



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina Humana

SEMESTRE:

6° A

MATERIA:

NEUROLOGIA

TRABAJO:

ROLANDIC EPILEPSY SEIZURE

DOCENTE:

DR. JOSE LUIS GORDILLO GUILLEN

ALUMNO (A):

YANIRA LISSETTE CANO RIVERA

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS, 15 DE NOVIEMBRE DE 2021

EPILEPSIA DE ROLANDO

La epilepsia Rolandica benigna, también llamada epilepsia benigna con picos centrotemporales o epilepsia benigna de la infancia con picos centrotemporales, es el síndrome de epilepsia más común en los niños. Como su nombre lo indica estas convulsiones se originan en el área rolandica del cerebro.

Esta actividad ilustra la evaluación y el tratamiento de la convulsión de epilepsia rolandica y destaca el papel del equipo interprofesional en el manejo de pacientes con esta condición. La mayoría de los niños afectados por la general superan esta afección en la pubertad, de ahí el término benigno.

Las convulsiones se originan en el área rolandica del cerebro, también llamada área centrotemporal, ubicado alrededor de la fisura de Rolando. Esta epilepsia de Rolando 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 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 el cromosoma 11 y el 15.

Se han encontrado mutaciones en los genes KCNQ2 ELP4 y GRIN2A en familias con BRE.

* Epidemiología:

La epilepsia rolandica benigna puede comenzar en cualquier momento entre las edades de 1 a 14 años. Llega a su punto máximo alrededor de los 7 a los 8 años cuando ocurren 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 BRE es de 10 a 20 por cada 100.000 niños hasta los 15 años. BRE representa aproximadamente el 15% de todos los casos de epilepsia en niños, lo que no convierte en el síndrome de epilepsia más común de la infancia.

Los adultos no se ven afectados.

Afecta a los niños hasta la adolescencia y generalmente ocurre por la noche o al despertar (más del 70%).

Las convulsiones son poco frecuentes parciales (o focales) y a que se originan en el área de Rolandie sin pérdida del conocimiento.

Los síntomas son generales unilaterales e incluyen espasmos faciales y rigidez entumecimiento hormigueo en la cara y en la garganta que conduce a dificultad para hablar con ruidos de gorgoteo, paro del habla, babeo y hipersalivación.

Las convulsiones generalmente duran solo de 2 a 3 minutos. Los espasmos focales

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 postictal. Dado que la mayoría de las convulsiones son parciales y ocurren por la noche pasan desapercibidas hasta que ocurre una convulsión generalizada en toda la regla. El estado epiléptico y la muerte súbita inexplicable en la epilepsia son poco frecuentes. BRE puede tener dolores de cabeza o migrañas asociadas, así como dificultades de comportamiento y de aprendizaje que son más comunes cuando el niño tiene convulsiones y hay anomalías en el electroencefalograma.

Sin embargo pueden mejorar a medida que el niño supera las convulsiones, el EEG se normaliza y por lo general no se observan problemas de desarrollo.

Al igual que otros síndromes de epilepsia el diagnóstico de epilepsia rolándica benigna se basa en la historia y confirma con los hallazgos característicos del electroencefalograma. El EEG muestra clásicamente picos agudos centrotemporales lentos, bifásicos de alto voltaje que a menudo son seguidos por una onda lenta. Estos picos agudos o aumen en ráfagas repetitivas generalmente son

unilaterales pero a veces pueden ser bilaterales. El EEG siempre deben incluir un registro de vigilia y sueño. El registro del sueño con movimientos oculares no rápidos ofrece el valor más alto ya que acentúa la actividad epileptiforme.

La evaluación neurológica y del desarrollo es generalmente normal. Se pueden considerar estudios de imágenes que incluyen una resonancia magnética del cerebro con y sin contraste, pero a menudo son innecesarios. El diagnóstico se puede establecer a partir de la historia y los hallazgos característicos del EEG. Es posible que estén indicados estudios adicionales con imágenes estudios de laboratorio si la historia y el EEG no son concluyentes.

Aunque los picos centrotemporales en el EEG son característicos de BRE, raramente se pueden ver en niños asintomáticos u otros síndromes de epilepsia.

* Tratamiento:

Como sugiere el nombre, la epilepsia rolandica benigna es generalmente una afección benigna, las convulsiones casi siempre se resuelven en la adolescencia y a menudo no se tratan. Esto es especialmente y a menudo no se tratan. Esto es especialmente cierto si las convulsiones son parciales, poco frecuentes, ocurren solo por la noche y el parente y la familia, padres,

FUENTES DE INFORMACION

Chaitanya Amrutkar; Rosario M. Riel-Romero. (2021). Rolandic Epilepsy Seizure.
Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534845/>