



ATAXIA AGUDA EN LA INFANCIA

Dr. Guillermo Fariña K

Neurologo Infantil

Hospital San Borja Arriaran

Octubre 2015

DEFINICIÓN Y GENERALIDADES

Ataktos

- falta de orden



Trastorno de la marcha es una consulta frecuente en los servicios de urgencia



La ataxia como causa neurológica de trastorno de la marcha está dentro de las consultas frecuentes en SU.



Son de pronóstico y gravedad variable.



Generalidades

Trastornos
del control
fino de la
postura y del
movimiento.



Control de
múltiples
sistemas:

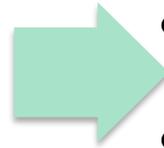
- Vestibular
- Propioceptivo
- Cerebeloso
-



SEMIOLOGÍA

Ataxia de tronco

- Bamboleo en sedestación
- Inestabilidad del tronco



Ataxia de cabeza

- Titubeo
- Temblor espontaneo en reposo
- Habitualmente asociado a Nistagmus



SEMIOLOGÍA

Marcha atáxica

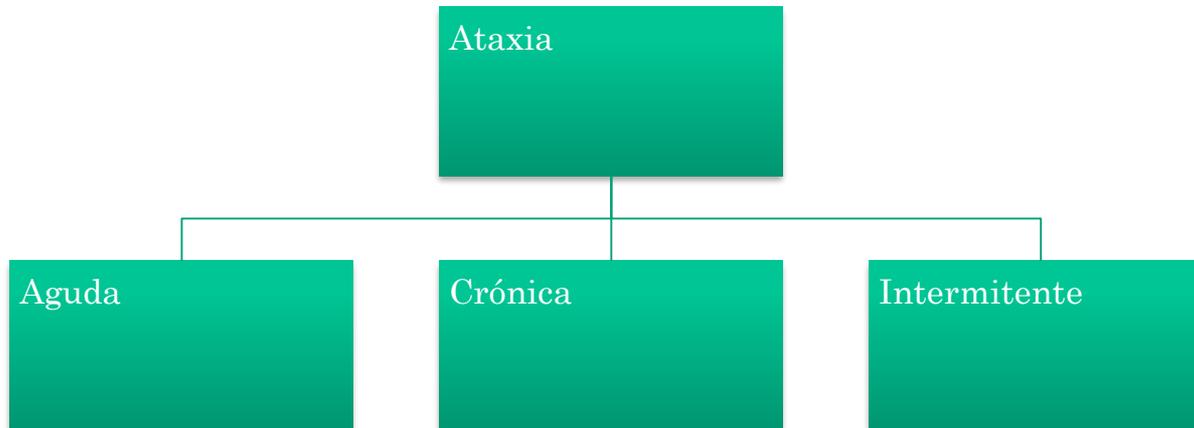
- Aumento de base de sustentación.
- Descolemposición de los giros
- Marcha inestable



Signo de Romberg.

- Inestabilidad en reposo
- Pérdida de la postura al cerrar los ojos
- Se puede asociar a falta de reflejos

CLASIFICACIÓN



Inestabilidad de la marcha y/o de movimientos finos, de menos de 72 hrs. De duración.



Evaluación Clínica

Anamnesis

Consumo de fármacos	Antecedentes de vacunas	Antecedentes de enfermedades familiares	Preguntar por fármacos en la casa	Enfermedades previas	Tiempo de evolución	Síntomas generales asociados	Síntomas Generales asociados	Vomitos
---------------------	-------------------------	---	-----------------------------------	----------------------	---------------------	------------------------------	------------------------------	---------

Exámen Físico

Pediátrico

Lesiones
en piel

Fiebre

Sintomas
respirator
ios

Gastroint
estinales

Lesiones
recientes
de
varicela

Exámen Físico

Neurologico

Conciencia

Examen
Motor

Pares
Craneanos
• FONDO
DE OJO

Motor

Cerebelo



Examen Físico

Cerebelo

Dismetria

Marcha

Diadocosi
nesis

Romberg

Nistagmu
s



Clasificación

Ataxia cerebelosa

Ataxia sensitiva

Ataxia motora o
parética



ATAXIA CEREBELOSA AGUDA

Causa más común de ataxia en la infancia, 40% de los casos.



Más frecuente en niños pequeños (2-4 años). Niños



La mayoría son de evolución benigna



Son de inicio brusco



Menos de 72 horas de evolución



Puede ser la presentación inicial de una ataxia crónica



Causas

Postinfecciosas



Tumores



Cerebelitis



Desmielinización
postinfecciosas



Causas
vasculares
menos
frecuentes
pero es
importante
sospecharlas



• AI POR REACCIÓN CRUZADA CONTRA ANTÍGENOS CEREBELOSOS

✧ Antecedente de infección previa (hasta 21 días) se observa en el 70% de los casos.

<i>Direct Infection</i>	<i>Infections Associated With Post- or Parainfectious Cerebellitis</i>	<i>Systemic Infections</i>
Echovirus type 9	Varicella zoster	Typhoid fever
Coxsackie B	Epstein-Barr virus	Scarlet fever
Varicella zoster	Mumps	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>
Bacterial meningitis (pneumococcal, meningococcal)	<i>Legionella pneumophila</i>	Diphtheria
	Hepatitis A	Leptospirosis
	Influenza A and B	
	Herpes simplex virus I	
	Coxsackie A	
	Echovirus type 6	
	Enterovirus type 71	
	Malaria	
	Poliovirus type 1	
	Japanese B encephalitis	
	Parvovirus B19	
	Measles	
	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	

Cuadro Clinico

Instalación
abrupta
alteración
de la
marcha

Máxima
intensidad
a inicio

Mayor
afectación
de tronco
que de
EE

Síntomas
asociados:
titubeo,
temblor de
intención,
dismetría,
nistagmo.

Flutter
ocular y
opsoclono.
• Poco
frecuente
pero
importante
e
sospechar

ADEM

Encefalopatía multifocal.

Mayoritariamente un episodio. Más EM?

Desarrollo posterior a vacunación o infección

Se asocia de compromiso de conciencia

Puede tener convulsiones

Focalidad en el examen físico



ENCEFALITIS

Afectación de Tractos cerebelosos.

Ataxia asociada a alteraciones respiratorias, pares craneales y vías largas.

Compromiso de conciencia

Convulsiones y rapido deterioro

Epstein-Barr virus, *Listeria monocytogenes* y enterovirus tipo 71 han sido reconocidos como algunos de los agentes causantes.



SÍNDROMES CEREBELOSOS TÓXICOS

32% de ataxias agudas en la infancia

El farmacos mas frecuente son los antihistaminicos

Otros fármacos BDZ, antipsicoticos

Preguntar por enfermedades familiares

Metales pesados y químicos orgánicos menos frecuente.

Intoxicación presenta dos peak: <6 años (accidental) y adolescencia.

De reuperacion espontanea



LESIONES TUMORALES

45-60% de los TU cerebrales en infancia, aparecen en tronco o cerebelo.

Lesiones de fosa posterior generalmente se presentan con ataxia progresiva, aumento de la PIC y otras focalidades asociadas.

Descompensación aguda puede deberse a sangrado o hidrocéfalo agudo.

TU supratentoriales de línea media pueden cursar con ataxia y fontrales dado compromiso de fibras fronto-cerebelosas asociativas

Se asocia a síntomas de hipertensión intracraneana aguda y de rápida progresión.



TRAUMA

Contusión, hemorragia cerebelosa o hematoma extraparenquimatoso.



En niños pequeños, ataxia de la marcha es más marcada que nistagmo o disimetría. Niños mayores se quejan de mareo y cefalea.



Sospechar disección vertebral.



Accidente cerebro vascular

Stroke de fosa posterior raro en niños. Considerar luego de trauma cervical.



En estos casos, focalidad cerebelosa frecuentemente asimétrica y asociada a alteraciones de tronco.



Hemorragia: MAV o alteraciones de coagulación. Raro.



SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS

Opsoclonus-myoclonus en 50% secundario a Neuroblastoma (ataxia sola también reportada) o Ganglioneuroblastoma de mediastino o abdomen.



Tendencia a presentarse como SPN en niños menores.



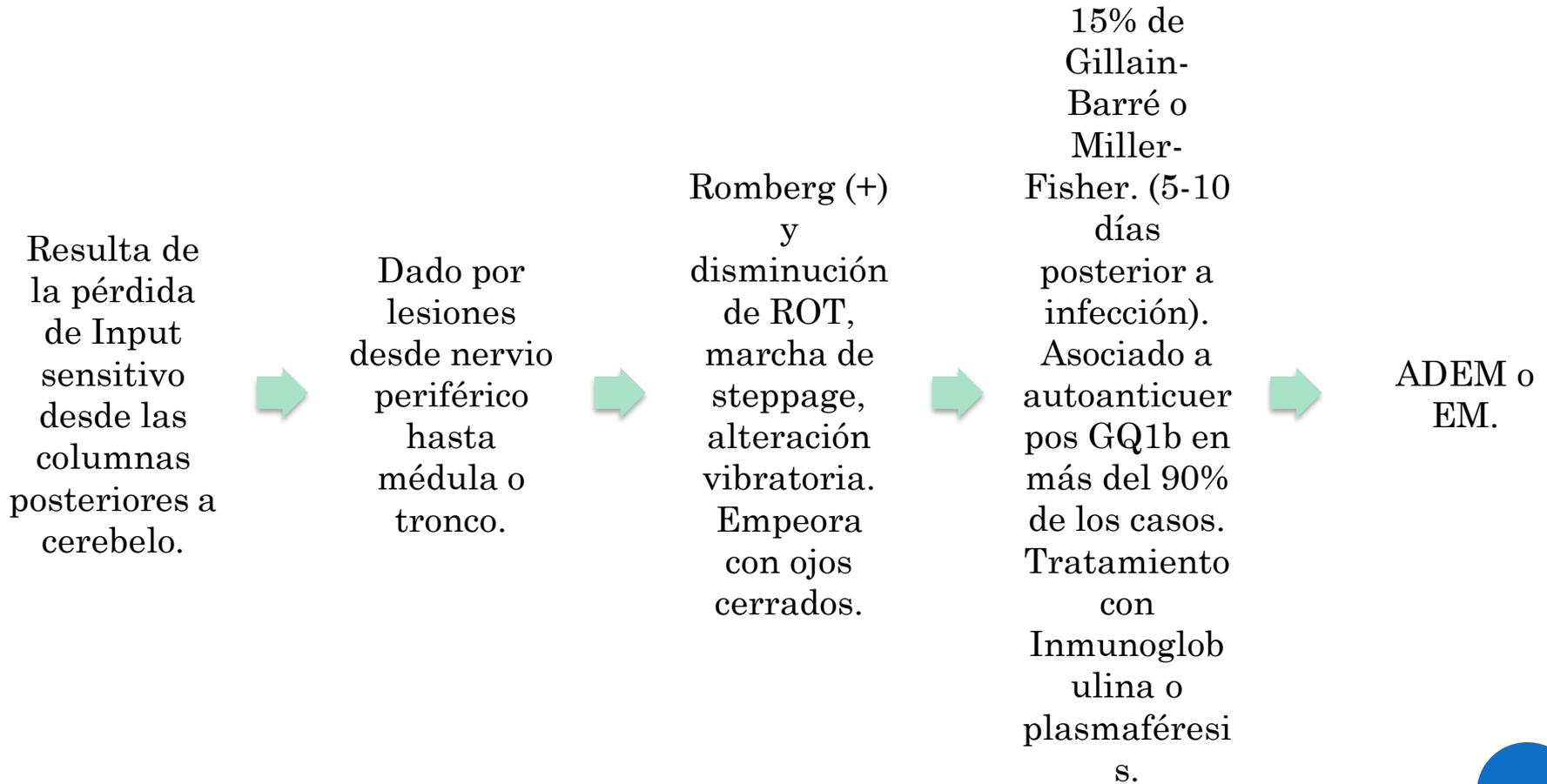
En este contexto, ataxia puede ser de presentación subaguda y fluctuante.



También vista en Enfermedad de Hodgkin, histiocitosis de Langerhans, y Hepatoblastoma. Tratamiento quirúrgico.



ATAXIA SENSITIVA



ATAXIA PARÉTICA.

Lesiones de tracto cortico-espinal, frontales o parietales.



Asociado a alteración de sensibilidad, disminución de los ROT y función esfinteriana.



Ataxia es proporcional a debilidad.



ESTUDIO

Deber ser dirigido según la historia y hallazgos del examen físico



Exámenes Generales

- Descarta causas infecciones
- Alteraciones hidroelectrolíticas



Neuroimágenes

- Resonancia Magnética de cerebro
- TAC de cerebro



Punción lumbar

- Meningitis
- Encefalitis
- Enfermedades desmielinizantes



Resonancia Magnetica

Alto costo



Difícil de conseguir en el sistema público



Requiere de estabilidad del paciente y de anestesia

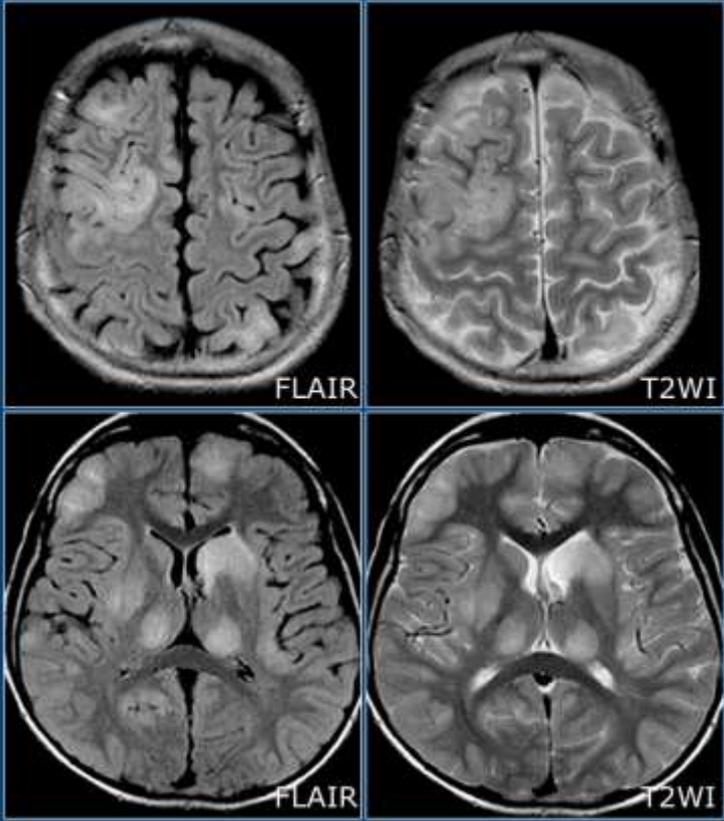


Gold estándar en el estudio de una ataxia

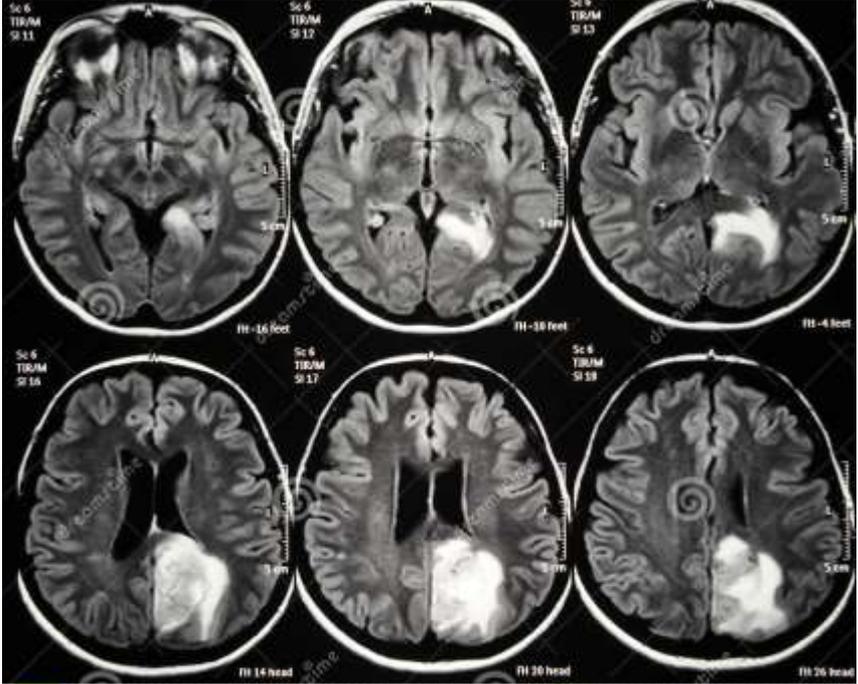


Resonancia Magnética

ADEM



Neoplasias

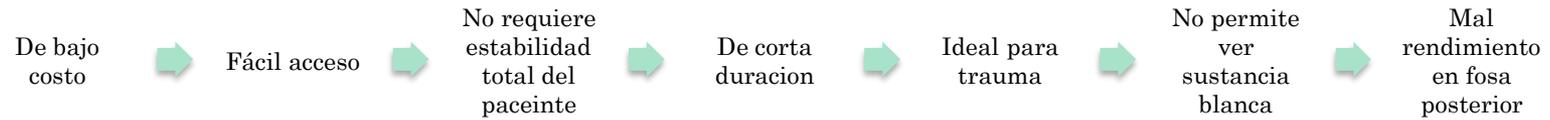


Download from
Dreamstime.com

3024193
Web1182 | Dreamstime.com

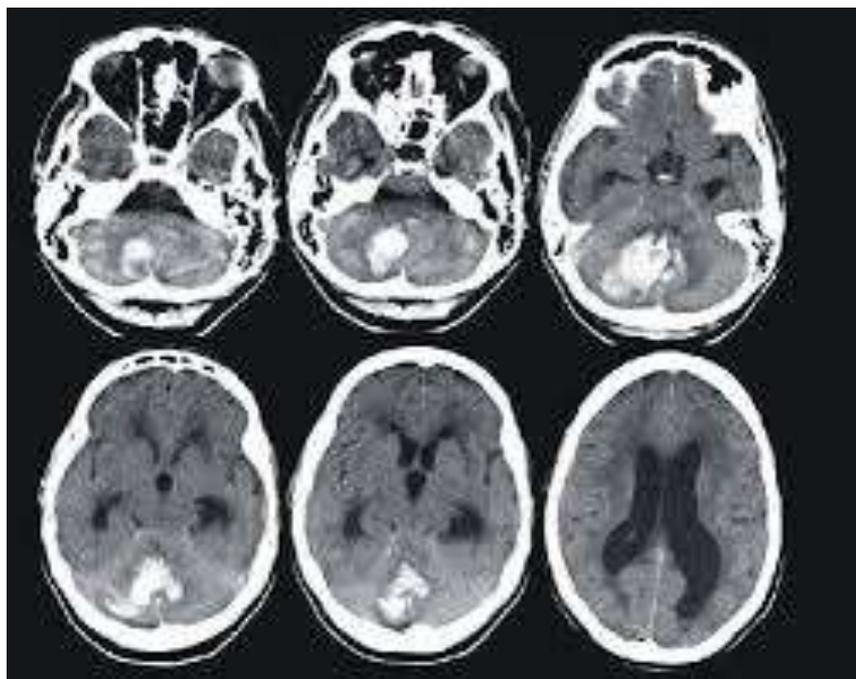


TAC de cerebro

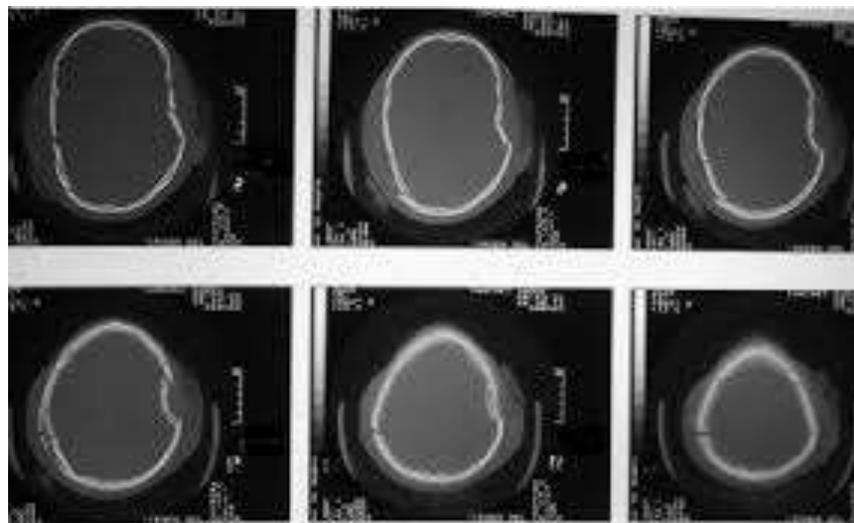


TAC de cerebro

Hemorragia



Trauma



Manejo agudo

Va a depender de la etiología



Manejo de los síntomas generales y estabilización del paciente



Intoxicaciones

- Antídotos
- Lavado gástrico



Infecciones

- Antivirales si están indicados
- Aciclovir o Ganciclovir
- Antibióticos



Manejo agudo

Postvirales

- Corticoides si hay desmielinización
- Metilprednisolon



Traumáticas o tumorales

- Quirúrgica si esta indicado
- Manejo de la



Manejo Crónico

Seguimiento
clínico

- Mejoría gradual?
- Ataxia Crónica de inicio



Rehabilitación

- Kinesioterapia
- Terapia Ocupacional



CONCLUSIONES

- ✦ Las ataxias más frecuentes en pediatría son las de aparición aguda.
- ✦ Patología infrecuente, ya que sólo representan un 0,024% del total de los pacientes atendidos durante un período de tres años en un hospital terciario.
- ✦ La ataxia aguda postinfecciosa es más común en niños de edad preescolar, aunque también puede ocurrir en niños mayores, después de una infección por EBV o tras inmunizaciones



CONCLUSIONES

- ✦ El segundo grupo en frecuencia es el de las intoxicaciones, de predominio masculino, a una menor edad y con evolución más breve.
- ✦ Las causas más frecuentes fueron las benzodiazepinas, antihistamínicos y OH en los niños mayores.
- ✦ Estas siguen por lo general un curso benigno y autolimitado.

