

Síndrome de epilepsia del lóbulo temporal mesial

Definición

Es un tipo de epilepsia caracterizado por un cuadro clínico típico y homogéneo (crisis asociadas a fiebre, periodo sintomático por uno o varios años, crisis parciales simples, o complejas farmacorresistentes y una excelente respuesta postquirúrgica).

Historia

Ya en 1888, Jackson sugirió la posibilidad de que la región temporal mesial fuera el origen de un tipo de epilepsia, pero hubo que esperar 100 años para que el síndrome de epilepsia del lóbulo temporal mesial (ELTM) se aceptara como el prototipo de las epilepsias quirúrgicamente curables.

El término de 'epilepsia del lóbulo temporal' (ELT) se estableció tras la lobectomía realizada por Penfield en 1954, y posteriormente fue modificado por Walker en 1967 y Falconer en 1979.

Etiología

El sustrato patológico es usualmente la esclerosis hipocampal, amigdalar o de ambas estructuras, hay pérdida neuronal del área CA1 con disminución significativa de las células de Mossy, con preservación del área CA2.

Anatomía patológica

La esclerosis del hipocampo es el hallazgo histológico que encontramos con más frecuencia en la ELT.

Clínica

La semiología es característica, iniciando generalmente con dolor abdominal, sensación visceral ascendente, náuseas, mareo y temor. Otros síntomas incluyen inmovilidad, alteración de la conciencia, automatismos oroalimentarios o manuales seguidos con frecuencia de eventos motores, debidos probablemente a propagación de la actividad eléctrica hacia áreas frontales o a regiones estriadas subcorticales.

Diagnóstico

La introducción de métodos diagnósticos como el electroencefalograma (EEG), la tomografía axial computarizada craneal (TAC), la resonancia magnética craneal (RM), la tomografía computarizada craneal por emisión de fotón único (SPECT), y la videomagnetoencefalografía (VMEEG), entre otros, han permitido determinar la participación de esta región como generadora de la epilepsia, a pesar de que no se conocen por completo los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.

El EEG muestra descargas de puntas en regiones temporales anteriores o basales, aunque con frecuencia puede ser normal por la profundidad del foco epileptógeno.

La Resonancia Magnética Nuclear evidencia la asimetría en el volumen del área amigdalohipocámpica y el hallazgo de un atrio ventricular dilatado.

Pronóstico

Es intratable entre el 50 y el 70% de los casos.

Tratamiento

La intervención neuroquirúrgica más utilizada es la [amigdalohipocampectomía](#), pero en algunas ocasiones se debe ampliar a la resección temporal funcional de acuerdo a la evaluación prequirúrgica.

Se cuenta con varias técnicas quirúrgicas de acuerdo al área a reseñar.

En la lobectomía temporal anterior del lóbulo temporal no dominante se resecan de 6 a 6,5 cm, y en el lóbulo temporal dominante, de 4 a 4,5 cm de la corteza temporal por debajo del giro temporal medio, así como resección de 1 a 3 cm del hipocampo anterior.

En los casos de focos mesiotemporales, se eliminan solamente las estructuras temporales mesiales, evitando la resección neocortical extensa.

En la [amigdalohipocampectomía](#) realizada por Yasargil, se abre el surco de Silvio y sólo se reseca la amígdala anterolateral, el hipocampo anterior y el giro parahipocámpico.

La cirugía de la epilepsia ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de casos refractarios al tratamiento farmacológico, y se observan resultados alentadores, como la ausencia de crisis en el 38% de los pacientes un año después de la intervención, la disminución de las crisis parciales con pérdida del conocimiento en el 58%, superior a los resultados obtenidos con tratamiento farmacológico, de ausencia de crisis en el 3% y disminución en el 8% en las crisis parciales con pérdida de conciencia, lo que se asocia a una mejor calidad de vida y mayor grado de funcionalidad escolar en los niños y laboral en los adultos.

En un estudio de los resultados de la cirugía de la epilepsia entre 1986 y 1990 en 100 centros de epilepsia mundiales realizado por Engel, éste encuentra que con la lobectomía temporal anterior se obtuvo ausencia de crisis en el 67,9% de los pacientes, mejor control en el 24% y respuesta nula en el 8,1%. Los resultados de la amigdalohipocampectomía fueron similares, con control completo de las crisis en el 68,8% de los casos, mejoría en el 22,3% y control nulo en el 9%.

Se podría concluir que la cirugía de la epilepsia es una opción terapéutica adecuada para la ELTM, pues se pueden obtener tasas de ausencia de crisis tanto en niños como en adultos entre el 67,9% y el 85% de los pacientes, con secuelas inferiores al 2%, todas ellas relacionadas con alteraciones del comportamiento, pérdida de la memoria, alteraciones del lenguaje, déficit visuales del tipo cuadrantanopsias, y alteraciones motoras como hemiparesia. por enfermedad cerebrovascular [32,35,36].

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=sindrome_de_epilepsia_del_lobulo_temporal_mesial

Last update: **2025/05/03 23:59**

