



CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
NEUROCIURUGÍA | **SENEC**



[http: www.senec.es/](http://www.senec.es/)
E-mail: secretaria@senec.es

¿Qué pacientes epilépticos ingresan en la Unidad de Epilepsia?

En general, los pacientes con epilepsia que no se controla adecuadamente con las medicaciones habituales y que tienen un número y una variedad de crisis epilépticas que les limitan su vida cotidiana.

¿Quiénes constituyen la Unidad de Cirugía de la Epilepsia?

Los pacientes son seleccionados y valorados conjuntamente por el equipo de la Unidad Cirugía de Epilepsia constituido por:

- **Neurólogo:** maneja inicialmente al paciente y prescribe el tratamiento médico con diferentes fármacos.
- **Neurofisiólogo:** realiza los registros de electroencefalogramas (EEG) para confirmar el diagnóstico de epilepsia.
- **Neurorradiólogo:** realiza las pruebas de imagen necesarias, fundamentalmente la Resonancia Magnética.
- **Psicólogo:** valora las características de personalidad, inteligencia y memoria tanto antes como después de la cirugía.
- **Neurocirujano:** a partir de la información aportada por los estudios previos se encarga, en primer lugar, de realizar las pruebas necesarias para confirmar si su epilepsia es susceptible de tratamiento quirúrgico. En caso de ser así, el neurocirujano será el encargado de realizar la operación.

¿Cuáles son las pruebas para valorar si un paciente es candidato a la cirugía de la Epilepsia?

1. **Video-EEG:** son registros similares a los que ha tenido previamente, siendo necesario realizar registros de sueño y de vigilia.
2. **Electrodos esfenoidales:** agujas muy finas, que se ponen en la habitación del paciente, bajo anestesia local, una a cada lado, y que se colocan por delante de las orejas. Mientras se usan, se puede suspender el tratamiento médico para provocar crisis y se mantienen hasta que éstas aparezcan.
3. **Electrodos subdurales:** son electrodos más gruesos que se colocan dentro del cráneo en quirófano en las zonas en que se sospeche que esté el foco de las crisis epilépticas. Se mantienen hasta que sea necesario.
4. **Test de Wada:** se realiza sólo en algunos casos para asegurarse de que la extirpación del foco epiléptico no va a provocar daños en la memoria o en el lenguaje del paciente.

Cuando estos estudios indican que hay un foco que puede extirparse, sin provocar lesiones secundarias, se decide la cirugía.

¿Qué es el Consentimiento Informado?

Antes de realizar ninguna intervención quirúrgica, le será requerido firmar un impreso de "Consentimiento Informado" donde autoriza al equipo de Neurocirugía a realizar la intervención especificada, y en el que asume las complicaciones que en él se detallan. Se trata de una medida de obligado cumplimiento desde el punto de vista legal, ante cualquier acto médico.

¿En qué consiste la cirugía de la Epilepsia?

El paciente se interviene mediante la ayuda de un ordenador para localizar el foco epiléptico.

En la operación participa todo el equipo de la Unidad de Epilepsia. Durante la operación se realizarán registros EEG antes y después de extirpar el foco epiléptico. Cuando se normalicen suficientemente estos registros se concluye la cirugía.

¿Existen riesgos en los diferentes estudios diagnósticos y en la cirugía de la epilepsia?

El más habitual es la aparición de **crisis frecuentes**, provocadas o inducidas por la falta de medicación, con idea de mejorar las posibilidades de encontrar el verdadero foco epiléptico.

Las complicaciones más comunes de esta cirugía son las infecciones de la zona donde se ponen los electrodos (superficial o profunda). Otros riesgos menos frecuentes, pero descritos en los Centros de Cirugía de la Epilepsia son: lesión nerviosa (desde leve a severa) y hemorragia.

La Sociedad Española de Neurocirugía ha editado la mayoría de las complicaciones posibles, aunqueafortunadamente no siempre probables.

¿Cuál es el manejo postoperatorio?

Después de la operación, el paciente pasará un mínimo de 24 horas en Reanimación. Posteriormente será controlado en la planta de Neurocirugía. Se realiza una Resonancia Magnética postoperatoria. En general, a la semana de la intervención se retiran las suturas y se da el alta hospitalaria. El control posterior será en Consultas Externas de Neurología y de Neurocirugía. Es posible la aparición de alguna crisis epiléptica después de la intervención.