

## Presentación de trabajos en Cartel

### CUARENTA CASOS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y EPILEPSIA. ASPECTOS CLÍNICOS

DEL RÍO MENDOZA EDGAR DANIEL,  
CEJA MORENO HUGO, PADILLA GUTIÉRREZ LUIS ALFREDO

**OBJETIVO:** Conocer los aspectos clínicos de 40 pacientes con TDAH y epilepsia, revisados en el Servicio de Consulta Externa de Neuropediatría.

**MÉTODOS DE OBSERVACIÓN:** Este estudio se realizó en 40 pacientes que cursaban con TDAH y epilepsia concomitante de manera retrospectiva en el Servicio de Neurología Pediátrica del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Se tomaron en cuenta 70 variables. Tipo de estudio: retrospectivo, observacional.

**RESULTADOS:** Se encontraron datos similares a la literatura mundial.

**CONCLUSIONES:** En este estudio presentamos 40 pacientes con TDAH y epilepsia. A todos los pacientes se les realizaron tests para IQ y depresión infantil. Se revisaron aspectos farmacológicos de TDAH y epilepsia, entre otros.

### COREA DE SYDENHAM: REPORTE DE UN CASO

BRAVO ORO A, TELLO ZAVALA C, CAMPOS GUEVARA V,  
GARCÍA RAMÍREZ JL, LÓPEZ GARCÍA M, ROMERO ALVARADO I  
HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

**INTRODUCCIÓN:** Con el término PANDAS (del inglés Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus) se agrupan un grupo de trastornos neuropsiquiátricos que se asocian a una respuesta autoinmune secundaria a la infección por estreptococca. La Corea de Sydenham (CS) es la enfermedad prototípico del trastorno PANDAS.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenino de siete años, procedente de medio rural, desarrollo psicomotor normal, antecedente de infecciones recurrentes de vías aéreas superiores, posterior al último evento, al mes, inicia con cuadro de movimientos coreicos en hemicuerpo izquierdo, parálisis facial izquierda, para la cual inician tratamiento con haloperidol sin mejoría. Es valorada en nuestro departamento, con persistencia del cuadro, se solicitan AELO de 380 UI todd, resonancia magnética de cráneo con ganglios basales normales, hemiatrofia cerebral izquierda y ecocardiograma normal. Se inició tratamiento con valproato de magnesio y penicilina benzatínica 1,200,00 UI intramuscular mensual. A los diez meses de este tratamiento, nueva infección de vías aéreas, con exacerbación del cuadro, se toman nuevas AELO de 800 UI Todd, se decide realizar cultivo faríngeo a toda la familia encontrándose un hermano portador de *Streptococcus* Beta Hemolítico. Se decide dar tratamiento a la paciente y al hermano con rifampicina y penicilina, con remisión del cuadro.

### COREA LÚPICA: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO

BRAVO-ORO A, ABUD-MENDOZA C, GARCÍA-RAMÍREZ JL, ROMERO-ALVARADO I,  
LÓPEZ-GARCÍA M, ZAPATA-URQUIETA AM  
HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

**INTRODUCCIÓN:** La afección de SNC es común en lupus eritematoso sistémico (LES); se relaciona con alta morbilidad y mortalidad, particularmente cuando se presentan manifestaciones severas. Entre los pacientes con LES alrededor de 4% son diagnosticados antes de los 10 años y 28% antes de los 19; 80% son de sexo femenino.

**CASO CLÍNICO:** Masculino de 5 años, sin antecedentes familiares ni personales de importancia. Inició su padecimiento con movimientos coreicos de MSI 20 días previos a su primer internamiento; ansiedad, crisis convulsiva generalizada con desviación de la mirada conjugada hacia arriba, movimientos tónicos de las extremidades y pérdida del estado de alerta con duración de dos minutos; destacó a la exploración física disartria y movimientos coreicos de tronco. Se descartó neuroinfección y fiebre reumática. Se manejó con ácido valproico y esteroide, con lo que mejoró la corea. En IRM se encontraron hiperintensidades en ganglios basales. Se disminuyó la dosis de esteroide y presentó recaída con brote psicótico y exacerbación de la corea; clínicamente con otitis media izquierda, artritis de codo derecho y linfopenia; se interconsultó con reumatología y se inició manejó dosis alta de esteroide, simvastatina, ciclofosfamida; se continuó con ácido valproico, con mejoría de los movimientos coreicos y sin crisis.

### DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA EN NIÑOS

MARCA GONZÁLEZ SILVIA RAQUEL,  
OCÁÑA HERNÁNDEZ LUIS ALBERTO, DELGADO OCHOA AZUCENA MARTHA,  
CALDERÓN PRIEGO LUIS FRANCISCO, ESPINOZA MONTERO RUBÉN  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"

**OBJETIVO:** Describir las características clínicas de la epilepsia refractaria en niños.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, serie de casos.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 40 pacientes. Sexo: femenino 45%, masculino 55%, edad promedio 8 años. Diagnóstico: epilepsia parcial sintomática 37.5%, probablemente sintomática 10%, Sx. de West 20%, Sx. Lennox 15%, epilepsia generalizada sintomática 15% y epilepsia generalizada criptogénica 2.5%. Tratamiento: dos antiepilepticos (15%), tres antiepilepticos (45%), cuatro antiepilepticos (32.5%), cinco antiepilepticos (5%), tratamiento quirúrgico (2.5%). IRM: normal 22.5%, disgenesia cerebral 15%, tumoral 15%, otras alteraciones 25%, no se encontró imagen 22.5%. El EEG en todos los casos mostró activi-

dad epiléptica severa y disfunción generalizada con patrón focal 45%, multifocal 30%, generalizado 10%, brote atenuación 15%, de ellos dos pacientes presentaron estado epiléptico parcial continuo y tres pacientes presentaron estado epiléptico convulsivo. En todos los casos se detectó retardo en el desarrollo psicomotor y/o trastornos de la conducta.

**CONCLUSIONES:** Las resonancias normales se debieron a pobre resolución del equipo. El tipo epiléptico más común fueron las epilepsias parciales sintomáticas y no trastornos de migración asociados a síndrome de West y Sx. Lennox como está descrito. La mayoría de nuestros pacientes recibieron cuatro a cinco antiepilepticos sin que significara un beneficio evidente por ello.

### **DREPANOCITOSIS COMO CAUSA DE INFARTO CEREBRAL EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO**

RIVAS RIVERA IVÁN ANTONIO,<sup>1</sup> LEAL GARCÍA LIBORIO RAFAEL,<sup>1</sup> TAMEZ LILIANA,<sup>2</sup> DE LEÓN FLORES LAURA,<sup>3</sup> GÓNGORA RIVERA FERNANDO,<sup>3</sup> DE LA O CAVAZOS MANUEL,<sup>1</sup> SERVICIO DE PEDIATRÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO UANL. <sup>2</sup> SERVICIO DE HEMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO UANL. <sup>3</sup> SERVICIO DE NEUROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO UANL

**INTRODUCCIÓN:** La drepanocitosis es la causa más común de infarto cerebral en niños; se presenta en aproximadamente 11% de los pacientes menores de 20 años con hemoglobina S. Los hematíes deformados encontrados en la drepanocitosis no pueden atravesar normalmente la microcirculación de los tejidos; la escasa deformabilidad de los drepanocitos produce aumento de la viscosidad sanguínea, facilita la formación de microtrombos y oclusión de los pequeños vasos.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino de 8 años de edad, sin antecedentes de importancia que inicia seis horas previas al ingreso con hemiparesia, alteración en la conducta y fiebre. Se diagnostica drepanocitosis y en los estudios de imagen se evidencia un accidente cerebral vascular secundario a evento oclusivo.

**DISCUSIÓN:** La edad media de aparición del primer accidente cerebral vascular isquémico está entre los 7 y 8 años, habiéndose observado que cuanto más joven es el paciente peor pronóstico manifiesta, ya que hay mayor riesgo de secuelas como disfunción cognitiva permanente, hemiparesia residual o crisis convulsivas de difícil control.

**CONCLUSIÓN:** El objetivo primario del tratamiento es preservar la función cerebral normal en niños con drepanocitosis, así como prevenir la progresión de la isquemia preclínica y evitar el empeoramiento de la ya establecida.

### **EFEKTOS COLATERALES DE ATOMOXETINA Y METILFENIDATO EN PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"**

CASTILLEJA ZAPATA MARTHA AZUCENA, CORONADO JUVERA SANDRA SUSSETTE, ESPINOZA COLUNGA ABRYL ILEANA, SÁNCHEZ LOPEZ ISAIAS, VÁZQUES SIFUENTES SALVADOR  
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", MONTERREY, N.L.

**INTRODUCCIÓN:** El manejo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad es médico combinado con terapia conductual; los estimulantes y la atomoxetina son los más utilizados; uno de los problemas que se nos presentan son los efectos colaterales, motivo por el cual muchos pacientes desisten de usarlo. No conocemos la frecuencia de efectos en nuestros pacientes por lo que decidimos realizar este trabajo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de TDAH en un periodo de tres años; revisamos los efectos colaterales, recabándose en base de datos y se analizaron los resultados.

**RESULTADOS:** Se revisaron 120 expedientes con diagnóstico de TDAH, de estos se reportaron 70% con algún efecto colateral: la hiporexia se presentó en 80% de los casos; sin embargo, no hubo repercusión en el peso, las náuseas en 30%, dolor abdominal en 20%, cefalea en 10%, llanto fácil en dos niños, problemas de sueño en tres niños y somnolencia diurna en 30%. Un paciente refirió tic motor al inicio del manejo. Ningún efecto cardiovascular.

**DISCUSIÓN:** El manejo medicamentoso con estimulantes y atomoxetina provoca efectos secundarios en la mayoría de los niños; es importante hacer una evaluación minuciosa y explicar a los padres estas reacciones con el fin de evitar la suspensión de nuestro manejo.

### **ENCEFALITIS DE RASMUSSEN. REPORTE DE CASO E IMAGENOLOGÍA**

VÁZQUEZ F. SALVADOR, HERNÁNDEZ V. ANGÉLICA, AGUILÓN C. NATALIA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ E. GONZÁLEZ"

**INTRODUCCIÓN:** La encefalitis de Rasmussen es un trastorno inflamatorio cerebral crónico caracterizado por crisis convulsivas parciales intratables y disfunción cerebral progresiva. Es englobada dentro de las epilepsias catastróficas. Los mecanismos propuestos son una inflamación inducida por virus con un proceso autoinmune. Evidencias recientes sugieren que los anticuerpos anti-GluR3 pueden estar envueltos en la patogénesis de la enfermedad.

**CASO CLÍNICO:** Masculino de 13 años de edad que inicia a los 10 años de edad con crisis convulsiva tónica clónica generalizada; se inicia tratamiento con ácido valproico presentando crisis cada 2 a 3 meses; presenta exacerbación de las crisis y desde entonces se han realizado cambios de antiepilepticos con una evolución tórpida; hace seis meses inicia con crisis parciales a hemicuerpo derecho, así como evidencia de deterioro motor y cognitivo progresivo. Los EEG con anormalidad focalizada al hemisferio izquierdo. Los estudios de IRM con angioresonancia de cerebro reportan anormal atrofia parietotemporal izquierda. El SPECT reporta hipoperfusión severa de corteza cerebral izquierda. El PET-CT demostró hipometabolismo en hemisferio cerebral izquierdo. Se reportan además anticuerpos AntiglúR3 negativos e inmunoglobulinas G, A, M normales. Se inició tratamiento con

inmunoglobulina con respuesta parcial. Actualmente en protocolo para cirugía de epilepsia.

**DISCUSIÓN:** Todo paciente con crisis convulsivas parciales de difícil control, deterioro motor y cognitivo se debe considerar la posibilidad de una encefalitis de Rasmussen, entidad rara, que provoca déficit cognitivo y motor progresivo, con crisis de difícil control, generalmente con respuesta parcial a los anticonvulsivos. Deben de realizarse todos los estudios de neurofisiología, de imagen y de laboratorio para llegar a este diagnóstico y poder ofrecer un manejo multidisciplinario con el fin de mejorar la morbilidad de esta enfermedad.

### **ENCEFALITIS GRANULOMATOSA AMIBIANA EN UN NIÑO INMUNOCOMPETENTE**

**TELLO ZAVALA MC, FALCÓN ESCOBEDO R, BRAVO ORO A, GARCÍA RAMÍREZ JL, ZAPATA URQUIETA AM, LÓPEZ GARCÍA M**  
HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

**INTRODUCCIÓN:** La infección del sistema nervioso central por amibas de vida libre es un evento inusual, a la fecha se han reportado 344 casos. Cuatro síndromes clínicos: 1) meningoencefalitis amibiana primaria (PAM), 2) encefalitis amibiana granulomatosa (GAE), 3) enfermedad amibiana granulomatosa diseminada, y 4) queratitis amibiana. Por ser protozoarios de vida libre, no se conocen vectores, no hay huéspedes definitivos y no hay relación con las condiciones higiénicas.

**CASO CLÍNICO:** Masculino de cuatro años seis meses de edad. De medio socioeconómico bajo. Sin antecedentes heredo-familiares ni personales patológicos de importancia. PA: Inició su padecimiento el día 3 de marzo de 2008, con mareo, vómito de contenido gástrico y cefalea universal tipo opresivo de moderada a severa intensidad. El día 13 presentó ptosis izquierda y el menor refería diplopía; posteriormente comenzó con dolor abdominal tipo cólico, persistiendo vómito y cefalea. Cuatro días antes de su ingreso al Hospital Central inició con dificultad para la deambulación. Ingresó el día 28 de marzo de 2008, neurológicamente en estado de alerta, orientado, cooperador al interrogatorio y a la EF. Glasgow 15. Ojos: ptosis izquierda. Pupilas con discreta anisocoria a expensas de midriasis derecha, con adecuada respuesta a la luz. Nistagmus horizontal. Movimientos oculares con dificultad para la abducción y elevación. Fondo de ojo normal. Fuerza disminuida 4/5 en extremidades izquierdas. Tono y sensibilidad conservados. REM's disminuidos +/++ en extremidades inferiores, normales en extremidades superiores. Ataxia, dismetría, disdiadococinesia izq. Se realizó TAC cráneo simple y contrastada, encontrándose tumoración ligeramente hiperdensa que refuerza ligeramente al medio de contraste. No hidrocefalia. Se realizó intervención quirúrgica y toma de biopsia con resección parcial de la tumoración, la cual se encontró dependiente de cerebro. Biopsia de resección de tumoración con amibas de vida libre.

**CONCLUSIÓN:** La GAE puede presentarse como una lesión intracerebral aguda o subaguda con datos de focalización y debe ser diferenciada de infecciones micobacterianas y fúngicas.

### **ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA, EVOLUCIÓN, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL CIVIL "FRAY ANTONIO ALCALDE", DE ENERO 2002 A MAYO 2007**

**DEL RÍO MENDOZA EDGAR DANIEL,  
CEJA MORENO HUGO, PADILLA GUTIÉRREZ LUIS ALFREDO**  
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"

**OBJETIVO:** Conocer el pronóstico, evolución y tratamiento de los pacientes pediátricos del Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" en el periodo comprendido de enero 2002 a mayo del 2007

**MÉTODOS DE OBSERVACIÓN:** Estudio retrospectivo observacional de enero del 2002 a mayo del 2007. Las variables del estudio son: género, edad, lugar de residencia, fecha de ingreso, reingreso, días de estancia hospitalaria, fecha de inicio de los síntomas, días en acudir al servicio, días en efectuar el diagnóstico, primer síntoma, total de síntomas presentados, estado nutricional, laboratoriales a su ingreso, diagnósticos previos a EMDA, otros manejos previos al diagnóstico de EMDA, antecedentes de infección o inmunización previa, agentes infecciosos aislados, hallazgos imagenológicos (TAC y RM), necesidad de fase III de ventilación y otras complicaciones, uso de inmunoglobulinas, corticoides, salinoférésis, y reincidencia.

**RESULTADOS:** Se encontraron datos similares a la literatura mundial, sin embargo, no hay estudios similares efectuados en nuestro centro, ni a nivel nacional.

**CONCLUSIONES:** Lo más relevante en nuestro estudio es la mortalidad de 0%, EMDA recurrente y multifásico 0%, uso de inmunoglobulinas 100%, tiempo promedio de inicio de terapia de inmunoglobulinas previos al Dx definitivo de 4.25 días. No existe ningún estudio similar en nuestro centro o a nivel nacional.

### **ENFERMEDAD DE FARH EN PACIENTE PEDIÁTRICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**CAMACHO VÁZQUEZ D, LÓPEZ CORREA E, MÁRQUEZ RAMÍREZ O,  
SOLÓRZANO GÓMEZ E, GUTIÉRREZ MOCTEZUMA J**  
CMN "20 DE NOVIEMBRE", ISSSTE

**INTRODUCCIÓN:** Trastorno hereditario con depósito de calcio en vasos sanguíneos de núcleos dentado y lenticular. Pueden existir convulsiones, demencia de curso insidioso y rigidez generalizada durante la primera década, generalmente entre los 30 y los 60 años. Puede existir afectación del tracto piramidal y el cerebelo.

**CASO CLÍNICO:** Masculino de 15 años 4/12, inicia a los 13 años 8/12. Al incorporarse, presenta mirada fija, desconexión del medio, durante tres horas; acuden al hospital presentando ocho crisis, TCG hasta de 20 minutos de duración; 72 h después agitación, alucinaciones, ilusiones y alteración sueño-vigilia, lectoescritura y cálculo perdidas, desorientado en tres esferas. Manejado con AVP, clonazepam y calcio, controlando

las crisis. TAC cráneo: calcificaciones en ganglios basales y sustancia blanca. IRM: atrofia corticosubcortical leve. Endocrinología diagnosticó talla baja y deficiencia de hormona de crecimiento. Descarta pseudohipoparatiroidismo e hipoparatiroidismo. Febrero 2007: descompensación de crisis, a veces sólo desviación de comisura labial a la derecha y otras TCG. Exploración: funciones mentales superiores: discalculia, memoria a corto plazo alterada, atención alterna, hiperreflexia, temblor de intención distal, clonus espontáneo agotable, marcha distónica, no en puntas ni Tadeo y talones con dificultad, resto sin alteraciones. Antecedente de hipoxia neonatal. Desarrollo: adquirió habilidades más lentamente que sus hermanos. AHF negados.

**DISCUSIÓN:** Padecimiento ocasionalmente observado en la infancia. Si se sospecha de enfermedad de Fahr descartar enfermedades del metabolismo de calcio.

**CONCLUSIÓN:** Síndrome neurodegenerativo de etiología aún desconocida, asociado a cromosoma 14q locus IBCG1, patrón autosómico dominante. Este caso coincide con hallazgos de neuroimagen y clínica de enfermedad más común en población mayor.

### **EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DEL ESTADO EPILEPTICO EN NIÑOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE SAN LUIS POTOSÍ**

BRAVO ORO ANTONIO, CAMPOS GUEVARA VERÓNICA M, CORTEZ HERNÁNDEZ FRANCISCO A, GARCÍA RAMÍREZ JORGE LUIS, RIVERA ROSALINA

**INTRODUCCIÓN:** El estado epiléptico (EE) es la urgencia neurológica pediátrica más frecuente, requiriendo tratamiento inmediato, pues conlleva a un daño agudo sistémico o neurológico, en ocasiones irreversible. Con alto riesgo de muerte siendo la intervención terapéutica correcta y oportuna esencial para el pronóstico del paciente.

**OBJETIVO:** Conocer las características epidemiológicas y condiciones al egreso de los pacientes pediátricos que ingresaron a un hospital de referencia por EE durante enero del 2000 a diciembre del 2007.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal. Se revisaron los expedientes de todos los pacientes menores de quince años que ingresaron al HCIMP por EE. Las variables en estudio: edad, sexo, antecedentes de importancia, procedencia, tratamiento empleado, duración de internamiento y condiciones al egreso. Se realizó análisis descriptivo y bivariado con el paquete estadístico SPSS 13.0.

**RESULTADOS:** Se revisaron 32 expedientes, 17 (53.1%) de niños y 15 de niñas (46.9 %), de un mes a 13 años de edad. El 65.6% pertenecía al grupo de menores de cinco años. El 50% ya padecía epilepsia, el 59.4% procedía de su domicilio, en 24 pacientes la causa del EE fue desconocida. La estancia hospitalaria fue de 0-50 días, 53.1% egresó sin secuelas, 21.4% con secuelas y 21.9% fallecieron.

### **EPILEPSIA OCCIPITAL BENIGNA DE LA NIÑEZ DE INICIO TEMPRANO Y TARDÍO. PRONÓSTICO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO**

### **EN 10 PACIENTES DEL HOSPITAL CIVIL “FRAY ANTONIO ALCALDE” DETECTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL 1 DE ENERO DEL 2006 AL 1 DE ENERO DEL 2008**

CEJA MORENO HUGO, PADILLA GUTIÉRREZ LUIS ALFREDO,  
DEL RÍO MENDOZA EDGAR DANIEL  
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA “FRAY ANTONIO ALCALDE”

**OBJETIVO:** Conocer el pronóstico, evolución y tratamiento de los pacientes pediátricos del Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde” con diagnóstico de epilepsia del lóbulo occipital en 10 pacientes captados en la Consulta Externa de Neuropediátria en el periodo comprendido de enero 2006 a enero del 2008.

**MÉTODOS:** El estudio se realizó en el Servicio de Neurología Pediátrica del Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”, de manera retrospectiva captando a 10 pacientes en la Consulta Externa de Neuropediátria en un periodo comprendido del primero de enero del 2006 al primero de enero del 2008. Se tomarán en cuenta 69 variables. Tipo de estudio: retrospectivo, observacional.

**RESULTADOS:** Se encontraron datos similares a la literatura mundial.

**CONCLUSIONES:** En este estudio presentamos 10 pacientes con epilepsia occipital idiopática, tipo Gastaut y tipo *Panayiotopoulos*, mostrando la semiología en la primera crisis y en el resto de crisis, los antecedentes heredofamiliares de importancia, horario de predominio de las crisis, duración de las crisis, motivos de inicio de tratamiento farmacológico, número de crisis en total, entre otros aspectos.

### **ESCLEROSIS MÚLTIPLE: DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE CASOS**

OCAÑA HERNÁNDEZ LUIS ALBERTO, MARCA GONZÁLEZ SILVIA RAQUEL,  
DELGADO OCHOA AZUCENA MARTHA, CALDERÓN PRIEGO LUIS FRANCISCO,  
ESPINOZA MONTERO RUBÉN  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “DR. FEDERICO GÓMEZ”

**OBJETIVO:** Describir las características clínicas de la esclerosis múltiple en niños.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo, transversal.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 10 pacientes con esclerosis múltiple. Edad promedio 11 años. Femenino 90%, masculino 10%. Manifestaciones clínicas: cefalea, alteraciones visuales y de nervios craneales 60%, hemiparesia 50%, paraparesia flácida 20%, síndrome cerebeloso y encefálico 20%. Potenciales visuales: anormales 100%. Potenciales auditivos: normales 50%, anormales 40%, somatosensoriales: anormales 80%. TAC de cráneo: 20% con lesiones hipodensas, 80% normales. IRM de cráneo 90% anormales. LCR ocho pacientes: hiperproteinorraquia 20%, pleocitosis 10%, bandas oligoclonales 10%, proteína básica de mielina 75% negativo y 25% resultado desconocido. Recaídas: una 30%, dos 30% y tres 40%. Esteroides 100%. Interferón beta 20%, azatioprima y ciclofosfamida 10%. Todos los pacientes reunieron criterios de Mac Donald para el diagnóstico.

**CONCLUSIÓN:** En esta serie el sexo femenino fue más afectado en una relación mayor a la descrita en la literatura; el empleo de esteroides

en la etapa aguda se efectuó a las dosis descritas y con buenas respuestas clínicas. Las terapias alterativas como el interferón beta, azatioprima y ciclofosfamida se emplearon en pocos pacientes y no se puede concluir acerca de su efecto.

### **ESCLEROSIS TUBEROSA EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**CARRISOSA N, ARANGO AGUILAR J, SOLÓRZANO GÓMEZ E, GUTIÉRREZ MOCTEZUMA J**  
CMN "20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE"

**INTRODUCCIÓN:** Es un trastorno con herencia autosómica dominante caracterizado por formación de hamartomas en diversos sistemas con predilección por sistema nervioso y piel.

**CASO CLÍNICO:** Masculino de 10 años ocho meses, inicia a los 10 meses con presencia de espasmos hasta 80 por salva, con un máximo de 4-5 salvas por día, manejado con ACTH 0.1 mg c/10 días, logra control después de cuatro meses y reinicia crisis al año caracterizadas por inquietud y postura tónica. Inicia valproato y lamotrigina controlándose las crisis hasta la actualidad; sin embargo presenta paroxismos en EEG sin manifestaciones clínicas. La tomografía muestra múltiples túberes subependimarios calcificados. Exploración: Funciones mentales superiores normales, presenta múltiples angiofibromas en cara, fibroma gingival en arcada superior, máculas hipocrómicas en miembros superiores en confeti y piel de zapa en región lumbar. Pares craneales normales, fuerza muscular global 5/5, reflejos normales, cerebelo sin alteraciones, marcha normal, no hay déficit sensoriales. Desarrollo psicomotor normal, acude a cuarto de primaria con rendimiento escolar normal.

**DISCUSIÓN:** La mayoría de pacientes presentan epilepsia y 50% deterioro cognitivo de grado variable, el antecedente de espasmos infantiles se asocia fuertemente a retardo mental, aun con túberes múltiples el paciente presentó una psicometría normal.

**CONCLUSIÓN:** La localización subependimaria de los túberes se asocia a un mejor pronóstico en el desarrollo cognitivo del paciente.

### **ESPASTICIDAD Y DISTONÍA EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS: REPORTE DE 32 CASOS TRATADOS CON TOXINA BOTULÍNICA A**

**GARCÍA-JASSO FERNANDO GPE,<sup>1</sup> GÓMEZ-HERNÁNDEZ FJ,<sup>2</sup> DÁVILA-GUTIÉRREZ G,<sup>3</sup> OLIVAS-PÉNÁ E,<sup>4</sup> HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ AC<sup>5</sup>**  
<sup>1</sup>FUNDACIÓN MEXICANA DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA ÁNGEL A.C. <sup>2</sup>CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE QUERÉTARO, DIF. <sup>3</sup>INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA. <sup>4</sup>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA. <sup>5</sup>CLÍNICA DE LA ESPECIALIDAD DE LA MUJER, EJÉRCITO MEXICANO

**ANTECEDENTES:** La toxina botulínica A (BoT/A) se aplica de manera focal partir de los dos años en niños con espasticidad moderada a severa, para el tratamiento de las piernas en tijera y el pie equino. No se tienen aún criterios clínicos para iniciar el tratamiento antes de los dos años, periodo de mayor plasticidad cerebral.

**OBJETIVO:** Describir las características y evolución clínica de niños espásticos y distónicos tratados con BoT/A antes de los dos años.

**TIPO DE ESTUDIO:** Prospectivo, descriptivo y longitudinal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** De marzo de 2004 a marzo de 2008, se trataron niños de ambos sexos, con criterios de inclusión: a) espasticidad y distonía leve a severa, b) factores de riesgo de lesión cerebral (FRLC) maternos, fetales, perinatales y postnatales; c) epilepsia no activa clínicamente, d) no progreso motor en los últimos tres meses. El estado motor se evaluó con el perfil temprano de patrones motores anormales (PTPMA), antes y después del tratamiento. Se aplicó BoT/A vial 500U a 5-20U/kg/dosis total; y 5-20U por cada músculo; siguiendo un esquema de aplicación troncal y segmentario, a intervalos de cada cuatro meses.

**RESULTADOS:** La distribución por sexo n = 21 (65%) niños y n = 11 (35%) niñas; edad 15 meses (mín 10 días; máx 24 meses; ± 5.03) y peso de 8.44 kg (mín 4.6-máx.12.4, DE ± 1.86). Los FRLC fetales: prematuros con peso < 2,500 g n = 12 (37%) (750 g-2,300 g); maternos: sobre peso n = 8 (25%); bajo peso materno n = 6 (19%); embarazo múltiple n = 4 (12%); macrosómico n = 1 (3%). Estado motor: cuadriparecia n = 13 (40.6%), espásticos-distónicos n = 9 (28%); distónicos n = 4 (12.5%); hipotónicos-distónicos n = 3 (9%); hemiparesia n = 2 (5.7%); y paraparesia n = 1 (3%). Cambios en el PTPMA fueron por paciente (17-11); (22-18); (21-5); (17-10); (23-13); (17-2); (12-6); (16-14); (14-6); (15-12); (14-10); (14-16); (8-6); (25-15); (17-14); (29-12); (14-10); (30-13); (4-4); (20-17); (10-1); (16-10); (30-18); (16-1); (15-3); (14-6); (10-5); (18-16); (20-16); (14-8); (4-1); (19-14).

De los espásticos uno logró marcha con apoyo al 50. año; tres realizan marcha con apoyo; los dos pacientes con hemiparesia lograron marcha independiente uno a los 13 meses y otro a los 18 meses. Sólo un paciente presentó debilidad generalizada menos de una semana.

**CONCLUSIONES:** La BoT/A más el programa de rehabilitación convencional produce cambios en el PTPMA y logros motores en los espásticos. Y un mejor control del movimiento en los distónicos. No se observó regresión al estado motor previo en ninguno de los pacientes. Dos mejoraron la espasticidad, pero no hubo progresos motores por su daño cerebral. La dosis total de BoT/A no excedió de 20U/kg. La BoT/A fue segura en este grupo. No hay "criterios duros" por los FRLC para relacionarlos directamente con algún trastorno motor.

### **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA CLÍNICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MONTERREY**

**CARRIÓN CAVARÍA BELINDA, URIBE GUTIÉRREZ SERGIO**  
HOSPITAL INFANTIL DE MONTERREY

**INTRODUCCIÓN:** La epilepsia es un padecimiento común que atiende el neurólogo. En México se destacan tres estudios de prevalencia realizados en población infantil. El primero es publicado por Gutiérrez en 1979; el segundo también de Gutiérrez en 1980 basado en encuestas y el tercero de García-Pedroza en 1983.

**OBJETIVOS:** I. Registrar los datos epidemiológicos de la población estudiada. II. Determinar el estado de control de los pacientes con los anticonvulsivos indicados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se recabaron los datos de los pacientes atendidos con epilepsia activa en los tiempos comprendidos entre octubre del 2007 hasta marzo del 2008 en la Clínica de Epilepsia del Hospital Infantil. Se excluyeron los pacientes con crisis febres tanto simples como complejas.

**RESULTADOS:** Se registró un total de 159 pacientes de los cuales los datos obtenidos fueron. De la población atendida 45% son escolares seguido de 15% de los preescolares (Tablas 1 y 2).

De los pacientes 45% iniciaron tratamiento antes del mes de iniciada la epilepsia; 78% de los pacientes atendidos están en estado de remisión con el manejo indicado. El anticonvulsivo más indicado es el valproato de magnesio en 56% seguido por la carbamacepina en 17%.

**CONCLUSIONES:** Este estudio muestra que la población atendida en nuestro hospital en su mayoría son escolares con convulsiones tanto parciales como generalizadas de origen idiopático. La mayoría obtiene un estado de remisión en un lapso entre seis a 10 meses, ya sea con valproato de magnesio o carbamacepina.

**Tabla 1**

Tipo de convulsión	Idiopático	Criptogénico	Sintomático	Total
Parcial	58 (63%)	12 (13%)	22 (24%)	92
Generalizado	45 (67%)	8 (12%)	14 (21%)	67
Total	103	16	36	159

**Tabla 2**

Edo. de control	Idiopático	Criptogénico	Sintomático	Total
Remisión	85 (72%)	8 (6%)	24 (20%)	117
Control	0	4	6	10
Recurrencia	9	3	2	14
Refractario	2	3	4	9
Total	96 (63%)	18 (12%)	36 (24%)	150

### **ESTUDIO PILOTO DE LA EFICACIA DE GABAPENTINA, OXCARBAZEPINA Y GRUPO CONTROL, EN LA PROFILAXIS DE LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA POR VINCERISTINA, EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA**

GARCÍA RAMOS JEANNIE, OCAÑA HERNÁNDEZ LUIS ALBERTO, BARRAGÁN PÉREZ EDUARDO, ESPINOZA MONTERO RUBÉN  
 HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"

**OBJETIVO:** Evaluar la eficacia de gabapentina, oxcarbazepina y grupo control, en la profilaxis de la neuropatía periférica por vincristina, en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda.

**METODOLOGÍA:** Estudio piloto, aleatorio, controlado, abierto. Se realizó de junio a octubre del 2007. Se incluyeron pacientes de uno a 16 años con diagnóstico de primera vez de LLA. Se excluyeron pacientes con neuropatía periférica previa, con enfermedades crónicas, con alergia a los fármacos en estudio. Criterios de eliminación: faltas al seguimiento en más de dos ocasiones. Dosis previas a quimioterapia de gabapentina y oxcarbazepina ambas a 20 mg/kg/día VO en dos dosis por cuatro meses. Se efectuó VCN en todos los pacientes antes y después del tratamiento.

**RESULTADOS:** Se encontró diferencia significativa entre la evaluación inicial y final en los tres grupos con una  $p = 0.001$ , al comparar el efecto de gabapentina y oxcarbazepina contra el grupo control la diferencia fue significativa ( $p = 0.002$ ). Persistiendo con diferentes manifestaciones clínicas como debilidad, dolor e hiporreflexia. Siendo el más frecuente dolor en 30%.

**CONCLUSIONES:** Resultados preliminares indican que la gabapentina es significativamente mejor que la oxcarbazepina en la profilaxis de neuropatía periférica asociada al uso de vincristina determinada por VCN. Aunque persisten algunas manifestaciones clínicas con menor intensidad.

### **EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD POR MÉDICOS DE PRIMER CONTACTO EN UNA POBLACIÓN DEL NORTE DE MÉXICO**

CORONADO JUVERA SANDRA SUSSETTE,  
 ESPINOZA COLUNGA ABRYL ILEANA, CASTILLEJA ZAPATA MARTHA AZUCENA,  
 SÁNCHEZ LÓPEZ ISAIAS, CHÁVEZ LUÉVANOS BEATRIZ  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", MONTERREY, N.L.

**INTRODUCCIÓN:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno neurobiológico frecuente en la consulta de neuropediatría. El diagnóstico es clínico mediante encuesta del DSM IV. Es uno de los problemas que refieren los médicos de primer contacto para su evaluación y los interconsultan con una batería de exámenes, sin justificación plena. Por tal motivo realizamos el trabajo para conocer la frecuencia de estudios paraclínicos solicitados por el médico de primer contacto.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes de primera vez con diagnóstico de TDAH en un periodo de tres años, recabándose en base de datos y se analizaron los resultados.

**RESULTADOS:** Se encontraron 183 casos nuevos en tres años, de estos un 55% fueron referidos por médicos y/o psicólogos con exámenes ya solicitados por ellos. El EEG fue el examen más solicitado en un 85%, de las cuales 72% fueron reportadas como normales y 28% como anormales. La RMN de cerebro fue solicitada en 45%, 90% reportadas como normales.

**DISCUSIÓN:** El diagnóstico de TDAH es clínico; es importante la educación continua de médicos pediatras, psicólogos y de primer contacto para la evaluación y manejo correcto de estos pacientes y así evitar gastos innecesarios en estos infantes.

### **FRECUENCIA Y ANÁLISIS DE EPILEPSIA EN NIÑOS CON TDAH**

**RESÉNDIZ APARICIO JUAN CARLOS, RIVERA QUINTERO JOSÉ C, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ ERNESTO, AGUIRRE GARCÍA ELISA, CRUZ MARTÍNEZ ENOÉ**  
HOSPITAL PSQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO", D.F. SECRETARÍA DE SALUD

**ANTECEDENTES:** Hesdorffer (2004), citado en varios artículos, indica que TDAH se asocia con riesgo incrementado para crisis no provocadas y debe ser considerado como factor de riesgo para epilepsia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Incluimos prospectivamente a todos los pacientes con TDA (DSM-IV), sin retraso mental, en dos meses. Se realizó estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** Analizamos 555 pacientes en edades de 4 a 13 años, encontramos un total de ocho pacientes (1.4%) con alguna forma de epilepsia. El tipo de epilepsia más frecuente fue parcial o focal en seis pacientes (75%), tres del frontal y tres del temporal. Con edad de inicio de la epilepsia antes de los 4 años en 87%, predominio de varones. Seis cursaban con TDA subtipo combinado y dos predominio inatento. La etiología cuatro sintomáticos y cuatro criptogénicos. En tratamiento con monoterapia seis niños y valproato, el medicamento más empleado en siete pacientes. La comorbilidad agregada fue: tres negativista-desafiante, uno Asperger, uno trastorno de aprendizaje y dos ninguna. Todos los EEG fueron anormales.

**CONCLUSIONES:** La frecuencia de la epilepsia de los niños con TDA sin retraso mental es similar a la de la población general. La comorbilidad general es similar a los niños con TDA sin epilepsia.

### **GANGLIOCITOMA TALÁMICO ASOCIADO A NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 EN UN LACTANTE MENOR**

**IBARRA AJ, MONROY AS, OLINKA AJ**  
HOSPITAL INFANTIL DE TLAXCALA

**CASO CLÍNICO:** Se describe el caso de paciente masculino de 3 meses de edad producto de la tercera gesta, sin antecedentes perinatales de importancia. Ingresa a la unidad hospitalaria por cuadro infeccioso gastrointestinal. Durante su estancia se diagnostica NF1 (madre afectada, el paciente con más de seis manchas café con leche) aunado a un síndrome piramidal. Sus estudios de extensión revelan una tumoración quística con involucro talámico y ganglios basales lado derecho. El estudio histopatológico revela la presencia de un gangliocitoma. En la literatura se describen los tumores que involucran el sistema nervioso central en la neurofibromatosis tipo 1, encontrándose: gliomas ópticos,

astrocitomas, ependimomas, meningiomas, meduloblastomas y schwannomas.

### **HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA: MANEJO CON SISTEMAS DE DERIVACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**

**OCAÑA HERNÁNDEZ LUIS ALBERTO, MARCA GONZÁLEZ SILVIA RAQUEL, ESPINOZA MONTERO RUBÉN**  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"

**OBJETIVO:** Describir las características epidemiológicas del manejo de la hidrocefalia obstructiva con sistemas de derivación en niños.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, de una serie de casos. Se utilizó estadística descriptiva. Muestreo de casos consecutivos.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 100 niños con hidrocefalia obstructiva, 58% masculino, 42% femenino. Los grupos etáreos predominantes lactante menor 47%, neonato 19%, escolar 15%. Etiología: congénita 52%, tumoral 27%, posthemorragica 11%. El 83% de ellas fueron leves y moderadas, 12% extremas, hidranencefalia 4%. De las leves y moderadas 37% fueron congénitas, 27% tumorales. De las congénitas 70% fueron leves y moderadas, 20% hidranencefalia. Hubo disfunción en 53%, obstructiva en 40%, asociada a neuroinfección o colonización del sistema 11% Esta última relacionada a hidrocefalia congénita 55%, posthemorragica 27%. Hubo retraso psicomotor en 64% de los casos, de los cuales 51% fue moderado.

**CONCLUSIONES:** La hidrocefalia congénita es la más frecuente en el grupo de lactantes, asociada a disfunción valvular obstructiva que es la más común a pesar de ser hidrocefalias leves a moderadas con retraso psicomotor, asociadas al daño neurológico de fondo.

### **HIPOTONÍA Y DISTONÍA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN: REPORTE DE 4 CASOS TRATADOS CON TOXINA BOTULÍNICA A**

**GARCÍA-JASSO FERNANDO GPE,<sup>1</sup> GÓMEZ-HERNÁNDEZ FJ,<sup>2</sup>**

**DÁVILA-GUTIÉRREZ G,<sup>3</sup> OLIVAS-PEÑA E,<sup>4</sup> HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ AC<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> FUNDACIÓN MEXICANA DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA ÁNGEL A.C.

<sup>2</sup> CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE QUERÉTARO, DIF.

<sup>3</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA, <sup>4</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.

<sup>5</sup> CLÍNICA DE LAS ESPECIALIDADES DE LA MUJER, EJÉRCITO MEXICANO

**INTRODUCCIÓN:** El patrón motor de niños con síndrome de Down (SD) es de hipotonía. Y su desarrollo motor es tardío en relación a humanos sin la trisomía. La hipotonía asociada a movimientos distónicos espontáneos o inducidos por el cambio postural, puede estar asociada a no lograr hitos de desarrollo motor. La inhibición de éste puede permitir un cambio en el desarrollo motor de estos niños.

**OBJETIVO:** Describir la evolución clínica de niños con SD con hipotonía y movimientos distónicos (MD) tratados con toxina botulínica A (BoTA) a diferentes edades.

**TIPO DE ESTUDIO:** Reporte de casos.

**REPORTE DE CASOS:** Caso 1: Sexo masculino; edad de inicio de tratamiento (EIT): 10 días de vida; problema motor (PM): pie equino varo al nacimiento y movimientos distónicos hacia el 4/0 mes. Tipo de tratamiento (TT): focal y troncal-segmentario; No. aplicaciones (NA): cuatro a intervalos de cuatro meses. Caso 2: Sexo femenino; EIT: seis meses; PM: hipotonía y movimientos distónicos. NA: 01 TT: troncal-segmentario. NA: 01. Caso 3: Sexo masculino; EIT: cinco años; PM: hipotonía y movimientos distónicos, no logra bipedestación ni marcha. TT: troncal-segmentario. NA: 01. Caso 4: Sexo masculino; EIT: 15 años; PM: hipotonía y movimientos distónicos, logra sedestación, bipedestación y marcha parcial con apoyo. NA: 01 TT: troncal-segmentario. En todos los casos se administró toxina botulínica A vial 500U. Dosis total 5-10U/kg/dosis total. Seguimiento 1: Desaparición de MD; a los 12 meses integró la sedestación con apoyo: astasis parcial; apoya cuatro puntos para el gateo; el movimiento de las extremidades superiores ya es un patrón anterior flexo-extensor (PAFE). Seguimiento 2: Menor frecuencia de MD; aparición de PAFE, sedestación con apoyo con mejor control troncal y menos flexión. Seguimiento 3: Desaparición de los MD. Logró marcha independiente en la primera semana. Seguimiento 4: Disminución en la frecuencia de MD; aparición de PAFE, sedestación sin apoyo; marcha con apoyo por períodos largos, descenso de peso de 8 kg.

**CONCLUSIONES:** El apoyo con BoT/A al niño con síndrome de Down, puede constituir una alternativa de tratamiento para los movimientos distónicos con un patrón extensor lateral y posterior, para la extremidades superiores; patrón de extensión abducción-flexión de las extremidades inferiores y un patrón de flexión troncal. Todos con hipotonía. La dosis baja troncal y segmentaria permitió observar mejoría en estos cuatro casos. La inhibición del fenómeno distónico periférico podría activar la función inhibitoria de la vía corticospinal, descrita por Sarnat.

## **INFARTO CEREBRAL ISQUÉMICO UNILATERAL SECUNDARIO A ESTADO EPILEPTICO POR HIPOGLUCEMIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**FUENTES FUENTES GRISELDA, CASTELLANOS GONZÁLEZ ABRIL, FLORES ARMAS EDUARDO, ESPINOZA MONTERO RUBÉN**  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"

**INTRODUCCIÓN:** La hipoglucemia aguda puede dañar las funciones neurológicas, ya que el cerebro es dependiente de la oxidación de glucosa. Aun siendo grave, la hipoglucemia no resulta en daño neurológico focal e irreversible. Del mismo modo, el estado epiléptico convulsivo raramente deja déficit neurológico focal. En la literatura se reportan casos aislados de lesión unilateral secundaria a hipoglucemia, cuyo mecanismo fisiopatológico se desconoce.

**CASO CLÍNICO:** Femenino de 2 años, previamente sana con ingesta accidental de glibenclamida y crisis parciales secundariamente generalizadas que evolucionó a estado epiléptico. Se hospitalizó en Iztacalco con glucemia 20 mg/dL y se trasladó a nuestro hospital para su manejo. A su ingreso con crisis tónico clónicas generalizadas, glucemia 80 mg/dL. Se administró tiopental y lidocaína en infusión para suprimir las crisis.

EEG: bajo voltaje de hemisferio cerebral derecho y actividad epiléptica en hemisferio cerebral izquierdo. RM en difusión con hipointensidad corticosubcortical de hemisferio cerebral derecho. Actualmente con hemiparesia izquierda, sin crisis epilépticas, tratada con topiramato y clonazepam.

**DISCUSIÓN:** El daño cerebral asimétrico puede deberse a hipoglucemia persistente. Los mecanismos fisiopatológicos propuestos en diabéticos que presentan hemiplegia transitoria durante una hipoglucemia son: la vulnerabilidad selectiva neuronal, el vasoespasmo y el flujo cerebral asimétrico.

## **INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA DE CAUSA ENCEFÁLICA (MALFORMACIÓN ANEURISMÁTICA DE LA VENA DE GALENO). REPORTE DE UN CASO**

**FLORES PULIDO A, ISLAS GARCÍA D, GUTIÉRREZ MOCTEZUMA J,  
SOLÓRZANO GÓMEZ E, FÉLIX ESPINOSA I**  
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE", ISSSTE

**INTRODUCCIÓN:** Durante la primera semana de vida, la insuficiencia cardiaca congestiva refractaria (ICCR) puede deberse a: isquemia miocárdica, arritmias, malformaciones vasculares, cardiopatías congénitas, sepsis o fármacos. La malformación aneurismática de la vena de Galeno es poco frecuente y nunca pensada; es un angioma arteriovenoso sin red capilar: produce hidrocefalia a 10% de los casos; ICCR a 90% de los casos; puede auscultarse un soplo cefálico y ocular en 50% de los casos. Puede diagnosticarse ecográficamente *in utero* y mejorar pronóstico. Con imagen debe diferenciarse de quistes aracnoideos, porencefálicos o papilomas coroideos.

**CASO CLÍNICO:** Masculino producto de primigesta sin patología perinatal de término, nacido vía abdominal por sufrimiento fetal agudo. APGAR 8.9 y 2,550 g de peso, sin registro del perímetro cefálico. A las 7 h posnatales en posprandio presenta acrocirosis, taquicardia persistente, dificultad respiratoria, cor hiperdinámico, soplo Gil en foco pulmonar. Eco reporta drenaje anómalo venoso pulmonar, insuficiencia tricuspídea, HAP 65 mmHg y conducto arterioso permeable. En 3er nivel es tratado con restricción hídrica, dobutamina, furosemida, ventilación asistida, midazolam, milrinona, bumetanida, dopamina. Durante su evolución cierra quirúrgico de conducto; se agrega antimicrobiano por sepsis; persiste con insuficiencia cardiaca e hipertensión pulmonar: reportaron 2 US transfontanelares normales; un tercer US reporta hemorragia y lesiones multiquísticas. Desarrolla insuficiencia renal y falla orgánica múltiple con paro cardiopulmonar irreversible a los 18 días de vida. La necropsia demuestra: malformación aneurismática de la vena de Galeno; *ostium secundum* de 2 mm; doble ligadura de conducto arterioso. Hemocultivos negativos.

**CONCLUSIÓN:** La falta de sospecha clínica al no tener elementos sintomáticos cefálicos (soplos, hipertensión endocraneana, macrocefalia) fue determinante en el desenlace del caso. Debe acostumbrarse pensar causas remotas y debe contarse con personal experto en ultrasonografía

para diagnosticar estos casos precozmente pues la sobrevida al diagnóstico temprano es larga.

### **LEVETIRACETAM EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE LENNOX GASTAUT EN EL CMN "20 DE NOVIEMBRE"**

**MÁRQUEZ RAMÍREZ OMAR GREGORIO, SOLÓRZANO GÓMEZ ELSA, GUTIÉRREZ MOCTEZUMA JUVENAL**  
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Lennox Gastaut (SLG), es un síndrome epiléptico de difícil control, para el cual se requiere de polifarmacia para su manejo, y a pesar de ello no hay un control adecuado, por lo que uno de los fármacos que se podrían utilizar es el levetiracetam (LVT), iniciando con dosis de 20 mg/kg/día, con incrementos a 30 y 60 mg/kg/día, para la reducción en el número de crisis. Dicho antiepileptico con mecanismos de acción en sitios distintos a los fármacos utilizados en este síndrome, con efectos adversos menores a las otras drogas.

**OBJETIVO:** Valorar la respuesta clínica del levetiracetam en el manejo del síndrome de Lennox Gastaut descompensado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se detectaron 16 pacientes con SLG descompensado de la consulta externa de neurología pediátrica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", a los cuales se le adicionó a su terapia de manejo, levetiracetam iniciando a dosis de 20 mg/kg/día, realizando incrementos de acuerdo a su respuesta clínica, llevando un calendario de crisis antes y después del inicio del medicamento durante seis meses, realizando revisiones mensuales, vigilando los efectos adversos, realizando estudios de laboratorio al inicio y cada tres meses.

**RESULTADOS:** Sólo 14 pacientes pudieron concluir el estudio. De los pacientes que concluyeron siete eran del género masculino y siete femenino, con una edad promedio  $8.8 \pm 3.6$  años, con diagnóstico de SLG sintomático 12 pacientes y dos de etiología criptogénica, obteniendo en tres pacientes el control total de las crisis posterior al agregar levetiracetam, pero en los 11 restantes existió una disminución en 50% o más en el número de crisis. El efecto adverso más frecuente fue la irritabilidad encontrada en 11 pacientes.

**DISCUSIÓN:** Se encontró que el levetiracetam es un antiepileptico útil en los pacientes con SLG descompensado, como lo menciona el estudio de Emily, en donde cinco de los seis pacientes presentaron disminución de más de 50% de las crisis, en los primeros tres meses de iniciado el medicamento y a la dosis de 30 mg/kg/día y con el mismo efecto adverso encontrado de irritabilidad.

**CONCLUSIONES:** El levetiracetam parece ser una buena alternativa en los pacientes con síndrome de Lennox Gastaut descompensado, ya que disminuye el número de crisis, iniciando a dosis de 30 mg/kg/día e incrementando a 60 mg/kg/día a los pacientes que no responda de forma adecuada, siendo el efecto adverso más frecuente la irritabilidad pero de forma leve. Asimismo se encontró que con la adición del medicamento hay un pobre control total de las crisis.

### **MAL DE POTT EN COLUMNA CERVICAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

**PÉREZ RV, FUENTES GF, GARFIAS RY, GARCÍA RJ, HERNÁNDEZ AJ**  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"

**INTRODUCCIÓN:** El resurgimiento de infecciones por *Mycobacterium tuberculosis* es problema de salud. En niños los sitios de afección son: ganglionar, miliar, meníngea, ósea, peritoneal y renal. La afección cervical ósea es infrecuente. Consideramos interesante presentar este caso.

**CASO CLÍNICO:** Femenina de 2 años, previamente sana, COMBE negativo, iniciando padecimiento al año de edad con flexión lateral izquierda de cuello y debilidad distal de miembro torácico izquierdo, posteriormente debilidad de miembro torácico derecho y ambos miembros pélvicos además de escoliosis. En nuestro hospital se sospecha de radiculopatía, descartándola por estudios de neurofisiología. Resonancia magnética con pérdida de morfología de cuerpos vertebrales C6-C7. Biopsia con reporte de tejido inflamatorio. BAAR, cultivos negativos. PCR para *Mycobacterium tuberculosis* positivo. Actualmente con tratamiento antitípico, fijación occipito cervical torácica posterior.

**DISCUSIÓN:** Los niños tienen mayor tendencia a desarrollar tuberculosis extrapulmonar. Se debe sospechar clínicamente. Antecedentes de contactos, síntomas generales sugerentes de enfermedad crónica pueden estar ausentes. Se realizó diagnóstico en ocho meses. Se presenta más frecuentemente con dolor, limitación de la movilidad de cuello, compromiso neurológico con afección secundaria a compresión medular. La tomografía axial y la resonancia magnética son útiles para identificar lesiones óseas tempranas y lesiones intramedulares. El tratamiento es mixto.

### **MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DE ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO QUE SIMULAN ESCLEROSIS MÚLTIPLE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**LÓPEZ ROJAS VICENTE, FUENTES FUENTES GRISelda, CARLOS YAIR GARFIAS RAU, LEÓN REYES LLUVIA, HERNÁNDEZ-AGUILAR JUAN**  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"

**INTRODUCCIÓN:** Las manifestaciones neurológicas en la esclerosis múltiple (EM) son difíciles de diferenciar de aquellas causadas por enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico [LES], anticuerpos antifosfolípidos y Sjogren). Se han reportado casos de asociación entre EM con LES y Sjogren, siendo difícil su diferenciación.

**CASO CLÍNICO:** Femenino de 13 años con enfermedad mixta del tejido conectivo (artritis idiopática juvenil, LES, dermatomiositis) desde los 9 años. En 2004 presentó meningitis y mielitis transversa, con hemiparesia izquierda como secuela. En 2008 un segundo evento de mielitis transversa (nivel sensitivo T4) tratada con metilprednisolona. La RM craneo con hiperintensidades periventriculares, cerebelo y astas anteriores de ventrículo lateral derecho en T2 y FLAIR. Los PESS con

patrón desmielinizante. RM médula espinal con lesión desmielinizante en T4. Un mes posterior presentó alteración de conducta y sensibilidad nociceptiva disminuida. RM médula espinal mostró nueva lesión desmielinizante a nivel T1. Se consideró esclerosis múltiple con base en los criterios de McDonald.

**DISCUSIÓN:** Las enfermedades del tejido conectivo imitan a la esclerosis múltiple por actividad de FNT $\alpha$ , IL-6 e IL-10, presentes en LCR en pacientes con EM y LES. En nuestra paciente, las lesiones encontradas en las IRM no corresponden a neurolupus, lo que hizo sospechar de enfermedad desmielinizante.

### **MUTACIÓN C677T Y A1298C DE LA METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA EN PACIENTES CON TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO**

**CAMPOS GUEVARA VERÓNICA M,  
BRAVO ORO ANTONIO, SAAVEDRA ALANÍS VÍCTOR M**  
DEPARTAMENTO DE NEUROPEDIATRÍA, HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO". DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA, FACULTAD DE MEDICINA, UASLP

**INTRODUCCIÓN:** Los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) han incrementado su frecuencia entre los padecimientos neurológicos pediátricos. Sin embargo la etiología es multifactorial. La homocisteína, compuesto altamente reactivo y capaz de modificar biomoléculas a través de homocisteinilación directa o promoción de estrés oxidativo. La hiperhomocisteinemia ( $> 15 \mu\text{M/dL}$ ) se asocia, a través de daño endotelial, a enfermedades cardiovasculares, trombóticas y trastornos neurológicos como defectos del cierre de tubo neural, enfermedades desmielinizantes y neurodegenerativas. No existen reportes acerca de niveles de homocisteína en pacientes TGD, pero dada su implicación en trastornos neurológicos y potencial citotóxico que posee, creemos que existe relación entre autismo e hiperhomocistinemia ligada a mutaciones C677T y A1298C de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR).

**OBJETIVO:** Identificar las mutaciones C677T y A1298C MTHFR en niños de 2 a 16 años con diagnóstico de TGD y compararla con la frecuencia de la misma mutación en niños sanos, en búsqueda de asociación causal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de casos y controles; se incluyeron 21 pacientes con diagnóstico TGD y 21 niños controles. Se tomó 1 mL de sangre para purificación de ADN y búsqueda de las mutaciones C677T y A1298C.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Se presentarán en Congreso, nos encontramos en análisis de resultados.

### **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL SÍNDROME DE STURGE WEBER**

**CALDERÓN PRIEGO LUIS FRANCISCO, OCAÑA HERNÁNDEZ LUIS ALBERTO,  
GARCÍA RAMOS JEANNIE, MARCA GONZÁLEZ SILVIA, ESPINOZA MONTERO RUBÉN**  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"

**OBJETIVO:** Describir el perfil clínico-epidemiológico del Síndrome de Sturge Weber.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, de una serie de casos. Se utilizó estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 20 pacientes, 90% femenino y 10% masculino. Edad al diagnóstico con una media de 14.5 meses. 100% de los casos con desarrollo psicomotor anormal. Ninguno con antecedente heredofamiliar. 75% con hemangioma unilateral, 25% bilateral. 50% presentaron glaucoma unilateral (ojo involucrado), 25% glaucoma bilateral. 25% presentó epilepsia parcial sintomática; 25% epilepsia generalizada sintomática y 25% Síndrome de West. Presentaron crisis generalizadas 50%, crisis parciales 25% con correlación eléctrica en el momento del estudio de 50%. Se encontró una alteración de sistema nervioso central en 50% de los casos por IRM. Comorbilidad en 100% de los casos: microcefalia 50%, aplasia cutis occipital congénita 25%; agenesia renal derecha 25%; otitis media de repetición 25%.

**CONCLUSIONES:** En este estudio se encontró que las características tanto clínicas como epidemiológicas de los casos estudiados coinciden con lo reportado en otras series a nivel mundial, lo cual indica que este síndrome tiene un comportamiento epidemiológico universal.

### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENCEFALITIS VIRALES**

**MARCA GONZALES SILVIA RAQUEL,  
OCAÑA HERNÁNDEZ LUIS ALBERTO, DELGADO OCHOA AZUCENA MARTHA,  
CALDERÓN PRIEGO LUIS FRANCISCO, ESPINOZA MONTERO RUBÉN**  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"

**OBJETIVOS:** Describir el perfil epidemiológico de las encefalitis virales en niños.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo, retrolectivo, transversal de una serie de casos. Se utilizó estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** Se analizaron 100 casos de encefalitis viral en 10 años, 46% femeninos, 54% masculinos, con edades de tres meses a 15 años. Preescolares 37%, escolares 36%. Meses de mayor prevalencia: junio 16%, julio 14%. Tiempo de evolución al diagnóstico cinco días. Manifestaciones clínicas generales: fiebre 61%, vómitos 35%. Manifestaciones neurológicas: síndrome piramidal 74%, alteración de la conciencia 51%, convulsiones 37%. Infecciones asociadas: infecciones respiratorias altas 33%, varicela 12%, ninguna 50%. Características del LCR: normal 24%, pleocitosis 18%, con predominio mononuclear 16%, con proteinorraquia 9%. Cultivo de LCR: negativo 20%, ECHO virus 3%, Coxsakie 3%, no se realizó 66%. Secuelas neurológicas: alteración en la marcha 21%, epilepsia 15%, paresia 10%, sin secuelas 31%, distribución por edad de las secuelas: escolares 38%, preescolares 36%. Mortalidad 12% (58% preescolares).

**CONCLUSIONES:** Los resultados son similares a lo descrito en la literatura internacional, excepto por el grupo etáreo afectado y que el pico de presentación se extiende hasta el verano. La poca identificación del agente viral dependió de la disponibilidad del estudio.

## **PERFIL TEMPRANO DE PATRONES MOTORES ANORMALES: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE NIÑOS SANOS, PREMATUROS Y ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS**

GARCÍA-JASSO FERNANDO GPE,<sup>1</sup> SÁNCHEZ-TORRES R,<sup>2</sup> SÁNCHEZ-MICHACA V,<sup>2</sup> GÓMEZ-HERNÁNDEZ FJ,<sup>3</sup> HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ AC<sup>4</sup>

<sup>1</sup> FUNDACIÓN MEXICANA DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA ÁNGEL A.C. <sup>2</sup> HOSPITAL TORRE MÉDICA. <sup>3</sup> CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE QUERÉTARO, DIF. <sup>4</sup> CLÍNICA DE LA ESPECIALIDAD DE LA MUJER, EJÉRCITO MEXICANO

**INTRODUCCIÓN:** El perfil temprano de patrones motores anormales (PTPMA) es un instrumento clínico de seguimiento neurológico de prematuros, reproducible, sin diferencia entre observadores, con un valor predictivo positivo de 89.4 a los seis meses y de 91 a los 12 meses para predecir parálisis cerebral hacia los dos años.

**OBJETIVO:** Comparar los puntajes obtenidos en el seguimiento de niños sanos, prematuros y enfermedades neurológicas.

**TIPO DE ESTUDIO:** Prospectivo, longitudinal y comparativo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** De marzo de 2003 a marzo de 2008 se evaluaron con el PTPMA niños recién nacidos hasta los 5 años, que se dividieron en tres grupos: 1) niños sanos, 2) prematuros, y 3) enfermedades neurológicas. Dicho instrumento publicado en *Pediatrics* en 1996, está integrado por 15 reactivos con una combinación de patrones motores y reflejos primitivos (PMyRP), que al nacimiento están presentes o ausentes; y en el seguimiento se encuentran de manera parcial, intermitente o en adquisición; y al final ninguno o ausente para PMyRP y adquirido o funcional para las habilidades motoras. Un puntaje máximo es de 30 en un recién nacido y de 0 a 3 a los 12 meses. La valoración fue hecha antes de hacer la historia clínica de primera vez. Y en el seguimiento antes del interrogatorio de los hitos de desarrollo. Se integraron intervalos de clase de 0-3 meses hasta los 24 meses; y de 6 meses hasta los 3 años. Y se excluían de evaluación los niños con síndrome febril o infeccioso al momento de la aplicación PTPMA. Se excluyeron 76 prematuros y 37 neurológicos que están en tratamiento de toxina botulínica A.

**RESULTADOS:** El total de evaluaciones (e) n = 507: 1) niños sanos n = 241 (47.53%) evaluaciones: La puntuación media (PM) y desviación estándar (ds) 0-3 meses (m) (21.97 ± 6.17), 3-6 m (13.75 ± 2.58), 6-9 m (9.22 ± 3.9), 9-12 m (5.51 ± 2.13), 12-15 m (0.75 ± 1.13); 2) prematuros n = 168 (33.13%): PM y ds 0-3 m (21.9 ± 6.45), 3-6 m \*(17 ± 3.54), \*6-9 m (12.42 ± 5.37), \*9-12 m (11.52 ± 10.39), \*12-15 m (15.45 ± 9.16), y 3) enf. neurológicas n = 98 (19.32%): PM y ds 0-6 m (14.38 ± 2.68), 6-12 m (10.43 ± 4.38), 12-18 m (5.66 ± 5.22), 18-24 m (6.45 ± 7.38). Al comparar sanos vs prematuros y sanos vs enf. neurológicas la diferencia significativa en puntaje se observó a partir de tercer mes ( $p < 0.001$ ) para los primeros y para el intervalo entre 0-6 meses para el segundo.

**CONCLUSIONES:** El PTPMA es un instrumento útil para el seguimiento neurológico. La puntuación de referencia con niños sanos permitió estandarizar valores en esta población, que a los 12 meses es entre 0-1 y para los prematuros a los 12 meses es 12-15. Condición que representa una persistencia de patrones motores y reflejos primitivos anorma-

les, y un alto riesgo de parálisis cerebral. Para el grupo de enfermedades neurológicas, es un grupo heterogéneo con muchos sesgos. Y el instrumento puede ser útil para el seguimiento y evaluación objetiva de mejoría, deterioro o no cambios, por las intervenciones médicas y de rehabilitación aplicadas a los pacientes desde el periodo neonatal hasta los 5 años.

## **PRESENTACIÓN DE UN CASO DE PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOKALÉMICA EN PEDIATRÍA**

LEÓN REYES LLUVIA, FUENTES FUENTES GRISELDA,  
LÓPEZ ROJAS VICENTE, HERNÁNDEZ-AGUILAR JUAN  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "DR. FEDERICO GÓMEZ"

**INTRODUCCIÓN:** La parálisis periódica hipokalémica (PPHipoK) es de herencia autosómica dominante, más frecuente en varones. Se han identificado dos mutaciones puntuales en el gen CACNL1A3 en el cromosoma 1q (70%) y en el gen SCN4A (10%), que codifican para un canal de calcio y sodio respectivamente. La fisiopatología exacta no se conoce.

**CASO CLÍNICO:** Masculino de 14 años que presentó dos cuadros de parálisis flácida aguda autolimitada (18 meses y 13 años). En diciembre 2004 presentó debilidad muscular súbita generalizada que progresó a cuadriplejía flácida desencadenada por un episodio de ejercicio físico requiriendo manejo con ventilación mecánica. A la exploración física con cuadriplejía flácida y reflejos miotáticos abolidos. Exámenes de laboratorio dentro de la normalidad, excepto potasio sérico de 1.8 mEq/L con repercusión electrocardiográfica. Se corroboró diagnóstico de parálisis periódica hipokalémica mediante prueba de reto con glucosa e insulina. Se indicó tratamiento con acetazolamida, dieta hiposódica baja en carbohidratos y aporte suplementario de potasio.

**DISCUSIÓN:** Los factores precipitantes de la PPHipoK característicos son el ejercicio y la ingestión de gran cantidad de carbohidratos, sugiriendo una respuesta suprafisiológica a la insulina. Se caracteriza por episodios de parálisis flácida transitorios que puede progresar a cuadriplejía. La afectación de músculos respiratorios es poco común.

## **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE GUILAIN-BARRÉ ATÍPICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA**

ANCER O. JORGE, HERNÁNDEZ V. ANGÉLICA, VÁZQUEZ SALVADOR  
HOSPITAL UNIVERSITARIO, MONTERREY, N.L.

**OBJETIVOS:** Comparar las características clínicas presentes entre la población con síntomas típicos y atípicos que ingresaron a sala de Neurología Pediátrica del Hospital Universitario "Dr. José E. González" en el periodo correspondiente de enero de 2005 a agosto de 2007.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal, comparativo. Criterios de inclusión: pacientes pediátricos que ingresaron al Servicio de Neuropediatría entre enero de 2005 y agosto de

2007, edad menor de 18 años 11 meses, que se corroboró el diagnóstico clínico de Síndrome de Guillain-Barré con base en estudios paraclínicos.

**RESULTADOS:** Se analizó un total de 14 pacientes, la edad promedio fue de 11.8 años, 64.3% pertenecen al género femenino y 35.7% masculino. Al analizar los síntomas, la debilidad de miembros inferiores ocupó el primer lugar con 14%, seguido de alteraciones en la marcha 10%. Los estudios de neuroconducción: afección desmielinizante 35.7% de los casos, alteración mixta (28.6%), axonal (21.4%) y afección polineuropática motora y polirradiculoneuropatía aguda (7.1%) cada uno. Prevalencia de Síndrome de Guillain-Barré (78.6%); en los casos restantes (21.4%) el diagnóstico final fue Síndrome de Miller-Fisher, siendo la variante atípica en 35.7% de los pacientes. El tratamiento con gammaglobulina hiperimmune en 64.3% de los casos, plasmaféresis 14.3% y metilprednisolona 7.1%.

**CONCLUSIONES:** En cuanto a la prevalencia se encontró similar a la descrita en la literatura con la diferencia de que los pacientes con variante atípica presentaron una mayor estancia hospitalaria con la variante típica y un patrón en las pruebas de neuroconducción una variante axonal en los atípicos a comparación con los casos típicos con patrón predominante desmielinizante. Además el porcentaje de complicaciones respiratorias fue menor que en la reportada en la literatura.

### **PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”**

ESPINOZA COLUNGA ABRYL ILEANA,  
CORONADO JUVERA SANDRA SUSSETTE,  
CASTILLEJEA ZAPATA MARTHA AZUCENA, SÁNCHEZ LÓPEZ ISAÍAS,  
SALINAS CANTÚ ADRIANA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”, MONTERREY, N.L.

**INTRODUCCIÓN:** La tasa de prevalencia en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un tema controvertido. En el DSM-IV se establece un intervalo entre 3-5. En los últimos años hemos notado aumento en nuestra consulta, por lo que decidimos realizar este trabajo para conocer nuestra estadística y población.

**OBJETIVO:** Describir la casuística de este trastorno en consulta externa del Servicio de Neurología en un periodo de tres años de enero 2005 a diciembre del 2007.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisó la base de datos de la consulta en un periodo de tres años, recabándose en base de datos y se analizaron los resultados.

**RESULTADOS:** Se encontraron 183 casos nuevos en tres años, 42 casos en 2005, 56 en el 2006 y 85 en 2007. La edad promedio de diagnóstico fue a los 7.4 años, 74% con subtipo clínico mixto, 15% hiperactivo y 11% inatento. 85% género masculino, comorbilidad más frecuente fue enuresis, los trastornos del lenguaje y la epilepsia. Un 70% cuenta con manejo medicamentoso y 90% tiene apoyo escolar. Un 40% se reporta EEG anormal.

**DISCUSIÓN:** El TDAH se ha incrementado como motivo de consulta, probablemente por la expansión de información dada a padres y maes-

tres; es importante conocer bien esta patología para un diagnóstico precoz e instaurar apoyo y manejo más adecuado.

### **REGRESIÓN DEL DESARROLLO Y COREA DE SYDENHAM ASOCIADO CON LA INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

HERNÁNDEZ V. ANGÉLICA, HERNÁNDEZ CLAUDIA, CHÁVEZ V BEATRIZ  
HOSPITAL UNIVERSITARIO, MONTERREY, N.L.

**OBJETIVOS:** Describir el caso clínico de niña de 3 años con regresión del desarrollo y movimientos coreicos en asociación con infección por *Streptococcus pyogenes*.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Femenina de 3 años de edad, sin antecedentes familiares de importancia, desarrollo psicomotor normal. Presenta en mayo una crisis convulsiva tónico clónica generalizada; se realiza IRM y EEG los cuales son normales; se da de alta sin FAE. En periodo de 20 días transcurre con alteración de sueño vigilia, de la conducta y dolor en miembro superior derecho; es hospitalizada por presentar poco contacto con el medio externo, incapacidad para el habla y la marcha e inicio de movimientos coreoatetósicos que ceden durante el sueño. Se realiza IRM, EEG. Hemograma normal, LCR normal, ASO 600 (< 200). Cultivo faringeo *Streptococcus pyogenes*.

**RESULTADOS:** Inicia penicilina, carbamazepina y clonazepam. Actualmente no recupera habla.

**CONCLUSIONES:** La infección estreptocócica no es una entidad rara en nuestro medio por ser un país en vías de desarrollo y su presentación con corea en niños como manifestación aislada es frecuente; es importante realizar el diagnóstico correcto entre PANDAS e infección por fiebre reumática por el pronóstico asociado.

### **TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES (TAA) VS. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y DE REHABILITACIÓN MOTORA CONVENCIONALES PARA NIÑOS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA**

GARCÍA-JASSO FERNANDO GPE, HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ AC,  
GARCÍA-HERNÁNDEZ F, GARCÍA-HERNÁNDEZ IB  
FUNDACIÓN MEXICANA DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA ÁNGEL A.C.

**INTRODUCCIÓN:** Desde 1962 se ha trabajado con perros para el tratamiento psicológico de niños con problemas de conducta. Más de 60% de instituciones de salud en EUA y Canadá cuentan con sistema de terapia asistida por animales (TAA).

**OBJETIVO:** Comparar la TAA con el tratamiento convencional.

**TIPO DE ESTUDIO:** Prospectivo, descriptivo, longitudinal y comparativo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Sujetos humanos: De abril de 2004 a marzo de 2008 se integraron niños de ambos sexos, con trastorno por déficit de atención y su comorbilidad. Se adaptaron técnicas convencio-

nales de rehabilitación psicológica y motora al trabajo con perros. Integradas a 45 tareas terapéuticas. Para trabajar las áreas motora, emocional y de pensamiento. La duración de la sesión fue de 45 min de trabajo y 15 min de juego. Una a dos veces por semana por seis meses mínimo. Sustituyendo el perro de trabajo a cada niño, según los avances. El grupo control lo integraron pacientes con tratamiento psicológico y motor convencional con apoyo de actividades deportivas. A ambos grupos se aplicó cuestionario de evaluación y seguimiento para TDA de Conners, una prueba motora estándar y C-mas para valorar la ansiedad. Todos con tratamiento farmacológico. Los terapeutas fueron un neurólogo pediatra, una enfermera auxiliar, cuatro técnicos en rehabilitación y dos jóvenes voluntarios, capacitados como manejadores de perros. Sujetos animales: perros hembras y machos, adiestrados en obediencia básica y avanzada que cumplen los criterios de perfil de perro social. Razas cobrador de labrador, cobrador dorado, pointer alemán y border collie.

**RESULTADOS:** n = 62 niños (47% niños, 15% niñas) vs control n = 60 (40% niños, 20% niñas) edad 9.6 años  $\pm$  2.8 (mínima 4, máximo 22 años). En cuatro meses hubo mejoría en la concentración, atención y disminución de la hiperactividad (59 vs 57, p = 0.88). Siendo más significativa la disminución de la impulsividad y la ansiedad en el grupo de TAA (23 vs 10, p < 0.0012, 32 vs 9). Los cambios en el rendimiento motor, al completar toda la prueba con éxito en todos los reactivos, fue semejante en ambos (61 vs 60, p = 0.978). Y resultados referidos por los padres aumentó su autoestima, son más expresivos y tienen mayor tolerancia a la frustración; aceptan observaciones y reglas y se imponen al temperamento del perro. Los perros de TAA por razas son seis boxer, cuatro pointer alemán, tres border collie, dos cobrador de labrador y un cobrador dorado. Ocho hembras y siete machos, llevando una bitácora de horas de TAA. Hubo dos incidentes de rasguños en brazos y abdomen; un incidente de arrastre por el suelo de 3 m y ninguna mordedura ni zoonosis.

**CONCLUSIONES:** La TAA es una alternativa para el tratamiento psicológico y motor de niños con TDA. En este grupo la disminución de la impulsividad y ansiedad fue más significativa. Está descrito que los niveles de dopamina se elevan en niños y perros tan sólo por la convivencia, constituyendo la evidencia neurobiológica de la importancia del contacto humano-animal. Los grupos de TAA deben estar integrados por profesionales de la salud, adiestradores de perros y médicos veterinarios.

rios, para garantizar seguridad al paciente que recibe esta alternativa de terapia que se realiza en espacios abiertos.

### **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, COMORBILIDAD Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**

**RESÉNDIZ APARICIO JUAN CARLOS, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ ERNESTO, AGUIRRE GARCÍA ELISA, RIVERA QUINTERO JOSÉ C, YAÑEZ ACOSTA MARTHA LILIA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”, D.F., SECRETARÍA DE SALUD**

**INTRODUCCIÓN:** TDA es el trastorno neuro-conductual más frecuente en niños y causa número uno de atención en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis prospectivo, pacientes con diagnóstico de TDA (DSM-IV), durante un periodo de dos meses, estadística descriptiva y  $\chi^2$ .

**RESULTADOS:** Reclutamos 555 pacientes, edad promedio 8.7  $\pm$  1.66 años, predominio varones y subtipo combinado. Diferencia significativa (p < 0.05) para género en los subtipos inatento y combinado. Varones diagnosticados en edades más tempranas. Electroencefalograma en 245 pacientes, 45.7% normales y 54.3% anormales. Medicamentos más empleados metilfenidato (87.4%), risperidona (8.1%), fluoxetina (5.8%), sin tratamiento (5.6%). Antiepilepticos como modulador del afecto (18.4%). El 32% de los pacientes recibían más de un fármaco. Combinaciones más frecuentes metilfenidato con: valproato, risperidona y fluoxetina. Observamos una alta comorbilidad (68.1%), trastornos internalizados 136 pacientes (24.5%) y externalizados 143 (25.8%). Otras comorbilidades trastornos de aprendizaje (13.6%), trastornos de eliminación (6.1%). De siete bipolares, cinco tenían subtipo hiperactivo-impulsivo.

**CONCLUSIONES:** En nuestra institución acuden más varones que mujeres a recibir atención por TDA, siendo el subtipo más frecuente el combinado. Para TDA la comorbilidad es la regla más que la excepción y esto justifica en gran parte el uso de fármacos incluyendo la polterapia.

