



Cuando la epilepsia asusta. A propósito de un caso de epilepsia del sobresalto tratada mediante estimulación del nervio vago.

Marilina Puente Hernández¹, Xiana Rodríguez Osorio¹, Francisco Javier López González¹, Ariela N. Lagorio¹, Sandra Arnaiz Senderos², Teresa Lema Facal³, Ángel Prieto González⁴
(1) Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. (2) Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Burgos. (3) Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de A Coruña. (4) Servicio de Neurocirugía, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN

La **epilepsia del sobresalto** se caracteriza por la aparición de crisis epilépticas tras estímulos inesperados (auditivos, somatosensoriales o visuales). Es una epilepsia poco frecuente y por lo general asociada a grandes lesiones estructurales del parénquima cerebral, aunque se han descrito algunos casos con exploración neurológica y estudios de imagen normales.

En adultos la epilepsia del sobresalto se relaciona con una activación del **área motora suplementaria**. En pacientes pediátricos, donde este tipo de epilepsia es más frecuente, también se han descrito casos con participación del **lóbulo temporal**.

Los pacientes suelen tener una respuesta pobre al tratamiento farmacológico por lo que muchos de ellos podrían ser candidatos a una valoración prequirúrgica. En casos seleccionados se ha comprobado la eficacia del **estimulador del nervio vago (VNS)** en los pacientes con crisis de sobresalto.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de **65 años**, sin antecedentes de interés, remitido a la Unidad de Epilepsia Refractaria por crisis espontáneas y crisis reflejas a sonidos bruscos. A los 58 años de edad, el paciente había presentado **dos crisis tónico-clónico generalizadas nocturnas** con seis meses de separación entre si. Un año después comenzó con **crisis de hipertonía axial y apendicular** (elevación de miembros superiores e inferiores que recordaban espasmos tónicos) en respuesta a estímulos auditivos bruscos. Las crisis condicionaban caídas repentinas al suelo, con una **frecuencia mayor a 10 episodios diarios**.

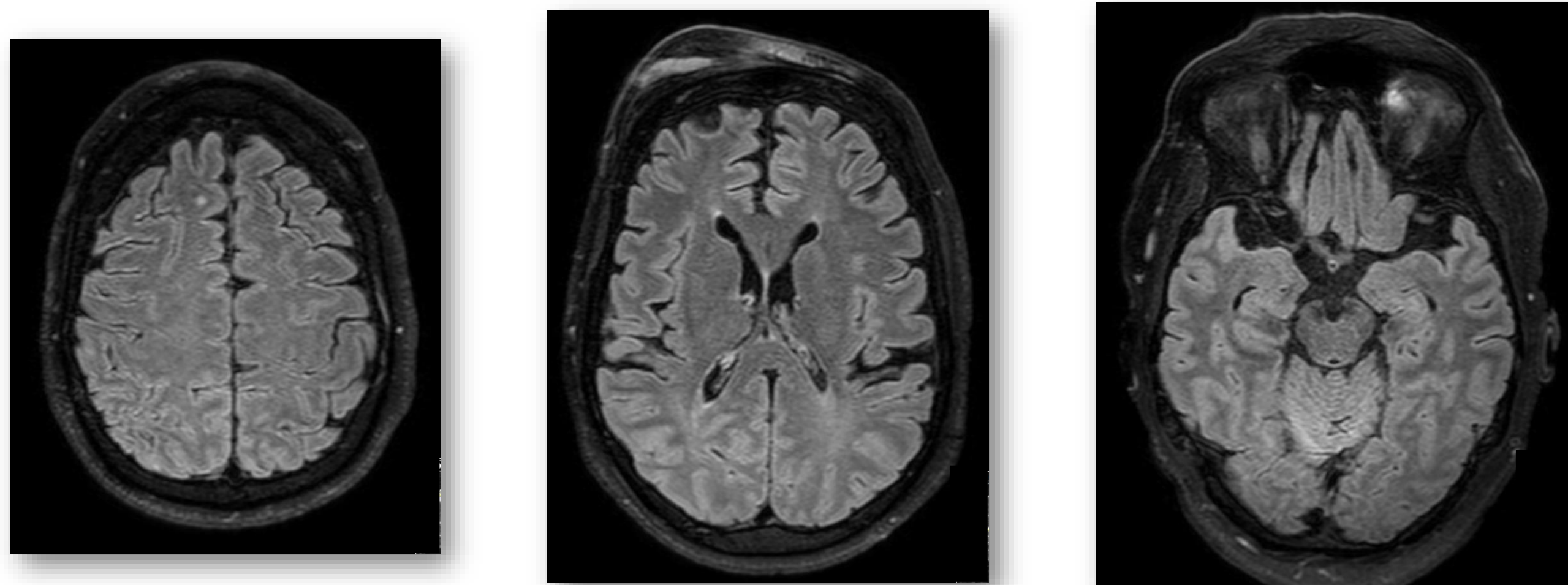
Como consecuencia de dichas caídas, el paciente había sufrido diversas lesiones y fracturas. Además había desarrollado un trastorno depresivo secundario al radical cambio en su vida que supuso la aparición de este tipo de crisis.

La exploración neurológica se encontraba dentro de la normalidad.

Durante los cinco años posteriores se ensayaron diferentes asociaciones de **levetiracetam, pregabalina, lacosamida, zonisamida, eslicarbacepina y perampanel**, sin que se lograra reducir de forma significativa el número de crisis ni mejorar la calidad de vida del paciente.

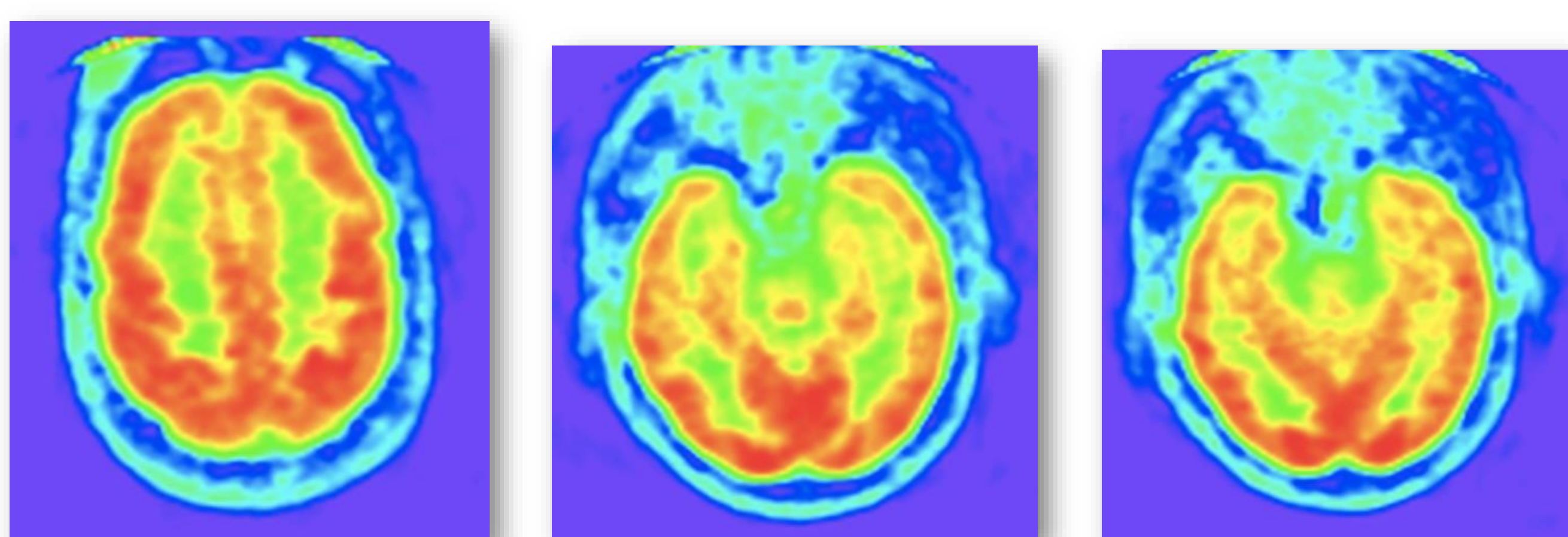
Resonancia magnética encefálica (3 Tesla) - FLAIR

- Pequeños focos de hiperseñal en sustancia blanca cerebral, de probable origen vascular (pequeño vaso). Hipocampos de tamaño, morfología y señal normales.



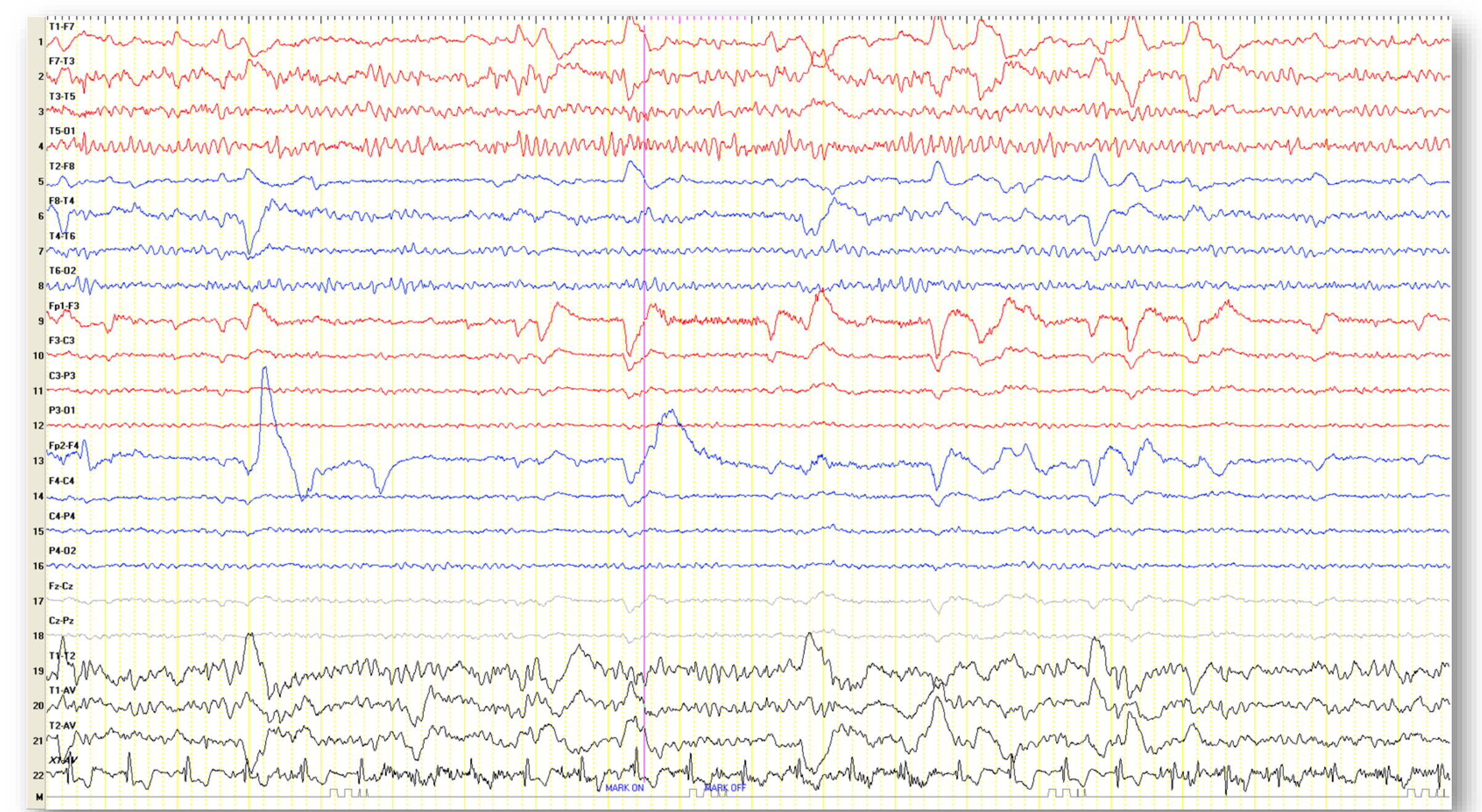
PET-FDG cerebral

- Hipometabolismo en hipocampo y parahipocampo izquierdos
- Ametabolismo frontomesial (relacionado con atrofia)

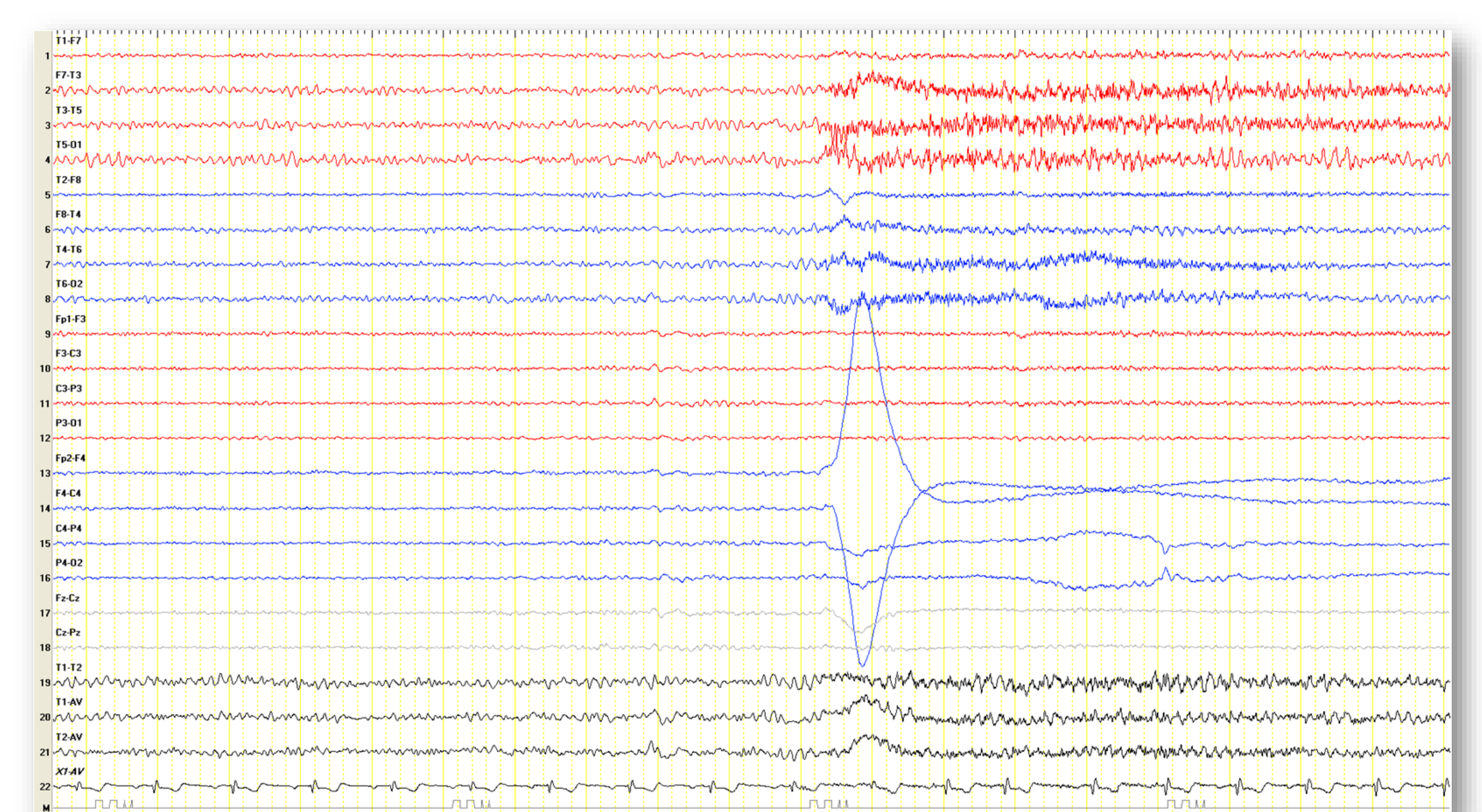


Vídeo EEG

- Intercrítico:** puntas en regiones temporo-occipitales izquierdas.



- Crítico:** desincronización del trazado de fondo, con interferencia por actividad electromiográfica de forma bilateral sobre derivaciones fronto- temporales.



Ante la presencia de una epilepsia no lesional (probable inicio de crisis temporo-occipital izquierdo por vídeoEEG y neuroimagen funcional) y la necesidad de realizar registros invasivos para establecer con fiabilidad el lugar de inicio de las crisis, considerando la edad del paciente, y de acuerdo con él, se decidió la **implantación de un VNS**.

RESULTADOS

Se objetivó una disminución tanto del número como de intensidad de las crisis. Cuatro meses después de la cirugía, aun estando en proceso de ajuste de los parámetros de estimulación (actualmente a **1 mA de intensidad**), se ha conseguido una frecuencia de **5 crisis diarias, con posibles caídas sólo en 2-3 de ellas**.

También ha mejorado anímicamente y únicamente refiere una ligera disfonía como efecto adverso.

CONCLUSIONES

El VNS ha resultado eficaz en nuestro paciente y en otros casos de la literatura. Es fundamental poder identificar perfiles de pacientes respondedores al VNS, y podría ser especialmente útil en la epilepsia del sobresalto.

BIBLIOGRAFÍA

- Moseley BD, Shin C. Adult onset startle epilepsy. BMJ Case Reports. 2011. Oct 26 2011.
- Miró J, Jaraba S, Mora J, Puig O, Castañer S, Rodríguez-Bel L et al. Vagus nerve stimulation therapy is effective and safe for startle-induced seizures. J Neurol Sci. 2015 Jul 15;354(1-2):124-6.
- Job AS, De Palma L, Principe A, Hoffmann D, Minotti L, Chabardes S et al. The pivotal role of the supplementary motor area in startle epilepsy as demonstrated by SEEG epileptogenicity maps. Epilepsia. 2014 Aug;55(8):e85-8.
- Fernandez S, Donaire A, Maestro I, Seres E, Setoain X, Bargallo N et al. Functional neuroimaging in startle epilepsy: Involvement of a mesial frontoparietal network. Epilepsia. 2011 Sep;52(9):1725-32.
- Cukiert A, Mariani PP, Burattini JA, Cukiert CM, Forster C, Baise C et al. Vagus nerve stimulation might have a unique effect in reflex eating seizures. Epilepsia. 2010 Feb;51(2):301-3.