

### Seguimiento:

Los pacientes fueron seguidos mediante entrevistas personales hasta el 30 de junio de 2018, hasta que alcanzaron una remisión inicial de tres años sin tratamiento o hasta un máximo de 14 años a partir de la segunda crisis.

### Análisis estadístico:

Se empleó como variable pronóstica la remisión inicial de tres años sin tratamiento antiepiléptico. Los casos perdidos no se incluyeron en el análisis.

Las comparaciones de las semiología de las crisis se efectuaron empleando el test chi cuadrado o el test exacto de fisher.

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |

media en la primera crisis fue de  $4,5 \pm 2$  años (rango: 2:10,1 años), la edad media en la última crisis fue de  $6,1 \pm 3$  años (rango: 2,1-12,5 años) y el tiempo transcurrido entre la primera y la última crisis fue de  $1,6 \pm 2$  años (rango: 0-7,4 años). En un 87% de los casos el tiempo fue menor de 2,6 años.

### Discusión:

Como se ha comentado, el concepto de SP ha evolucionado desde su descripción. Las primeras publicaciones de series de casos de SP han sido de gran valor para llegar a la definición actual, pero no son directamente comparables con las más recientes, debido a las diferencias en los criterios de inclusión.

En nuestro estudio, los casos de SP suponen un 5,5% de los que presentan crisis con semiología focal. Esta cifra es similar al 5,2% y 7% observados en dos estudios previos. En cambio sobre el total de pacientes con una o más crisis epilépticas, el SP supone en nuestra serie un 3,3% considerablemente menos que el 8,4% observado en otro estudio más reciente. Diferencias en las muestras estudiadas, en la calidad registros encefalográficos o en la búsqueda más o menos activa de la presencia de signos autonómicos podrían explicar al menos parte de estas discrepancias.

La semiología de nuestros casos de SP es similar a la descrita en estudios previos. No obstante, los datos que aporta el presente estudio trascienden el mero análisis descriptivo y permiten precisar los signos.



### Frecuencia y semiología:

Los 27 casos que cumplieron los criterios diagnósticos de SP suponen un 3,3% del total de la muestra y un 5,5% de los casos con crisis de semiología focal. Se practicaron pruebas de neuroimagen en todos los casos (10 tomografías computarizadas y 17 resonancias magnéticas).

A cada paciente se le realizó una media de  $2 \pm 7$  EEG en los primeros seis meses de evolución.

### Pronóstico:

En este estudio como en todos los estudios previos sobre el SP, se ha incluido a pacientes con una o más crisis epilépticas. No obstante, en muchos estudios epidemiológicos sobre el pronóstico de la epilepsia se emplea la definición clásica y se incluyen solamente casos con dos o más crisis, excluyendo los que tienen una única crisis.

Para facilitar la comparación con estos últimos estudios, el porcentaje de pacientes que alcanzaron una remisión inicial de tres años sin tratamiento antiepiléptico se calculó:

Se perdió el contacto con un solo caso, quedando por tanto 26 casos con una o más crisis epilépticas (88%; IC 95% 70-98%) y 18 de los 21 con dos o más crisis (86%; IC 95% 64-97%) habían alcanzado una remisión inicial de tres años sin tratamiento antiepiléptico.

### Tiempo de actividad:

Para los 23 casos que alcanzaron una remisión inicial de tres años sin tratamiento antiepiléptico, la edad