

De posibles convulsiones neonatales al diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica.

Begoña Alborch Vidal¹, Irene Rojas Butron¹, Clara Chover Martinez¹,
María Cernada Badía², Roberto Llorens Salvador³

¹Residente de Pediatría y sus áreas específicas del Hospital la Fe, Valencia; ²Servicio de Neonatología del Hospital la Fe, Valencia; ³Servicio de Radiología Infantil del Hospital la Fe Valencia

INTRODUCCIÓN

La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) es un síndrome neurológico que aparece inmediatamente después del parto tras una agresión hipóxico-isquémica, siendo la incidencia aproximada de 1-3/1.000 recién nacidos vivos a término/año. Se caracteriza por alteraciones del estado de alerta, de la excitabilidad, el tono muscular, las respuestas motoras y los reflejos, asociando con frecuencia convulsiones.

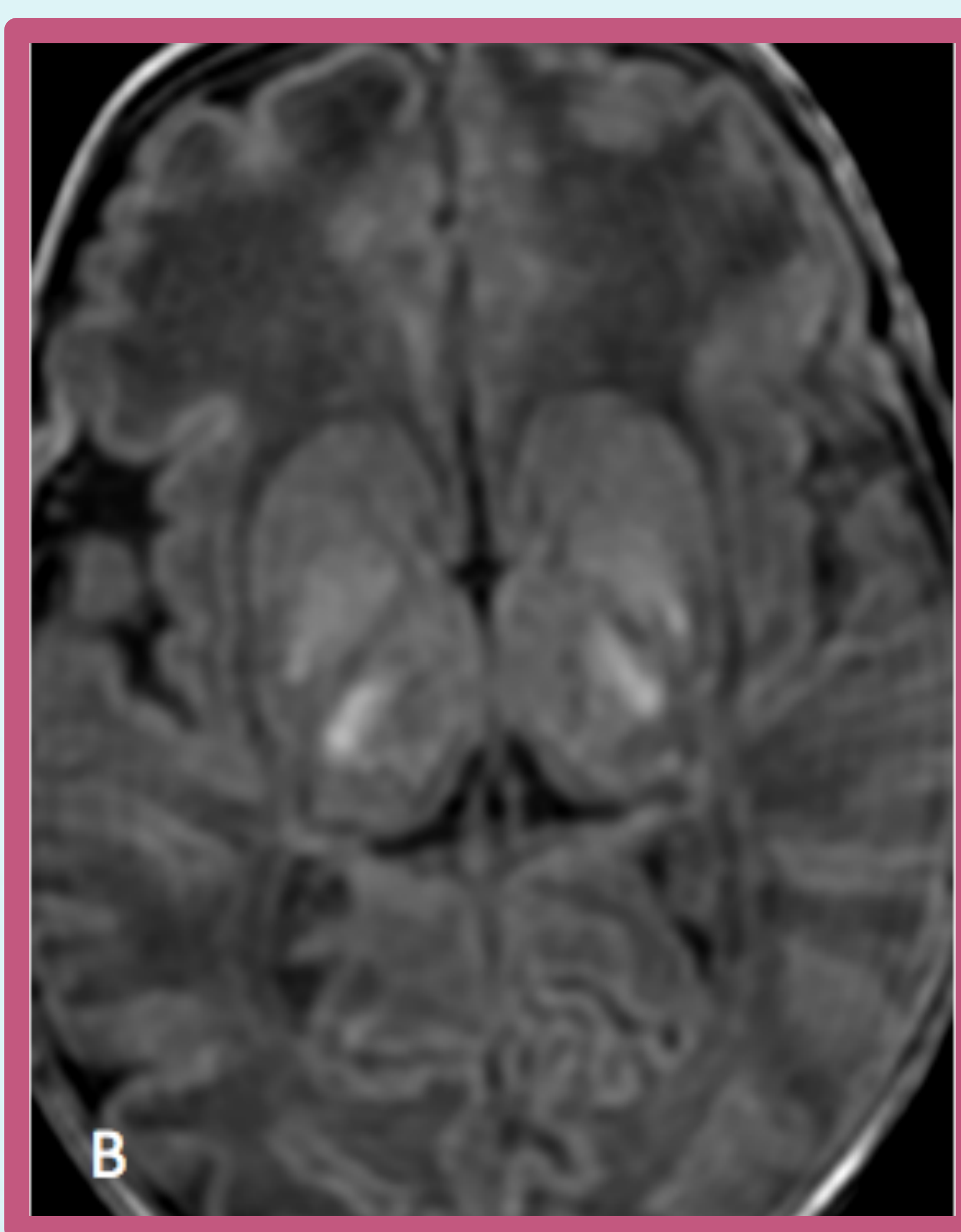
CASO CLÍNICO

Neonato a término derivado a nuestro centro al cuarto día de vida por sospecha de convulsiones neonatales. Gestación controlada sin incidencias. Nacido por cesárea urgente al presentar registro cadiotocográfico no satisfactorio. Apgar 6/9. Peso al nacimiento 2480g (p4). Se objetiva circular y nudo verdadero de cordón. Precisa soporte con CPAP, FiO2 0.21 al minuto de vida. Mejoría del distrés a las 10 horas de vida sin precisar soporte respiratorio. Gasometría de cordón: pH 7.33. Analítica y gasometría al nacimiento anodinas. Desde el nacimiento tendencia a la hipotonía con episodios alternantes de hiperexcitabilidad de miembros con reflejos primitivos exaltados. Dificultad en el inicio de la nutrición enteral por succión mordiente. Resto de exploración normal.

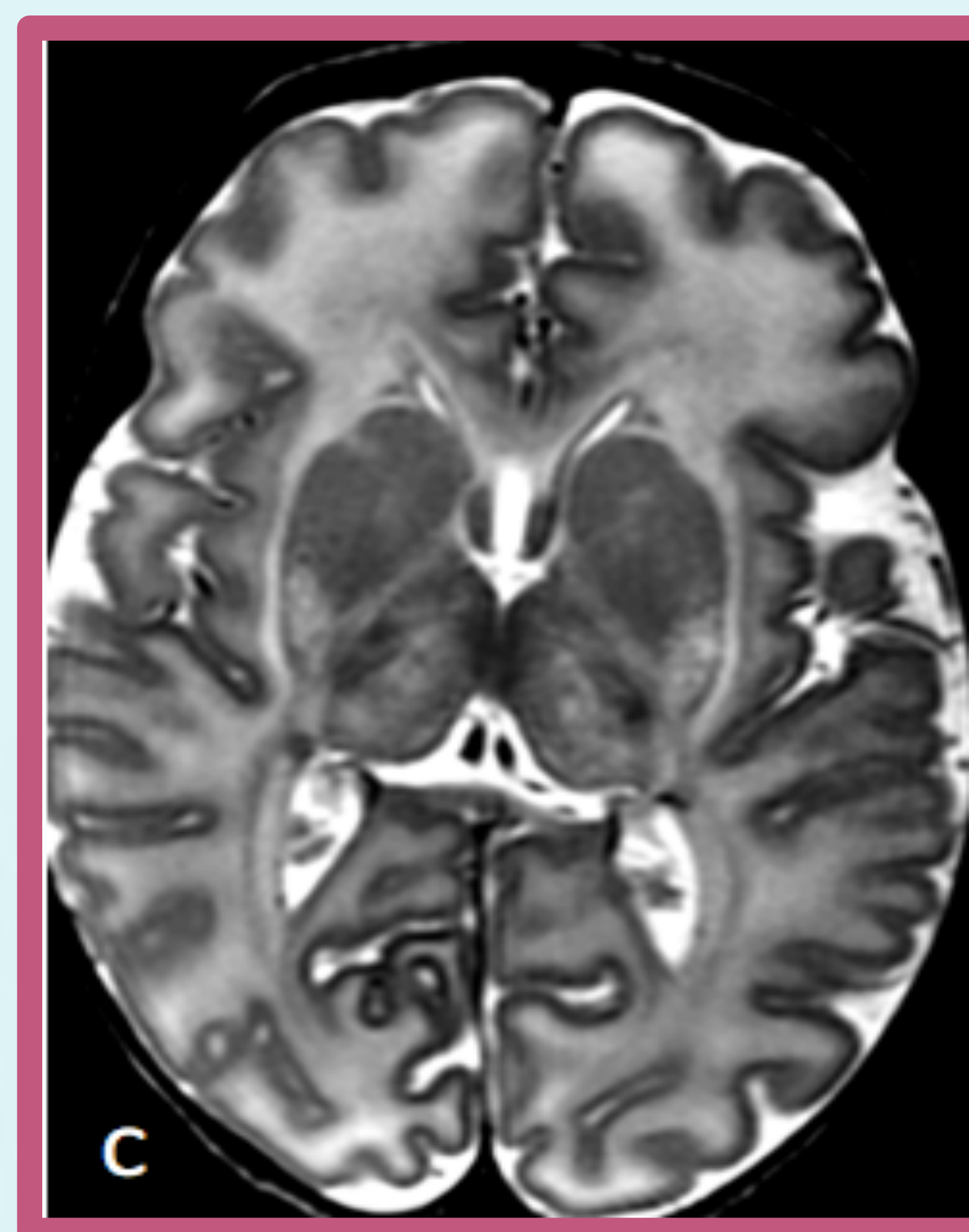
En nuestro centro presenta episodios de similares de hiperexcitabilidad con hipotonía asociando movimientos repetitivos de braceo y pedaleo, sin alteración del estado de alerta ni de las constantes vitales. Se monitoriza con aEEG y EEG convencional que muestran un patrón continuo de voltaje normal, sin actividad epileptiforme ni crisis convulsivas. En la ecografía cerebral se objetiva una hiperecogenicidad talámica bilateral sugestiva de EHI. Se completa estudio con RM cerebral que muestra signos de EHI neonatal con signos morfológicos de mal pronóstico, grado 2A de la escala Neonatal research network (NRN).



A. Plano coronal ecografía modo B: Hiperecogenicidad talámica bilateral en plano coronal de ecografía modo B el 4-5 ddv.



B. Imagen Axial de RM cerebral (T1): Hiperintensidad de tálamo y región dorsal del putamen y ausencia de mielina en brazo posterior de la cápsula interna, como signos de hipoxia profunda perinatal.



C. Imagen Axial de RM cerebral (T2): Alteración de la intensidad de señal de tálamos y putamen por edema secundario a hipoxia – isquemia.

CONCLUSIONES

- La EHI es la causa más común de convulsiones neonatales. Sin embargo, se requiere electroencefalografía para distinguir entre eventos paroxísticos no epilepticos y las convulsiones neonatales.
- La neuroimagen, especialmente la RM cerebral, proporciona información sobre la naturaleza, el patrón y el alcance de la lesión cerebral.
- En ocasiones hay lesiones de EHI que no debutan con clínica típica o esta es leve y no se benefician del tratamiento con hipotermia corporal total. El reto es identificar estos casos para poder iniciar la rehabilitación lo más precozmente posible, instaurar un abordaje multidisciplinar e iniciar el seguimiento en el neurodesarrollo.