

La Epilepsia en Colombia

Recuento Histórico, Estado Actual al Principio del Milenio y Visión al Futuro*

Académico Jaime Fandiño Franky**

Resumen

Se hace, a manera de ensayo, un recuento somero sobre hechos históricos de la epilepsia de los tiempos anteriores a Cristo hasta nuestros días. Se trata de comparar diferentes culturas ante el problema médico social de la epilepsia, destacando los aspectos científicos más que los considerados anecdóticos. La figura de Hipócrates aparece siempre en un primer plano, dado su extraordinario sentido científico en la concepción clínica de este morbo. Varias figuras del siglo XX aparecen en este trabajo como pioneras de la epileptología moderna.

La farmacología, el tratamiento médico y quirúrgico, con una visión actual y futurista tiene especial lugar en este ensayo, dada la experiencia del autor de más de seis lustros en el manejo holístico de la epilepsia.

Para este comienzo del nuevo siglo deberá haber empeño en encontrar la manera de que el Estado tome consciencia de la situación de 800.000 personas con epilepsia que requieren tratamiento médico permanente y quizá una cirugía para aliviar o curar la epilepsia. Se hace énfasis en la labor de la Liga Colombiana contra la Epilepsia que durante 35 años ha tomado atención de estos pacientes y despertado la esperanza en las familias por un futuro más humano.

Palabras claves. Epilepsia. Historia. Sociedad. Medicina. Cirugía. Liga Colombiana contra la Epilepsia.

Epígrafes:

".....en el momento de estar poseído, sus manos y pies se tornan fríos, se aprecia obscuro (cianótico), abre y cierra su boca permanentemente; está, como sus ojos, cobrizo y amarillo....esto puede continuar por algún tiempo, pero el morirá".

(tablas XXV-XXVI del cuneiforme Sakikk.718/612 a.c.

"La enfermedad es un verdadero flagelo que deja una marca indeleble en su víctima, frecuentemente atacándola desde temprana edad, incapacitándola para el trabajo importante de vida y marchitando todas las esperanzas que dependen de él." B.Sachs. 1892⁽²⁰⁾.

"*Persisten muchos problemas clínicos en el tratamiento de los pacientes con epilepsia para los cuales no hay una respuesta clara*". Schmidt y Schachter. 2000⁽¹⁷⁾.

Introducción

La Epilepsia ha sido el mal por excelencia del género humano. Nunca, aún hoy en día, se ha logrado separar en este padecimiento lo orgánico de lo anímico y de ahí la enorme dificultad en su tratamiento. Es de las pocas entidades en la medicina moderna que obliga al médico a usar todas sus cualidades humanas, alejado de prebendas, para comprender, aliviar y a veces curar, aunque las secuelas anímicas nunca desaparecerán. Quien sufre de este morbo, sigue siendo un ser extraño en cualquier civilización del universo; aún la más evolucionada de las comunidades padece de este sentimiento que ha desafiado todos los adelantos científicos y tecnológicos. Sin embargo, la educación personalizada del médico al paciente y su familia, ha logrado un gran avance en la estabilidad emocional de él. Los nuevos medicamentos no han sido lo halagüeños que se esperaba para el 30% de las formas de epilepsia que no responden a los tratamientos con medicaciones de primera y segunda generación. El mayor impacto ha sido hecho por la cirugía en los casos intratables médicamente, los medios diagnósticos imagenológicos y el avance en el estudio eléctrico como la estereoencefalografía y los estudios de imágenes basados en metabolismo como el PET (tomografía por

* Ensayo presentado en la sesión solemne del 11 de Septiembre de 2003, para su ascenso a Miembro de Número.

** Fundador y Presidente de la Liga Colombiana Contra la Epilepsia. Fundador y Director Ejecutivo de la Fundación Instituto de Rehabilitación para Personas con Epilepsia (FIRE). Fundador y Director del Hospital Neurológico de la LCE. Jefe de los Programas de Cirugía de las Epilepsias. Fundador del Servicio de Neurocirugía de la Universidad de Cartagena y Profesor de Neurocirugía de la misma Universidad.

emisión de positrones), han cambiado el panorama científico de la epilepsia. Este trabajo tiene como finalidad tocar los temas de palpitante actualidad y analizar nuestros adelantos y retrasos en nuestra Colombia de hoy.

Algo de Historia

No sabemos si valga la pena seguir insistiendo en algunos hechos históricos de este "Mal Sagrado", como lo llamaba Hipócrates (460-370 a.C.) en su "Corpus Hippocraticum" que es la colección de tratados escritos y enmendados bajo el nombre de este médico de Cos⁽⁷⁾, donde hizo alusión a las convulsiones; allí rechazó la idea de que estas fueran obra de los dioses o del demonio (terrible aserto para ese tiempo y que cobra palpitante actualidad entre nosotros): "él sugirió que los charlatanes y las gentes excesivamente religiosas, dependían de sus dioses para ocultar su ignorancia". Pero realmente quien definió que el cerebro es el asiento de la mente fue Anaxágoras (500-428 a.C.), quien abandonó la escuela jónica por la ateniense, más profunda en el estudio del cerebro, aunque, dentro de esta misma escuela, había una corriente que consideraba el corazón como el centro de casi todas las facultades mentales del hombre. Fue en el 400 a.C. cuando apareció Hipócrates y comenzó el florecimiento de las teorías que podemos llamar hoy día cerebrales.

El milenarismo concepto de la civilización china, plasmada en el Zang Fu que definía al organismo con cinco órganos básicos (los Zangs): corazón, pulmones, riñones, hígado y bazo, asociados a los cinco elementos mitificados y realizados: fuego, madera, tierra, metal y agua dejó, curiosamente, al cerebro como un órgano secundario llamado "Fu peculiar" del cual nada se derivaba o interpretaba. Los griegos al parecer tomaron esta misma filosofía que pasó a través de la cultura mesopotámica en donde se consideraban las 4 sustancias fundamentales que dieron origen a todo lo que hubiera sobre la tierra, incluido el cuerpo humano: agua, tierra, aire y fuego (Pitágoras 580-496 a.C. en Crotona, Italia). Sin embargo, la aparición de Hipócrates hizo inclinar la ciencia hacia una interpretación concreta y bastante clara al aseverar que el cerebro era "un centro controlador del cuerpo y por él sentimos tristezas, alegrías y lamentaciones y también por él adquirimos el conocimiento y la sabiduría, transmitidas de alguna manera por el aire". Pero el oscurantismo de épocas posteriores incluida la floreciente iniciación de la Era Cristiana, la Edad Media y parte del Renacimiento, no aportaron absolutamente nada al diagnóstico y tratamiento de la Epilepsia. Una barbarie que debiera ser juzgada de lesa humanidad, llevó al paciente con epilepsia a ser torturado, agredido, aún incinerado y, desde luego, segregado de sus familiares y congéneres. Nada bueno sacamos de un relato de estos hechos.

Cuando en el siglo XIV el primer disector del cuerpo humano, el belga Andreas Vesalius (1514-1564)⁽⁸⁾, demostró en su famoso estudio "De Humanis Corporis Fabrica" que los estudios de Galeno eran equivocados y Paracelsus (el nativo de Einsiedeln (Suiza), (1491-1541)⁽¹⁵⁾, propuso quemar los libros de este médico así como los de Avicena⁽¹⁾, comenzó el verdadero conocimiento del cuerpo humano. Los estudios de Vesalius sobre el cerebro son geniales y sirvieron de base para muchas hipótesis de las enfermedades del Sistema Nervioso. Desgraciadamente, la fama lo llevó a la práctica privada y, desde luego, a alejarse de la investigación, tal como pasa en nuestros tiempos especialmente en los países en vía de desarrollo.

Que Julio César fue una persona con epilepsia, nada aporta al conocimiento de la entidad porque nunca se supo qué tipo de crisis hacía o que tratamiento recibió. Quizá el caso de San Pablo pueda aportar algo, ya que hay quienes aseguran que cuando iba en el camino de Damasco, vio una luz que lo cegó (crisis autolimitadas focales sensoriales), cayó del caballo y quedó inconsciente por dos días (crisis focales que generalizaron a tónico-clónicas con confusión postictal). Quizá también la Biblia nos trae ejemplos de pseudocrisis que son las famosas posesiones demoníacas, que han persistido hasta nuestros tiempos, perpetuando una costumbre muy rayana en lo ridículo que son los exorcismos (de lo que tanto se quejó Hipócrates). Aretaeus y otros médicos de la escuela helénica, usaban la escarificación, cauterización, hemorragia o arteriotomía por delante o atrás de las orejas para dejar salir los vapores o humores patológicos. Es increíble que este tratamiento fuera aplicado durante toda la Edad Media y hasta el Renacimiento, ya que Tisot en 1770 lo preconizaba. Para darnos una idea de cómo estaba la situación en Europa en el conocimiento del tratamiento de la epilepsia, basta con recordar la fórmula de la poción dada en pleno Renacimiento para este morbo: Muérdago, cráneo pulverizado de un hombre, raíces de peonía y semillas juntadas en el cuarto menguante de la luna. Como el muérdago era conocido por su sequedad, se escogió para neutralizar el cerebro frío y húmedo⁽⁹⁾. También la amputación de un dedo para romper el reflejo, fue usada hasta mediados del siglo XIX por Brown-Séquard⁽¹³⁾. Por otra parte, Marchal Hall propuso la traqueostomía, pensando que una obstrucción de la laringe jugaba un gran papel en la causa de las convulsiones. Otra gran decepción fue teoría sostenida por Gowers de la relación de la masturbación con la epilepsia, aunque este autor también llegó a proponer la trepanación o trepanación para casos de hundimientos de cráneo cercanos a la cisura de Rolando, que fue lo que más tarde hizo Horsley (neurocirujano) en 1896.

Desde esa época - siglo XVII-, ya avanzado el Renacimiento, hasta finalizando el siglo XIX, no

aparece en la historia de la medicina ningún aporte importante a la epilepsia. Naturalmente en Colombia tampoco hubo nada, que registre la historia.

La psiquiatría vs. La epileptología

Las teorías de Hipócrates que trataban de demostrar que la epilepsia no es una enfermedad sagrada, que el cuerpo humano no puede ser poseído por un dios y que el cerebro es el asiento de la enfermedad, tardaron 25 siglos para ser generalmente aceptadas. Aún hoy día los términos **lunático** (que la persona con epilepsia es influenciada por la luna) y **maniático** (que la persona con epilepsia es invadida por espíritus o demonios) han sido invariablemente aplicados a estos enfermos. Pero lo más relevante en la época es la tendencia de los psiquiatras, hasta muy entrado el siglo XX, a perpetuar el error de que la epilepsia era una perturbación de la mente.

PACIENTES CON DESÓRDENES MENTALES					
Psiquiatras			Neurólogos		
N-o %			N-o %		
Esquirol (1838)	385	80	Herpin (1852)	38	2
Morel (1857)	?	100	Reynolds (1861)	62	18
			Gowers (1881) ...	1085	7

Se observa la tendencia a definir los pacientes con epilepsia como enfermos mentales, sin argumento claro alguno.

El proceso, pues, de separar la locura de la epilepsia comenzó con el desarrollo de la neurología como una disciplina nueva e independiente. Durante casi todo este siglo, los "alienistas", que fueron los precursores de los psiquiatras modernos, eran los que trataban a las personas con epilepsia. En clínicas como la Salpêtrière, en Francia, se consideraba a estos pacientes como alienados y degenerativos; su estudio y tratamiento hacía parte nosológica de la psiquiatría y fueron tan difundidos y aceptados estos conceptos que la escuela inglesa, incluido Maudsley, los preconizaban e inventaron terapéuticas diversas que mucho mal hicieron a estos pacientes. De acuerdo con Berrios (1984) apenas la neurología comenzó a probar que un poquísimo porcentaje de estos pacientes tenían trastornos mentales, los psiquiatras se inventaron términos confusos y estrategias improbables para perpetuar la vinculación de la epilepsia con la psiquiatría, tales como "larvada", "equivalente", "enmascarada", "subictal" y "subclínica" Estas palabras aún perduran entre nosotros, a pesar de que, con la invención del EEG, se radicalizó el origen electrofisiopatológico de la enfermedad. Al final del siglo XIX, se sucedieron una serie de acontecimientos que cambiaron completamente

el curso de muchas enfermedades. Una fue el estudio de la acción voluntaria y la corteza motora. Todos sabemos que muchos casos de epilepsia comienzan por una crisis clónica para luego generalizar. Fue en este momento cuando realmente se pasó a pensar que la epilepsia era realmente algo orgánico (como Hipócrates lo dijo) siendo el pionero de este gran descubrimiento John Hughlings Jackson (1835-1911) "quien infirió la presencia de una organización somatotópica de la corteza motora sobre la base de una crisis epiléptica y otra evidencia clínica"⁽¹⁰⁾. Si entre los indios americanos hubo trepanaciones craneanas, como si la hubo, probablemente pensaron, antes de este científico inglés, que el asiento de las crisis era el cerebro, pero acaso se dejaban escapar espíritus u humores desconocidos? Esto sucedía mucho antes mucho antes que Descartes describiera su teoría de los "poros cerebrales".

Pero a pesar de Jackson, aún persistieron por varias décadas malas interpretaciones entre mente y epilepsia. Dos años antes de fallecer, el genio de Paul Broca (1878) describió "le grand lobe limbique" basado en las teorías de los anatomistas Foville y Gratiolet. Esta presentación ante la Société d' Anthropologie de Francia fue otro gran golpe a los tradicionales psiquiatras que no creían, de nuevo, en la organicidad de la epilepsia. Este descubrimiento abrió las puertas posteriormente para la descripción de las crisis mesio-temporales.

Europa fue siempre el continente de las controversias ideológicas, científicas, sociales y económicas. Las grandes corrientes del desarrollo humano allí tuvieron su asiento. Desde las más tristes experiencias, hasta la sofisticación más elevada del hombre; desde la más oprobiosa violencia hasta la tolerancia humana más razonable. En la epilepsia debemos analizar algunos hechos históricos que allí sucedieron para entender qué haremos en el futuro. El primero fue la descripción por John Hughling Jackson (1861) y Edward Hitzig (1900) de la zona motora o prerrolándica y su relación con las convulsiones. Fue la iniciación de la neurofisiología⁽¹⁰⁾. El segundo, un grupo de hechos que fueron: los descubrimientos del electroencefalograma por Hans Berger en 1929, el descubrimiento de los Rx por Röntgen, la primera estimulación cortical (el 16 de noviembre de 1893) y el primer mapa de la corteza motora en forma sistemática (1911) hecha por Fedor Krause en Berlín⁽¹¹⁾ y, por último, la arteriografía cerebral por Egas Moniz en Lisboa en 1927, cuando presentó ante la Academia Francesa de Medicina y con la presencia de su maestro Babinski⁽²⁾ el primer caso exitoso con yodo sódico⁽¹²⁾, y el uso del bromuro como un antiepiléptico por Locock en 1857⁽¹⁸⁾ que abrió el camino a la terapéutica moderna. Estos hitos fueron la peana para la adquisición de toda la tecnología y los conocimientos neurofisiológicos necesarios para el diagnóstico de la epilepsia y en general de las enfermedades del encéfalo.

Estos acontecimientos abrieron puertas para la investigación posterior que desembocará en la concepción moderna del tratamiento de la epilepsia.

El tratamiento médico de las epilepsias. La modernidad y la salvación de la humanidad

Ya dijimos anteriormente algunos conceptos primitivos en cuanto el tratamiento de las epilepsias. Vamos a centrarnos en la era científica de la farmacoterapia y la biología molecular que indudablemente comienza con la síntesis del fenobarbital en 1912 por Loewe, Juliusburger e Impens trabajando independiente pero simultáneamente. Su nombre comercial fue el famoso Luminal. Como dato curioso, se han sintetizado 2.500 sales o barbituratos, 50 se registraron para uso clínico, 12 son usados en el arsenal terapéutico, pero solo 5 son necesarios actualmente⁽¹⁹⁾. En esta primera década del 2000, probablemente se iniciará su desaparición, por los efectos adversos sobre las facultades cognitivas; pero persistirá en los países pobres, que tendrán que soportar el peso de las contradicciones, aún con perjuicio de su gente, dado el precio bajo que tiene. La segunda medicación, la Fenitoína, introducida al arsenal terapéutico, como anticonvulsivo, por H.H. Merrit y T.J. Puttman⁽¹⁴⁾. Estas dos drogas han sido los pilares hasta la fecha en el tratamiento médico de las epilepsias. Pero quedaban sin posibilidad las ausencias, que no respondían a estos medicamentos. Así, Zimmerman y Burgemeister, en 1858⁽²¹⁾, sintetizaron la Etosuximida, específica para esta forma de epilepsia.

Con esas tres medicaciones se completa lo que se ha llamado las drogas de primera y segunda generación y que son usadas ampliamente en el mundo a pesar de las nuevas que son quizá inalcanzables para la mayoría de los pacientes. Las **Benzodiazepinas** fueron implantadas por Henri Gastaut en la década del 60. Un laboratorio suizo, quizá el más grande del mundo, hizo la investigación de la **Carbamazepina**, que apareció en 1963 pero solamente para el tratamiento de la neuralgia del trigémino. Posteriormente, hacia 1968, se autorizó su uso en epilepsia. Es sabido que es especialmente útil en las crisis focales, siendo insustituible en el arsenal terapéutico actual. Medicaciones como la **Mesantoína**, el **Sultiame** se han ido de nuestras farmacias y tal vez la **Primidona** subsista (esta última parece nuevamente resurgir) o están en esta vía. Otras medicaciones de cuarta generación han sido añadidas en los últimos 10 años: **Lamotrigina**, **Oxcarbazepina**, **Vigabatrin**, **Topiramato**, **Tiagabina**. y son el esplendor de la comercialización cumpliendo con los criterios para ganar dinero: Son un recurso "indispensable", se consumen en sociedades opulentas y son capaces de costear congresos, seminarios y dar atenciones. Son la típica manera de empobrecer nuestros países con poca (solo un 15% en la mayoría

de mejoría) posibilidad de control de las crisis. No quiere decir esto, que no deban usarse, sino que los estados debieran racionalizar su precio, disminuyendo la cantidad de prebendas que dan a los médicos para comprometerlos en su consumo.

La teoría económica utilitarista versus el sentido humanitario de las drogas anticonvulsivas

Si bien es muy cierto que la aparición de las primeras medicaciones anticonvulsivas fue una indiscutible salvación para las personas con epilepsia y una realidad científica extraordinaria, también lo es que el mundo científico mantuvo un sopor investigativo por cerca de 20 años para introducir nuevas moléculas. El Fenobarbital es barato y su repartición es controlada por el Estado con éxito, haciéndolo accesible fácilmente a los países del Tercer Mundo. No oímos decir que costee congresos o en su nombre se hagan dádivas a quienes lo prescriben. Igualmente pasa con la Fenitoína. Sin embargo, todas las demás medicaciones antiepilépticas (MAE) son introducidas con muy intensas propagandas a sabiendas de que su efectividad no pasa de un 10 a 20% en cuanto a control relativo de las crisis. Los congresos internacionales de epilepsia se hacen financiados por las casas matrices de los laboratorios más importantes. Veamos unas cifras para darnos cuenta de la magnitud en Colombia del negocio solo de los anticonvulsivos. Si tenemos 600.000 personas con epilepsia y cada una consume diariamente, en drogas de primera y segunda generación, un promedio de \$1.500.000, en el año nuestros pacientes, las EPSs y ARSs, desembolsarían 328 mil millones de pesos. Pero si a un paciente le dieran las medicaciones de tercera y cuarta generación, el costo promedio diario de los 600.000 pacientes sería de cerca de \$20.000.000 y en un año, 4 billones 380 mil millones de pesos. Naturalmente es mejor para los laboratorios convencer de cualquier manera a los médicos para que formulen la droga de última generación. Quizá unas invitaciones al exterior sean suficientes para que, a través de la docencia o del ejercicio privado, la medicación pueda entrar al mercado. Un buen eslabón en la cadena del mercadeo, es el médico y el resto de la cadena lo mantiene atado a principios extraños a la ética médica que manejan poderes económicos indolentes.

Lo ideal sería que el Estado suministrara la medicación a cada ciudadano que sufre de epilepsia a través de entidades especializadas y de comprobados principios éticos.

Colombia no produce la materia prima de ninguna medicación antiepiléptica. Esto nos mantiene atados a potencias que nos quitan la libertad y que en momentos de penuria haga que nuestro pueblo sufra una depresión en salud sumamente peligrosa. Una solución podría ser la de exigir a cada laboratorio que hace

patentar una medicación humanitaria, que pasado determinado tiempo elabore la medicación en Colombia, inclusive la materia prima. En esta forma seguiríamos haciendo la medicación sin depender de grandes consorcios que explotan al Mundo en Desarrollo, al cual nosotros pertenecemos. Pero la poderosa AFIDRO (Asociación de Fabricantes de Drogas) seguirá dominando las oficinas de patentes y licencias, dado que maneja tanto presupuesto como el Estado mismo.

Causas de la epilepsia en Colombia

Colombia goza del triste prestigio de tener aproximadamente un 20 por mil de prevalencia de la epilepsia. Parece que en estudios recientes (Eslava y col.) ha bajado esta prevalencia, pero como han aparecido nuevos elementos de riesgo de daño cerebral (violencia, falta de higiene, desplazamientos forzados, etc), creemos que nuevamente llegamos a las cifras primeras. Esto quiere decir que en Colombia hay cerca de 800.000 personas con epilepsia y, si consideramos que cada persona tiene una influencia sobre 10 más que s el núcleo de la familia en nuestro país, concluimos que cerca de 8 millones de colombianos padecen directa o indirectamente el problema de la epilepsia y lo más grave es que el Estado no ha tomado consciencia de este gravísimo problema de salud y educación. Se entiende por epilepsia el hecho de que un paciente tenga más de dos crisis en ausencia de un proceso infeccioso o hemorrágico activo.

Entre las causas más frecuentes está en su orden:

- Partos mal atendidos (hipoxia neonatal)
- Infecciones del sistema nervioso.
- Traumas craneoencefálicos
- Neurocisticercosis.
- Desnutrición
- Alcoholismo y drogas de abuso
- Herencia.

Todas, a excepción de la última, son previsibles y prevenibles con campañas sanitarias de parte del Estado.

Panorama Actual de Colombia en el Tratamiento Médico de las Epilepsias

Ya hemos nombrado anteriormente algunos conceptos socio-económicos que influyen en el tratamiento médico de las personas con epilepsia. Pero debemos agregar algunas ideas sobre la labor del Estado con estos pacientes, puesto que es hasta ahora el gran ausente en este histórico episodio. Lo primero es que en los estratos de la salud pública y la educación no existen estadísticas para hacer pensar a nuestros gobernantes sobre el problema. Y, si esto es así, como lo es indudablemente, qué esperanzas nos asisten para poder mostrar a nuestros pacientes un esfuerzo económico justo del Estado? Es cierto que la Ley 100, a

través de las EPS y ARS asisten a sus asociados, pero muy frecuentemente no le proporcionan los medicamentos alegando falta de presupuesto. O prefieren dar tabletas de muy bajo precio, cuyos excipientes nadie conoce, aunque sí el principio activo. Las molestias gástricas, toda la farmacocinética alterada y, desde luego los niveles séricos no confiables, son el resultado de unos genéricos baratos y sin un público protocolo de control comunicado al cuerpo médico por parte de los organismos de vigilancia. Sabemos, por ejemplo, que la Carbamazepina proveniente de Suiza tiene los microgránulos individualmente revestidos y que su absorción es constante y segura, a más de la presentación agradable y perdurable. Pero la nuestra es tableteada en laboratorios que no pueden invertir gran tecnología y con ingredientes, como lo dijimos, no publicados. La diferencia de costos entre una y otra no es mucho, si ONGs, como la Liga Colombiana Contra la Epilepsia (LCE), las comercian. Un ejemplo es el precio con que esta institución de Cartagena expende el Tegretol, que en el comercio cuesta 29.000 pesos y en la LCE, 18.000 pesos, vendiéndolo, además, al menudeo para que los pobres puedan adquirirla diariamente y haciendo aún más rebajas, si es del caso.

Australia es un ejemplo de una ética a toda prueba en el comercio de los medicamentos, ya que solamente escoge el mejor y único y no permite un segundo nombre comercial mientras no se demuestre que da mejores garantías técnicas y farmacológicas y, en este caso, el otro producto es retirado definitivamente del vademecum. En EEUU las Medicinas antiepilépticas genéricas han sido prácticamente retiradas del mercado por las razones anteriores.

Tratamiento quirúrgico de las Epilepsias

Los países del Tercer Mundo y, aún los Transicionales (término acuñado últimamente para los que tienen algo más, pero precariamente) no han sido capaces de hacer un programa sólido y sostenido en investigación para la cirugía de las epilepsias. John Hughlings Jackson, neurólogo, y Victor Horsley, neurocirujano, hicieron la primera cirugía en 1884 en el National Hospital for Paralysis and Epilepsy in Queen's Square, Londres, en una paciente que tenía crisis auto-limitadas focales (Parciales simples motoras) por una cicatriz debido a un accidente. No tenían Rx, ni EEG, tampoco Escanografía y mucho menos manera de "ver" el cerebro. Por un análisis clínico solamente se logró descubrir el foco en región prerrolándica y por reconocimiento anatómico se extirpó la lesión. No dice la historia cómo evolucionó en el tiempo la paciente, pero el primer reporte fue de supresión de las crisis. Se despertó un interés inusitado por este procedimiento en Europa, especialmente en Alemania con el Prof. Fedor Krause (1857-1937), quien diseñó el primer mapa quirúrgico del cerebro, hizo también la primera

estimulación de la corteza cerebral y abrió la puerta para que la cirugía de las epilepsias fuera posible. Posteriormente el Prof. Otfried Förster (1873- 1941) en Breslau marcó el hito más importante en la historia de las ciencias neurológicas en el mundo. Irrigó sus conocimientos a través de sus alumnos por todo el mundo, siendo el más aventajado el Prof. Wilder Penfield en la U. de Mac-Gill en Montreal, quien iniciara por primera vez la cirugía de las epilepsias en América. Pero la unión del neurólogo con el neurocirujano siempre ha sido absolutamente indispensable para hacer estas cirugías. Otro ejemplo, fuera del anterior, fue Bancaud (neurólogo) y Talairach (neurocirujano) en Francia y Jasper (neurólogo) y Penfield (neurocirujano) en Montreal. No es justificable lo que actualmente pasa en nuestro ambiente científico en que el neurólogo está completamente separado del neurocirujano, pensando, el primero, que el neurocirujano es un técnico quirúrgico simplemente. Nada más alejado de la realidad, porque quien maneja el cerebro, lo toca, lo estimula, lo estudia y en fin lo ve evolucionar, es este último y en los servicios de emergencias quien ve las urgencias neurológicas y neuroquirúrgicas en primera instancia es el neurocirujano. Es una lástima que la Sociedad Neurológica de Colombia se haya "dicotomizado" a neurocirugía y neurología. Afortunadamente ha quedado la Cirugía de las Epilepsias que sigue uniendo estos dos importantes especialistas, para bien de los pacientes.

Pero si en el mundo se hizo la primera cirugía de epilepsia en 1884, porqué en Colombia solo hasta 1989 se llevó a cabo la primera (Hospital Neurológico de la Liga Colombiana Contra la Epilepsia en Cartagena de Indias), es decir 104 años después? Es pertinente hacer un análisis de nuestro desarrollo en las ciencias neurológicas para comprender este especial fenómeno. Si bien es cierto que en el Tercer Mundo ha sucedido lo mismo, concentrémonos en Colombia. Los primeros especialistas que llegaron a Colombia fueron neurocirujanos (ver Historia de la Neurocirugía del Dr. Germán Peña)⁽¹⁶⁾, formados en centros de Europa y Estados Unidos, donde ya existía ampliamente entrenado el neurólogo clínico. Su principal dedicación fue la neurocirugía y hacían neurología por necesidad; por eso muchos se presentaban como neurólogos y neurocirujanos. Así, era imposible hacer una cirugía de epilepsia, que implica la constitución de un grupo multi e interdisciplinario de alta calidad y compenetración mutua. Fue hasta la década del 50 cuando se inició la cátedra de neurología en la U. Nacional con el Dr. Fernando Rosas y en los 60 con Rodrigo Londoño en la U. de Antioquia. Después fueron viniendo, entrenados en el exterior, muchos más y se abrieron los servicios de entrenamiento de post-grado en esta disciplina. Pero su trabajo siempre fue de grandes afanes económicos y no hubo tiempo de investigar. Uno se pregunta

porqué, si habiendo en 1960 los mismos elementos tecnológicos y profesionales preparados, no se hizo la cirugía de la epilepsia? No era falta de dinero, ni había obstáculo alguno para compartir con los neurocirujanos las técnicas quirúrgicas. No nos cabe duda que no demostraron aquellos hombres interés científico ni investigativo en este campo.

El programa de cirugía de las epilepsias en Colombia

Debemos preguntarnos cuáles han sido los jalones en el desarrollo de las ciencias neurológicas en Colombia en el presente siglo. Sabemos de especialistas muy valiosos y plétóricos de experiencias profesionales diarias, a más de muy virtuosas abnegaciones. Pero qué nos ha hecho adelantar como obras para su desarrollo? Con inmodestia debemos decir:

1. El diseño de la válvula de Hakim, hoy conocida como la mejor del mundo.

2. La descripción del síndrome de Hidrocefalia de Presión Normal o Síndrome de Hakim –Adams.

3. La creación del Instituto Neurológico de Colombia por Jaime Gómez, desafortunadamente desaparecido sin una sola protesta pública de uno de sus exalumnos.

4. La creación de la Liga Colombiana Contra la Epilepsia en 1964, como centro de investigación médica y quirúrgica, educativa y de rehabilitación, que ha dado tanto desarrollo a la atención de los pacientes con epilepsia y sus familias.

5. La creación de la Fundación Instituto de Rehabilitación para Personas con Epilepsia (F.I.R.E.) en 1970, hoy en día con programas de rehabilitación neuropsicológicos de gran profundidad investigativa.

6. La creación del Hospital Neurológico de la Liga Colombiana Contra la Epilepsia en 1989,

7. La iniciación de los Programas de Cirugía de la Epilepsia en ese mismo año^(3,4). Estas últimas cuatro, en Cartagena de Indias. Estas obras han dejado internacionalmente bien recomendada a Colombia y han servido de peana para que las nuevas generaciones tengan el impulso de progreso^(5,6). No podemos dejar en duda que la creación de los servicios de Neurocirugía (Bogotá, Medellín, Cali y Cartagena) y de Neurología (Bogotá y Medellín) implicó una tenaz dedicación de sus fundadores y que han cumplido con las necesidades fundamentales que nuestro país requiere, faltando todavía mucho en investigación y desarrollo.

Cartagena de Indias fue la cuna de la LCE . Esta organización se extendió por todo el país, habiendo despertado el interés de todas las capas sociales y científicas sobre la epilepsia. Con cerca de 600 cirugías de epilepsia (entre paliativas (callosotomías) y terapéuticas (temporales, extratemporales, hemisferectomías, transecciones subpiales y lesionectomías) ya tenemos

una consolidación de los programas, un equipo tecnológico y personal científico suficientemente preparado.

Conclusión

La epileptología es una ciencia primordialmente humanitaria, aunque necesariamente se entronca en la medicina como una rama importantísima de la investigación. El trabajo multidisciplinario deberá cobijar la familia y la sociedad toda, para salir de este apabullante problema de salud. La lucha por exterminar la cisticercosis cerebral, menos costosa de lo que se pierde en actos deshonestos de algunos de nuestros funcionarios públicos y la optimización en la atención a las maternas, deberían ser programas obligatorios del Estado. El alcoholismo y los traumas craneoencefálicos (la violencia rampante nuestra) también dan su cuota fatídica. En nuestras estadísticas la falla más protuberante, especialmente en los países en vía de desarrollo y desde luego en Colombia, es el desconocimiento de las etiologías de la mayoría de las epilepsias. El futuro deberá ser pródigo en tecnología para responder a las inquietudes de nuestros pacientes. La formación de los estudiantes de ciencias biomédicas en la epileptología es muy importante y la presión ante el Estado para que ayude a este casi 20 por mil de nuestra población (cifra similar en los países en vía de desarrollo) que padece esta enfermedad, deberá ser inteligente y convincente de todos los organismos privados u oficiales, ante las autoridades nacionales e internacionales de salud.

Bibliografía

1. Avicenna. The Canon of Medicine of Avicenna. Birmingham: The Classics of Medicine Library, Division of Gryphon Editions Inc., 1984.
2. Bull J.W.D., The History of Neuroradiology. In: Rose F.C., Bynum W.F. eds. Historical Aspects of the Neurosciences. New York: Raven Press, 1982: 260.
3. Fandiño-Franky J. Cirugía de las Epilepsias. Aspectos Filosóficos y Éticos de la Cirugía de la Epilepsia en el mundo en desarrollo. *Acta Neurológica* 1995; Vol. 11, No. 2.
4. Fandiño Franky J. Concepto y Organización de un Centro de Epilepsia en el mundo de desarrollo. *Acta Neurológica* 1996; Vol.2, No. 2.
5. Fandiño Franky J. Low cost Epilepsy Surgery in Colombia. In: Pachlatko Ch., Beran RG., eds. Economic Evaluation of Epilepsy Management. London: Libbey Publishers, 1996:91-104.
6. Fandiño Franky J. Corpus Callosotomy in Colombia and Some Reflections on Care and Research Among the Poor in Developing Countries. *Epilepsia* 2000; Vol 41, Suppl. 4: 22-27.
7. Finger Stanley. Origins of Neuroscience. New York: Oxford University Press, 1994 Hippocrates. P. 13.
8. Idem. Andreas Vesalius. P.109.
9. Idem. The Renaissance. P.20.
10. Idem. Jackson and the Motor Cortex Concept. P.195.
11. Idem. Fedor Krause. P. 200.
12. Idem. Egas Moniz. P.290.
13. Heitmann B., Representations of Epilepsy as the Healing and Possessed. In: Lüders H.O. ed. Epilepsy Surgery. New York: Raven Press, 1992: 1-5.
14. Merritt H.H., Sodium diphenyl hydantoinate in treatment of convulsive disorders. *J.Am.Med.Ass.* 1938b:111, 1068-1073.
15. Paracelsus. Four Treatises and Selected Writings. Birmingham: The Classics of Medicine Library, Division of Gryphon Editions Inc.: 1988.
16. Peña Quiñones G., Apuntes para la Historia de la Neurocirugía en Colombia. Santafé de Bogotá: Editorial Kimpres Ltd., 1999.
17. Schmidt D., Schachter St. C., Epilepsy. Problem Solving in Clinical Practice. London: Martin Dunitz Ltd., 2000: XIII.
18. Sharpless S.K., Hypnotics and Sedatives. In: Goodman L.S., Gilman A. Eds. The Pharmacological Basis of Therapeutics. London: The Macmillan Company, 1971: 121.
19. Sharpless S.K., Hypnotics and Sedatives I: The Barbiturates. In: Goodman L.S., Gilman A. Eds. The Pharmacological Basis of Therapeutics. London: The Macmillan Company, 1971: 98 – 120.
20. Taylor D.C. Epilepsy as a Chronic Sickness. In: Engel J. ed. Surgical Treatment of the Epilepsies. Second Edition. New York: Raven Press, 1993: 11.
21. Toman J.E.P., Drugs Effective in Convulsive Disorders. In: Goodman L.S., Gilman A. Eds. The Pharmacological Basis of Therapeutics. London: The Macmillan Company, 1971: 219.