



NEUROEJE

ORGANO OFICIAL DE LA
ASOCIACION COSTARRICENSE DE CIENCIAS NEUROLOGICAS
APARTADO: 280 - CENTRO COLON



DIRECTOR:
DR. ALVARO FERNANDEZ SALAS

CONSEJO EDITORIAL:
DR. CARLOS ALBERTO LEON BARTH
DR. CARLOS CABEZAS CAMPODONICO
DRA. OLGA VILLALTA CALDERON
DR. HUMBERTO SALAS G.
DR. EDUARDO GUEVARA CORONADO

EDITORIAL

Con profunda satisfacción presentamos el primer número de Neuroeje, publicación que viene a cristalizar los sueños de Neurólogos y Neurocirujanos, empeñados en garantizar un más efectivo medio de comunicación científica y gremial entre los miembros de la Asociación Costarricense de Ciencias Neurológicas, así como entre ésta y otras organizaciones afines. El modesto paso que hoy damos de ninguna manera satisface todas nuestras aspiraciones; significa el inicio de un largo camino de perfeccionamiento y ampliación del espectro que idealmente debería tener una publicación de esta naturaleza. El formato que hemos escogido incluye una sección editorial, otra de revisión de temas, artículos originales, resúmenes bibliográficos y noticias de interés para los miembros de la Asociación. El consejo editorial permanecerá atento a las recomendaciones de cambio que tiendan a modificar aquello que la experiencia demuestre deba mejorarse, en un afán de superación permanente.

Hemos querido destacar en esta ocasión la trascendencia de la tomografía axial computarizada, como uno de los avances más importantes en materia de diagnóstico, desde el descubrimiento mismo de los Rayos X. El esfuerzo que ha realizado el país al adquirir equipos modernos que le permiten mantenerse al día en los avances de diagnóstico por técnicas no invasivas, será retribuido con creces cuando sea evidente la disminución de períodos de internamiento, la dramática caída en la morbilidad y mortalidad, así como la extraordinaria precisión en la localización de patologías que otrora pasaban desapercibidas o se detectaban tardíamente, a un alto costo económico y humano. Con este propósito solicitamos a los encargados de los respectivos servicios, presentar sus primeras experiencias que orgullosamente publicamos y que hablan por sí mismas. Para garantizar el éxito futuro de este esfuerzo, necesitamos del entusiasmo y cooperación de todos los colegas que, con sus contribuciones de material científico, alimenten esta revista. Seguros estamos de contar con su apoyo permanente.

Dr. Alvaro Fernández Salas

EXPERIENCIA DEL PRIMER AÑO DE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA EN EL HOSPITAL MEXICO

Dra. Grace Curling R., Dr. Jaime Fernández C.
Departamento de Radiología.

RESUMEN:

Se analiza el trabajo realizado en el primer año de la Tomografía Axial Computada del Hospital México. En este lapso se efectuaron 1,572 estudios de cabeza: 1,092 del Hospital México (69 %) y 480 del Hospital Calderón Guardia (31 %). Las edades fluctuaron entre 2 meses y 95 años. La distribución por sexo fue de un 60 % en hombres y un 40 % en mujeres. Entre la patología más frecuente consignada están las atrofias con un 15 % para el Hospital México y un 15,20 % para el Hospital Calderón Guardia, el trauma encefalocraneano con un 10,53 % para el Hospital México y un 4,58 % para el Hospital Calderón Guardia y tumores con un 7,96 % para el Hospital México y un 9,78 % para el Hospital Calderón Guardia. Un 60 % de los estudios se efectuaron en pacientes ambulatorios de la Consulta Externa. La morbimortalidad del procedimiento fue nula.

INTRODUCCION:

El desarrollo de la Tomografía Axial Computada (T.A.C.) por Hounsfield y su introducción en la Clínica por Ambrose, ha tenido un efecto profundo en la práctica de las ciencias neurológicas. Este procedimiento es dentro de la radiología, tan sólo comparable con el descubrimiento de los Rayos X.

El trabajo de Hounsfield, físico inglés, se basó en parte en principios desarrollados por Eldendorf, radiólogo americano, quien en 1961 no pudo desarrollar sus teorías debido a las limitaciones en el campo de la computación. Hounsfield combinó la tecnología de la computación moderna con otros nuevos inventos e hizo posible la construcción en 1972, de la primera unidad de la casa E.M.I. (Inglaterra). Mientras que los primeros equipos

se limitaron a investigaciones de cabeza en cortes axiales, dos años más tarde los nuevos equipos permitían el estudio de cualquier segmento del cuerpo en cortes axiales y coronales.

Cormack, físico sudafricano, en forma independiente, desarrolló un procedimiento similar al de Hounsfield y en 1979 ambos científicos compartieron el Premio Nobel de Fisiología y Medicina por sus trabajos.

Este método se basa en el análisis matemático de la absorción de los Rayos X, procedente desde diferentes ángulos, al atravesar los tejidos. Con el concurso de una computadora se logra la reproducción de un corte axial, que permite la diferenciación cuantitativa de los tejidos a un grado imposible de alcanzar por métodos radiológicos convencionales. La T.A.C. es 100 veces más sensible que la radiología convencional, lo que conlleva una menor dosis de radiación. En el caso de un estudio completo de cabeza correspondería a 1/3 de la dosis que se recibe durante una placa lateral de cráneo. Además de esta ventaja, es un procedimiento no invasivo con escasa morbilidad asociada.

En este informe preliminar se analiza el trabajo realizado durante el primer año de funcionamiento de la T.A.C. del Hospital México, del 12 de octubre de 1981 hasta el 11 de octubre de 1982.

MATERIAL Y METODO:

Los estudios se realizaron con un tomógrafo de tercera generación, GT-T 7800, de la casa General Electric. Se efectuaron cortes axiales y coronales de 10, 5 y 1,5 mm. de grosor de acuerdo a la patología en estudio. Los medios de contraste usados fueron Conray 60 e Hipaque 75, en infusión, a una dosis de 1gr/Kgr de peso.

Los pacientes fueron referidos de los hospitales Calderón Guardia (H.C.G.) y del (H.M.) con sus respectivas áreas de atracción.

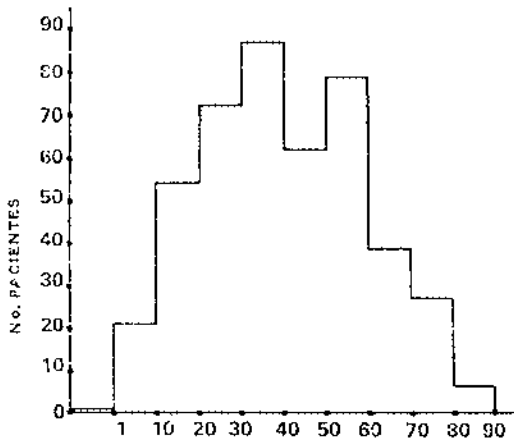
RESULTADOS Y DISCUSION:

Se realizaron 1,572 estudios de la cabeza y 281 del cuerpo. Se analizan en esta oportunidad únicamente los estudios de

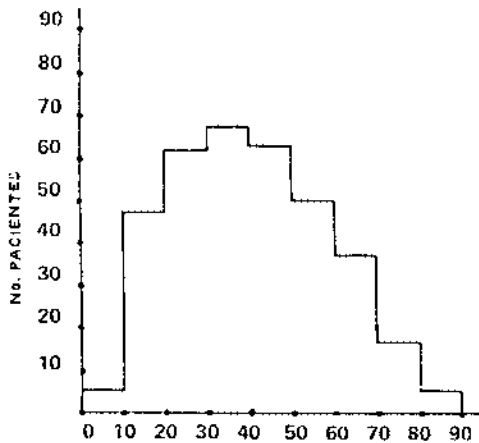
cabeza y columna, correspondiendo 1.092 al H.M. para un 69 % y 480 al H.C.G. para un 31 % .

Las edades fluctuaron entre 2 meses y 96 años, como puede verse en las gráficas 1 y 2.

HOSPITAL MEXICO
GRAFICA No. 1



HOSPITAL CALDERON GUARDIA
GRAFICA No. 2



En esta gráfica no se incluye los pacientes indocumentados ni aquellos cuyo número de asegurado es alfabético.

Los Hospitales a los cuales damos servicios son predominantemente de adultos y de allí el escaso número de pacientes menores de 10 años.

El desglose por patología de ambos hospitales puede verse en los cuadros 1 y 2.

HOSPITAL MEXICO
CUADRO No. 1

PERIODO : 12 10-81 al 11-10-82

DIAGNOSTICO	No. PTES.	PORC.
NORMAL	290	26.5
ATROFIA	170	15.5
TRAUMA	115	10.53
RECIDIV	15	1.37
TUMOR	70	6.41
CRANEO	2	0.18
SENOS PARA	62	5.67
HIDROCEFALIA	58	5.31
INFARTO A.V.C.	15	1.37
COLUMNA	9	0.82
** H.S.A.	5	0.45
ABSCESO	3	0.27
PATOLOGIA NO CODIFICADA	39	3.57
MISCELANEOS	19	1.73
* M.A.V.	32	2.93
CALCIFICACIONES	21	1.92
SILLA	91	8.33
NORMALES	21	1.92
ANORMAL	2	0.18
METASTASIS	6	0.54
ORBITAS	1	0.09
NORMALES	3	0.27
PATOLOGICAS	41	3.75
METRIZAMIDA	3	0.27
QUISTES PORENCEFALICOS	4	0.36
HIGROMAS	41	3.75
DOBLES LESIONES	3	0.27
TRIPLES LESIONES	53	4.85
2 ESTUDIOS	11	1
PACIENTES CON	2	0.18
3 ESTUDIOS		
4 ESTUDIOS		
TOTAL	1,092	

*M.A.V. Malformación arteriovenosa

** H. S.A. Hemorragia subaracnoidea

HOSPITAL CALDERON GUARDIA
CUADRO No. 2

DIAGNOSTICO	No. PTES.	PORC.
NORMAL	172	35.8 %
ATROFIA	73	15.20
TRAUMA	22	4.58
RECIDIVA	3	0.62
TUMOR	44	9.16
CRANEO	0	0
SENOS	21	4.37
HIDROCEFALIA	27	5.62
INFARTOS (A.V.C.)	0	0
COLUMNA	2	0.41
H.S.A.	2	0.41
ABSCESO	20	4.16
PATOLOGIA NO CODIFICADA	24	5
MISCELANEOS	4	0.83
M.A.V.	22	4.58
CALCIFICACIONES	6	1.25
SILLA	25	5.20
NORMALES	1	0.20
PATOLOGICAS	3	0.62
METASTASIS	6	1.25
ORBITAS	0	0
NORMALES	14	2.91
PATOLOGICAS	0	0
METRIZAMIDA	18	3.75
DOBLES LESIONES	2	0.41
TRIPLES LESIONES	1	0.20
2 ESTUDIOS		
PACIENTES		
3 ESTUDIOS		
4 ESTUDIOS		
TOTAL	480	

El porcentaje de estudios normales fue de 26.5 % para el Hospital México y 35.8 % para el Hospital Calderón Guardia. Estos porcentajes hacen ver que en un número importante de pacientes no fue necesario efectuar procedimientos invasivos que llevan morbilidad asociada, para verificar la ausencia de patología intracraneana importante. Sin embargo, debemos enfatizar dado el alto costo de este estudio, la necesidad de tratar de disminuir el porcentaje mediante una valoración clínica preliminar.

Las atrofas correspondieron en un 15.5% al Hospital México y un 15.20% al Hospital Calderón Guardia. Este grupo comprende tanto los pacientes cuya sospecha diagnóstica fue de atrofia, así como aquellos en los cuales ésta fue un hallazgo casual. Debe señalarse que un buen número de estos pacientes procedieron del Hospital Nacional Psiquiátrico.

El trauma tuvo un porcentaje de 10.53 % para el Hospital México y de 4.58% para Hospital Calderón Guardia. La diferencia que existe entre ambos hospitales es explicable si consideramos que debido a la distancia que existe entre nuestro centro y el Hospital Calderón Guardia, algunos de los pacientes debido a su estado de gravedad no pudieron ser trasladados.

Los tumores se dividieron en tres categorías: A: primarios cuyo diagnóstico se hizo por medio del T.A.C., B: tratados en los cuales se investiga recidiva. C: Los que desarrollan en senos paranasales. Los porcentajes fueron los siguientes: en el Hospital México 6.41 % para lesiones primarias no tratadas, 1.37% recidivas y 0.18 % para tumores de senos paranasales. En el Hospital Calderón Guardia la patología tumoral se dividió en 9.16 % para la primera categoría y 0.62 % para las recidivas.

En los estudios realizados por patología a nivel silla turca en el Hospital México corresponde a un 1.92 % anormales y 8.33% patológicos en tanto que para el Hospital Calderón Guardia 1.25%normales y 5.20% patológicos.

Hidrocefalia: 5.67% para el Hospital México y 4.37% para el Hospital Calderón Guardia. Aquí se incluyeron tanto hidrocefalias tumorales como no tumorales, tratando de no incluir aquí dilataciones ventriculares relacionadas con atrofia subcortical.

A.V.C. Los casos aquí incluidos comprenden aquellos pacientes con infartos cerebrales recientes y aquellos en los cuales esto fue un hallazgo casual. Se agru-

pan aquí también aquellos con hemorragias cerebrales de tipo hipertensivo. Los porcentajes fueron de 5.31 % y 5.62 % para los hospitales México y Calderón Guardia respectivamente.

En estudios de columna obtuvimos tan sólo un 1.37 %. Cabe aclarar que hasta el momento no hemos podido obtener una buena resolución del equipo para una mejor evaluación de la médula. Sobre todo en la región cervical.

Los casos de H.S.A. ocuparon 0.82 % para el Hospital México y 0.41 % para el Hospital Calderón Guardia. El bajo porcentaje de hallazgos patológicos obedece a que gran número de estos pacientes, presentaron una T.A.C. normal y fueron incluidos en ese grupo. Se incluyeron solamente los pacientes que por lo precoz del examen tenían sangre en el espacio subaracnoideo, complicación del cuadro (hematomas intraparenquimatosos o sangre intraventricular), y aneurismas grandes.

Abscesos: 0.45% para el Hospital México y 0.41 % para el Hospital Calderón Guardia. Con este rubro se incluyeron tanto los abscesos bien constituidos como otros casos de infección intracraneana (cerebritis, meningitis).

En patología no codificada, hubo 3 pacientes (0.27 %) del Hospital México y 20 pacientes (4.16 %) del Hospital Calderón Guardia. Corresponden en su mayoría a traumatizados que fue necesario intervenir de emergencia y algunos casos de tumor cerebral que mostraban signos de hipertensión intracraneana y marcado desplazamiento de la línea media operados de inmediato.

Misceláneos: Ocupó un 3.57 % para el Hospital México y un 5 % para el Hospital Calderón Guardia. Se incluyen aquí pacientes con variantes anatómicas (cavum septum pelúcidum), pseudo tumor cerebral y algunos casos cuyo diagnóstico no fue claro hasta el momento de esta revisión.

En términos aproximados el 40 % de los estudios fueron realizados en pacientes intrahospitalarios, en su mayoría traumatizados o con signos clínicos de hipertensión intracraneana y el otro 60 % a pacientes de la Consulta Externa.

Un 60 % correspondió al sexo masculino y el 40 % al sexo femenino.

CONCLUSIONES:

La T.A.C. ha sido un método de gran ayuda en el diagnóstico de los cuadros

neuroológicos, no sólo porque permite un diagnóstico precoz, sino porque no encierra en sí morbilidad asociada.

Un 69 % de los estudios realizados se efectuaron en pacientes del Hospital México y un 31 % en pacientes del Hospital Calderón Guardia.

Los porcentajes de estudios normales (26.5 % para el Hospital México y de un 35.8 % para el Hospital Calderón Guardia) nos demuestra que con este método se evitó a un número considerable de pacientes el ser sometidos a otros procedimientos neuroradiológicos de tipo invasivo.

Un buen porcentaje de los casos de atrofia procedieron del Hospital Nacional Psiquiátrico, lo que guarda relación con el tipo de pacientes que se manejan en esta Institución, debido a que el valor económico de este procedimiento es elevado, debe tratar de hacerse una buena selección de los pacientes.

Revisión de temas:

DISQUINESIA TARDIA

Resumen de la sesión clínica de la Asociación Costarricense de Ciencias Neurológicas, presentada en el Hospital Nac. Psiquiátrico, Dic. 1982

Dr. Alvaro Fernández S.

Por muchos años han sido bien conocidos los efectos secundarios extrapiramidales que ocurren en pacientes susceptibles, sometidos a tratamiento con drogas neurolépticas (antipsicóticos). Entre éstos, más comúnmente se citan las distonías agudas, la acatisia y el parkinsonismo. La primera de estas complicaciones ha sido siempre considerada como evidencia de hipersensibilidad al fármaco, por tanto no relacionada a la dosis, y predominando en pacientes jóvenes. La acatisia y el parkinsonismo por el contrario, son más comunes en grupos de mayor edad y tienen correlación con la dosis y el tiempo de administración de la droga.

En el último decenio se ha puesto énfasis en un nuevo síndrome de características clínicas bien definidas y que ha recibido diferentes denominaciones: insuficiencia extrapiramidal terminal, síndrome orofacial, síndrome buco-linguomasticatorio, disquinesia persistente y disquinesia compleja, adoptándose finalmente el nombre genérico de disquinesia tardía.

Desde el punto de vista clínico este trastorno del movimiento predomina en músculos linguales, faciales y masticatorios, pero puede incluir en casos más severos, grupos musculares de los 4 miembros en la forma de actividad coreo-atetóica generalizada y a veces severa. La gran mayoría de casos permanecen circunscritos a la región oro-facial.

Cualquier neuroléptico es capaz de producir la disquinesia y es muy probable que los tratamientos prolongados expongan más al paciente. Otro hecho bien conocido es el que enfermos de edad avanzada y particularmente del sexo femenino o con lesión cerebral de diversa etiología, representan un riesgo mayor.

Muchas teorías se han esbozado con respecto al síndrome disquinético. Se supone que el bloqueo de receptores dopamínicos ejercido por los neurolépticos puede provocar un importante grado de hipersensibilidad en aquéllos, desencadenando el cuadro ante la acción de cantidades normales de Dopamina. Esta hipótesis estaría de acuerdo con el hecho observado frecuentemente del desencadenamiento del cuadro clínico, cuando se suspende o reduce significativamente la dosis del antipsicótico. También se ha postulado un mecanismo de hiperproducción de dopamina como respuesta al bloqueo de los receptores. Lo cierto es que una vez desencadenado, el trastorno motor persiste por meses, años o bien se hace permanente.

De acuerdo con las teorías anteriormente expuestas y con la observación clínica, el tratamiento se ha orientado a la administración de fármacos que produzcan depleción de Dopamina (Reserpina) o bloqueen efectivamente su acción sobre los receptores correspondientes (Haloperidol). Ambos fármacos tienden a producir parkinsonismo dependiendo de la dosis, tiempo de administración y sensibilidad particular del enfermo. Se han experimentado además la colina por vía oral, como precursor de la acetilcolina, y la oxiperomida, un fármaco empleado para el control de la coreo-atectosis en pacientes parkinsonianos bajo tratamiento del L-Dopa. En nuestra corta experiencia en el Hospital Nacional Psiquiátrico hemos encontrado de la mayor efectividad al tratamiento con Haloperidol, en dosis individualizadas. Generalmente lo empleamos en gotas, aumentando progresivamente hasta el control de los movimientos, pasando a tabletas si la dosis es lo suficientemente alta. En casos muy severos de coreoatectosis generalizada y violenta,

hemos recurrido a la vía parenteral, con el objeto de impregnar al paciente en forma rápida continuando luego la administración oral. La dosis óptima que controle la actividad disquinética debe mantenerse por varias semanas, iniciando luego una lenta y paulatina reducción observando la reaparición de movimientos anormales. El ideal que se persigue es mantener al paciente libre de movimientos, con la dosis más baja posible y con el mínimo de efecto parkinsoniano.

Es evidente que a pesar de la severidad y persistencia de los cuadros de disquinesia tardía, el Psiquiatra tendrá que seguir usando las drogas neurolépticas simplemente porque tiene que escoger "entre dos males". Cabe sin embargo llamar la atención sobre la importancia clínica de estas complicaciones, por el uso a veces indiscriminado de antipsicóticos en pacientes que quizá podrían manejarse con otro tipo de psicofármacos, sin este riesgo potencial. En todo caso el uso cuidadoso de fármacos antipsicóticos, particularmente en pacientes añosos y especialmente en mujeres, así como la observación metódica de aparición de los primeros movimientos linguales para intentar reducir o suspender el tratamiento, pueden conducir a una significativa reducción de los casos de disquinesia tardía.

REFERENCIAS:

- 1.- Neurological syndromes associated with antipsychotic drug use-A special report.
Arch Gen. Psychiatry. 1973. 28: 467.
- 2.- Tardive dyskinesia-Prevalence and risk factors.
Kane, J.M.; Smith, J.M. Arch Gen. Psychiatry. 1982;39:473 - 481
- 3.- Oral Choline Administration to patients with tardive dyskinesia-Growdon, J.M.; Hirsch, M.J.; Wiener, W. The New Engl Journal of Medic. 1977, 297: 524-527.
- 4.- Oxiperomide in tardive dyskinesia - Casey D.E. and Gerlach, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1980, 43: 264-267.
- 5.- Tardive dyskinesia: Review and update.
Kalawans M.L., Goetz C.G., Perlik S. Am. J. Psychiatry 1980, 137:900-908.
- 6.- Tardive dyskinesia and Dementia.
Famuyiwa O.O., Eccleston D., Donaldson A.A., Garside R.F., Frit J. Psychiatry 1979, 135:500-504

RESUMENES BIBLIOGRAFICOS

GUIAS PARA LA DETERMINACION DE MUERTE

Informe de los consultores médicos sobre el diagnóstico de muerte, a la Comisión Presidencial para el estudio de problemas éticos en investigación médica, Biomédica y del Comportamiento.
Neurology, 1982. 32:395-399.
Reproducido de JAMA, 1981. 246: 2184-2186

El advenimiento de soporte cardio-respiratorio para personas con severas lesiones cerebrales ha creado en décadas pasadas alguna confusión con respecto a la determinación de la muerte.

Hoy se reconoce como muerto, a un individuo cuya pérdida de función cerebral es completa e irreversible. Para determinar esta condición se requieren criterios neurológicos confiables.

CRITERIO PARA DETERMINACION DE MUERTE

A.- Un individuo con cesación irreversible de funciones respiratorias y circulatorias, está muerto.

1.- La cesación se reconoce por examen clínico apropiado.

2.- La irreversibilidad es determinada por la cesación persistente de funciones durante un período apropiado de observación y/o prueba terapéutica.

B.- Un individuo con cesación irreversible de todas las funciones cerebrales, incluyendo las del tallo cerebral, está muerto.

1.- La cesación se reconoce cuando la evaluación descubre los hallazgos de a y b:

a. Funciones cerebrales ausentes (coma profundo o ausencia total de respuesta; pueden requerirse E.E.G. y estudios de flujo cerebral) y

b. Funciones de tallo cerebral ausentes (reflejo pupilar a la luz, corneal, óculo cefálico, óculo-vestibular, orofaríngeo y respiratorio o apnea).

Alguna actividad del sistema nervioso periférico y reflejos de nivel espinal pueden persistir después

de la muerte por el contrario, posturas de decorticación, decerebración o convulsiones, son incongruentes con el diagnóstico de muerte.

2.- La irreversibilidad se reconoce cuando la evaluación descubre los hallazgos de a, b y c:

a. La causa del coma está establecida y es suficiente para responder por la pérdida de funciones cerebrales, y

b. La posibilidad de recuperar cualquier función cerebral está excluida (las condiciones reversibles más importantes son hipotermia, sedación, bloqueo-neuromuscular y shock), y

c. La cesación de todas las funciones cerebrales persiste por un período apropiado de observación y/o prueba terapéutica (6 horas cuando se puede confirmar con E.E.G. y 12 horas en ausencia de este último).

CONDICIONES COMPLICANTES:

A.- Intoxicación por drogas y metabólica - Intoxicación por drogas es el problema más serio en la determinación de muerte, especialmente cuando es múltiple. Investigación tóxico-lógica es mandatoria.

B.- Hipotermia. No hay criterios para reconocimiento confiable de muerte en presencia de hipotermia. Aunque no es causa común de dificultad diagnóstica, en caso de duda el único medio para resolverla es la restauración de la normotermia.

C.- Niños: El cerebro infantil tiene mayor resistencia al daño, comparado con el adulto. Se debe ser cauteloso en aplicar criterios neurológicos en niños menores de 5 años.

D.- Shock: Debe cuidarse la aplicación de criterios neurológicos en pacientes en shock, porque la reducción en circulación cerebral pueden hacer poco confiables el examen clínico y las pruebas de laboratorio.

Resumió:

Dr. Alvaro Fernández Salas

CRISIS PARCIALES COMPLEJAS EN CIRCUITO CERRADO DE TELEVISION Y EEG:

ESTUDIO DE 691 ATAQUES EN 79 PACIENTES

Delgado Escueta AV/ Enrille Bacsal F./ Treiman DM./VA Southwest Reg. Epilepsy Cent. VA. Wadsworth Med. Cent. Los Angeles CA 90073, USA-ANN. Neurol. 1982, 11/3 (292-300).

Los automatismos de 691 crisis parciales complejas en 79 pacientes, se estudiaron en circuito cerrado de televisión y por E.E.G. Automatismos perseverantes simples estereotipados, como movimientos de masticación, deglución y coger las ropas o sábanas, seguidos de una etapa de visión estable sin movimientos y ausencia, se clasificaron como ataques tipo 1. Automatismos ambulatorios, movimientos perseverantes bilaterales de extremidades superiores e inferiores y movimientos adversivos tónicos de la cabeza y los ojos (o ambos), caracterizó los ataques tipo 2, en los cuales la visión fija sin movimientos no se observó. Los ataques tipo 3 empezaron con una caída seguida de confusión, amnesia y recuperación gradual posterior. En algunas crisis tipo 2 y 3 se sospechó inicio en áreas fuera del lóbulo temporal, mientras los ataques tipo 1 fueron considerados como originarios del lóbulo temporal. Estudios posteriores, usando circuito cerrado de televisión y electrodos profundos, son necesarios para verificar las sospechas de los autores.

Resumió:

Dr. Carlos A. León B.

CLINICA DE CRISIS CONVULSIVAS IN SITU

IMPACTO SOBRE EL BIENESTAR DE PACIENTES RETRASADOS MENTALES INSTITUCIONALIZADOS

Wilkinson, I. A.; Murphy, J.V.; Georgeson, R.; D' Souza, B.J. Arch of Neurol. 1982 - 39:41-43.

De acuerdo con la "Comisión para el control de Epilepsia y sus consecuencias", las deficiencias más severas en el tratamiento de pacientes con Epilepsia

existen en las instituciones para retardados y enfermos mentales. Las crisis recurrentes son un problema en esta población y contribuyen de manera significativa a la morbilidad y a los problemas de manejo. Pacientes difíciles frecuentemente reciben anticonvulsivos, cuyos efectos secundarios contribuyen a la letargia y a dificultades motoras. El uso juicioso de anticonvulsivos modernos, así como niveles séricos periódicos, a menudo reducen la frecuencia de las crisis y disminuyen los efectos secundarios indeseables. En 1977 se estableció una clínica para control de pacientes epilépticos en un hospital para retrasados mentales de Wisconsin. El objetivo fundamental de la clínica y del programa educacional colateral, fue el de mejorar la capacidad de los pacientes para funcionar independientemente a través de un mejor control de las crisis, eliminación de drogas innecesarias y disminución de los efectos colaterales de los anticonvulsivos.

Dos años después los resultados fueron aparentes con:

- 1.- Reducción en la práctica de polifarmacia anticonvulsiva.
- 2.- Reducción en la frecuencia diaria de administración de anticonvulsivos.
- 3.- Un mayor número de drogas cuyas concentraciones séricas fueron apropiadas.
- 4.- Reducción en el uso de drogas sicotrópicas.
- 5.- Ganancia en peso.
- 6.- Disminución de lesiones traumáticas.
- 7.- Aumento en el costo de las drogas, probablemente como consecuencia del uso de medicamentos más modernos.

No se hace referencia a la relación costo-beneficio de la clínica, pero la mejora en forma de vida de los pacientes es una justificación para el establecimiento del programa.

Resumió:

Dr. Alvaro Fernández Salas

MICRONEUROCIROLOGIA PARA ANEURISMAS DE LA ARTERIA BASILAR

Kenichiro Sugita M.D. et al Dpt. Neurosurg., Shinshu Univ, Nagaya, Japón
Fuente: J. Neurosurg 51: 615 - 620, 1979.

RESUMEN:

Reporte de 32 casos de aneurismas de arteria basilar operados, con buenos resultados en 28 casos, aceptables en un caso y malos en otro. Hubo 2 muertes.

29 pacientes pudieron regresar a su vida normal. La técnica quirúrgica incluye:

- 1.- Ruta de abordaje transilviana.
- 2.- Retracción de la porción M1 de la arteria cerebral media en sentido medial.
- 3.- Abordaje del aneurisma a través y entre las ramas perforantes de la arteria cerebral posterior en casos de bifurcación basilar alta y de las perforantes de la comunicante posterior.

En lo referente a mejorías instrumentales, se utilizó retractores de cerebro acintados (ahusados), un soporte cefálico multiuso y clips en bayoneta que fueron muy útiles. Los aneurismas se localizaron:

- uno en el tronco de la basilar.
 - siete en la unión con la cerebelosa superior.
 - uno en la art. cerebelosa superior, distal.
- 21 en la bifurcación basilar.
- 2 en P1 de la art. cerebral posterior.

Los grados de Botterell preoperatorios fueron:

- 17 - grado 1
- 9 - grado 2
- 6 - grado 3
- 2 - sin hemorragia subaracnoidea

En todos los casos se utilizó el microscopio, bajo anestesia general y con hipotensión hasta de un 65% de la T.A. sistólica preoperatoria, con duración de no más de 10 minutos, inducida con trimetafan en el momento de la ligadura en 22 casos.

La incisión de piel y el colgajo óseo son semejantes a las utilizadas en cirugía de

aneurismas del círculo anterior. Se disecciona la fisura de Silvio hasta exponer suficientemente la trifurcación silviana.

Se libera el n. óptico y la carótida de aracnoides n. oculomotor se libera del lóbulo temporal. Las venas en puente del lóbulo temporal raramente fueron sacrificadas. El lóbulo temporal se retrae lateralmente y se sigue el III par en forma proximal. El retractor en el lóbulo frontal se desliza para incluir la porción M1 de la silviana y la C 1 de la carótida que se retraen suavemente hacia la línea media hasta poder visualizar el tracto óptico bajo M1.

Aquí la membrana de Lilliequist varía en su grosor en diferentes pacientes y sobre todo por la hemorragia que agrega engrosamiento y coágulos, la hacen difícil de diseccionar con tijeras.

A partir de aquí se puede hacer un abordaje siguiendo de lateral a medial la comunicante y una forma más fácil sería a través del espacio entre las arterias perforantes de la comunicante.

A veces se hace necesario desplazar el retractor hacia estas perforantes, incluso hasta la región de los cuerpos mamilares. En algunos casos, se hizo retracción directa de la cúpula aneurismática y/o del vaso madre con la punta más estrecha del retractor para facilitar la visualización del cuello.

Resumió
Dr. Marco Mora Aguilar

AVISOS

El jueves 20 de enero de 1983 se eligió la nueva Junta Directiva de la Asociación de Ciencias Neurológicas:

PRESIDENTE:

DR. CARLOS LEON BARTH

SECRETARIA:

DRA. OLGA VILLALTA CALDERON

TESORERO:

DR. CARLOS CABEZAS CAMPODONICO

1er. VOCAL:

DR. ROGER MORALES UJUETA

2do. VOCAL:

DR. CARLOS CONTRERAS DAM.

FISCAL:

DR. ALVARO FERNANDEZ SALAS

Deseamos muchos éxitos en el nuevo período a la nueva Junta Directiva.

EVENTOS CIENTIFICOS DE LA A.C.C.N. PARA EL AÑO 1983

Reuniones mensuales hospitalarias:

FECHA	LUGAR	HORA
Lunes 21 de marzo	Hospital Nacional de Niños	7:30 am.
Lunes 18 de Abril	Hospital San Juan de Dios	7:30 am.
Lunes 16 de Mayo	Hospital Calderón Guardia	7:30 am.
Lunes 20 de Junio	Hospital México	7:30 am.
Lunes 18 de Julio	Hospital Nacional Psiquiátrico	7:30 am.
Lunes 22 de Agosto	Hospital Nacional de Niños	7:30 am.
Lunes 19 de Setiembre	Hospital San Juan de Dios	7:30 am.
Lunes 17 de Octubre	Hospital Calderón Guardia	7:30 am.
Lunes 21 de Noviembre	Hospital México	7:30 am.
Lunes 5 de Diciembre	Hospital Nac. Psiquiátrico	7:30 am.

REUNIONES DEL PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA CCSS - CENDEISS, COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS Y A.C.C.N.

Visitas a Hospitales.

FECHA	LUGAR	TRAUMA
Viernes 29 de Abril	Hospital Carlos Luis Valverde San Ramón	Traumatismo cráneo-encefálico.
Viernes 30 de Junio Sábado 1 de Julio	Hospital de Golfito	Emergencias en Neurología y Neurocirugía.
Viernes 22 de Julio	Hospital Dr. William Allen Turrialba	Neurológico - Neuroquirúrgico.
Viernes 23 de Setiembre	Hospital Dr. Tony Facio Limón	Neurológico - Neuroquirúrgico.
Viernes 28 de Octubre	Hospital Carlos L. Valverde San Ramón.	Catacl. Diagnóstico Diferencial.

En estas visitas el transporte para los médicos que colaboran en el programa a hospitales regionales se efectuará en vehículos de CENDEISS. El Colegio de Médicos y Cirujanos a través de su comité científico otorgará viáticos a los conferencistas que participen en este programa. Dicho trámite deberá llevarse a cabo en la oficina de Contabilidad del Colegio de Médicos. Como incentivo adicional el CENDEISS otorga el beneficio de un día adicional de vacaciones por cada 16 horas de actividad docente, considerándose cada visita hospitalaria como 8 horas de labor docente.

Se celebrará en el Hospital Nacional de Niños del 24 en la noche al 27 de Agosto el Curso de Neurología Pediátrica que coordina el Dr. Fernando Sell y el Servicio de Neurología del H.N.N.

**CURSOS
INTERNACIONALES
DE INTERES EN
CIENCIAS
NEUROLOGICAS:**

Abril 24-30, 1983

Reunión No. 35 de la AAN en
el TOWN and Country Hotel
San Diego, California.

(Sin traduc-
ción al espa-
ñol, sólo en
inglés).

Mayo 2-5, 1983

Simposium Internacional IX
Curso de Tomografía Com-
putada y otras técnicas de
imagen asistida en S. Fco. Calif.

Junio 9-12, 1983

Reunión anual de la A.M.A. de EEG en el Hotel
Hyatt, en Orlando, Florida.

Junio 20-24, 1983

Conferencia Internacional III anual sobre Tomografía
Computada en cabeza y médula espinal a celebrarse
en Chateau La Naupoule, Francia (Riviera Francesa).

2 al 4 JUN. 83. ROMA

Prof. G.F. Rossi, Instituto Neurochirurgia,
Universita Cattolica,
Largo A. Gamelli 8, 00168 ROMA, ITALY

Sociedad Neuroquirúrgica de Rocky Mountain
12 al 16 JUN. 83. Inn of the Mountain Gods, Mescalero MN
Dr. Lawrence Z. Stern, Dept. of Neurology
Arizona, Health Sciences Center Tucson A.Z. 85724

8 Congreso Mexicano de Cirugía Neurológica 26 al 30 JULIO 83. Acapulco.
Dr. Fco. Escobedo, Inst. Nal. de Neurología y Neuroc.
INSURGENTES SUR 3877 - 14410 MEXICO D.F. Mex.

Asociación Europea de Sociedades Neuroquirúrgicas
29 ag. al 2 Set. 83. Bruselas.
Prof. R.P. Vigourox, Service de Neurochirurgie,
C.H.U. La Timone, 264, Rue St. Pierre, 13364
Marseille, Cedex 4, FRANCE

**SOCIEDAD EUROPEA
DE ESTEREOTAXIA
Y NEUROCIROGIA
FUNCIONAL**