



EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE PATOLOGÍA NEUROLÓGICA PREVALENTE SIN EL APOYO DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

**Ramón Cancho Candela
Unidad de Neurología pediátrica.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega.
Valladolid.**

Objetivos:

Mejora en la evaluación diagnóstica en patología neurológica prevalente mediante anamnesis y exploración neurológica básica

Patologías evaluadas:

- Alt. de forma o tamaño craneal
- Convulsión febril / Sospecha de infección de SNC
- Convulsión aparent. no provocada
- Cefalea
- Traumatismo craneoencefálico
- EPNE (síncope, vértigo)

An aerial photograph of a meandering river in a valley. The river flows through a lush green landscape with dense forests and grassy areas. In the background, there are rugged mountains with some snow and clouds. The sky is blue with scattered white clouds. A semi-transparent blue box is overlaid on the middle of the image, containing the title text in yellow.

Evaluación somera de alteraciones en forma craneal

Dismorfias craneales sinostóticas vs posicionales: puntos clave

La mayoría de los pacientes con deformidades craneofaciales en la actualidad son debidas a plagiocefalia posicional (o postural).

Dismorfias craneales sinostóticas vs posicionales: puntos clave

La mayor parte de craneosinostosis no producen microcefalia

Plagiocefalia

ARTÍCULO ESPECIAL

An Pediatr (Barc). 2007;67(3):243-52

Enigmas y confusiones en el diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional. Protocolo asistencial

J. Esparza Rodríguez^a, J. Hinojosa Mena-Bernal^a, M.^aJ. Muñoz-Casado^a, A. Romance-García^b, I. García Recuero^b y A. Muñoz-González^c

Servicios de ^aNeurocirugía Pediátrica, ^bCirugía Maxilofacial y ^cNeuroradiología. Unidad de Cirugía Craneofacial. Hospital Infantil 12 de Octubre. Madrid. España.

Artículo de referencia y protocolo para diferentes unidades

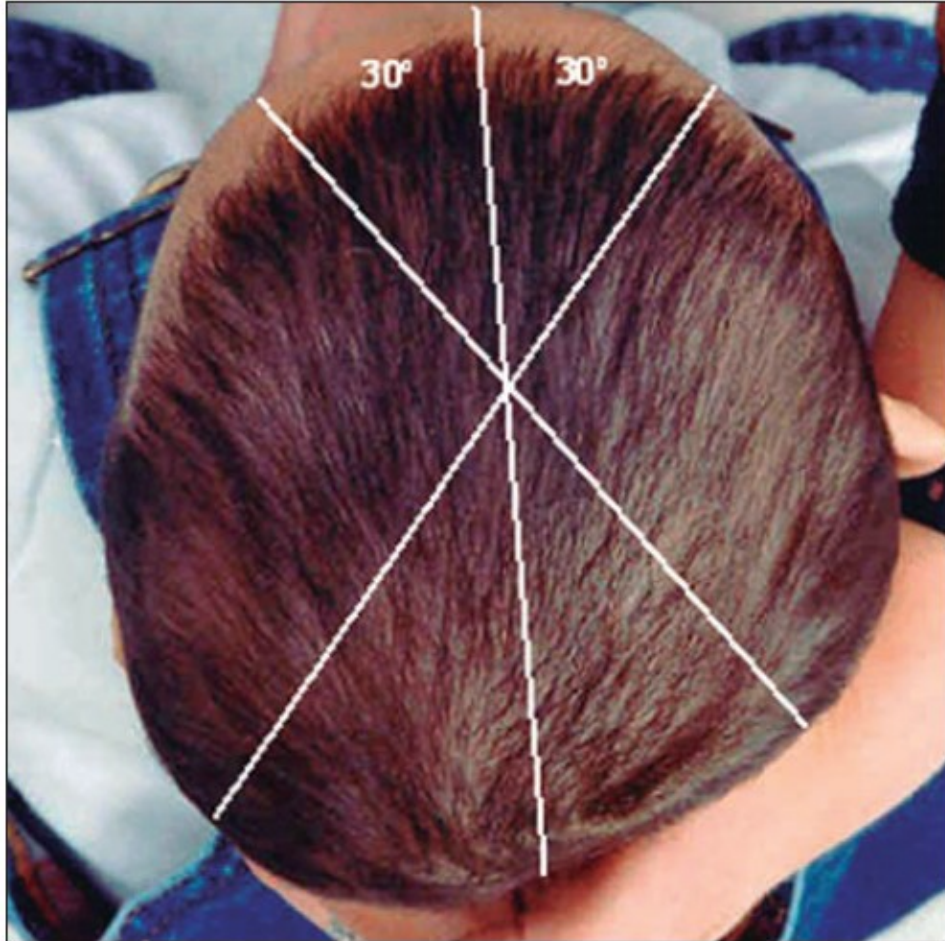


Foto 1: **plagiocefalia posicional asimétrica:**

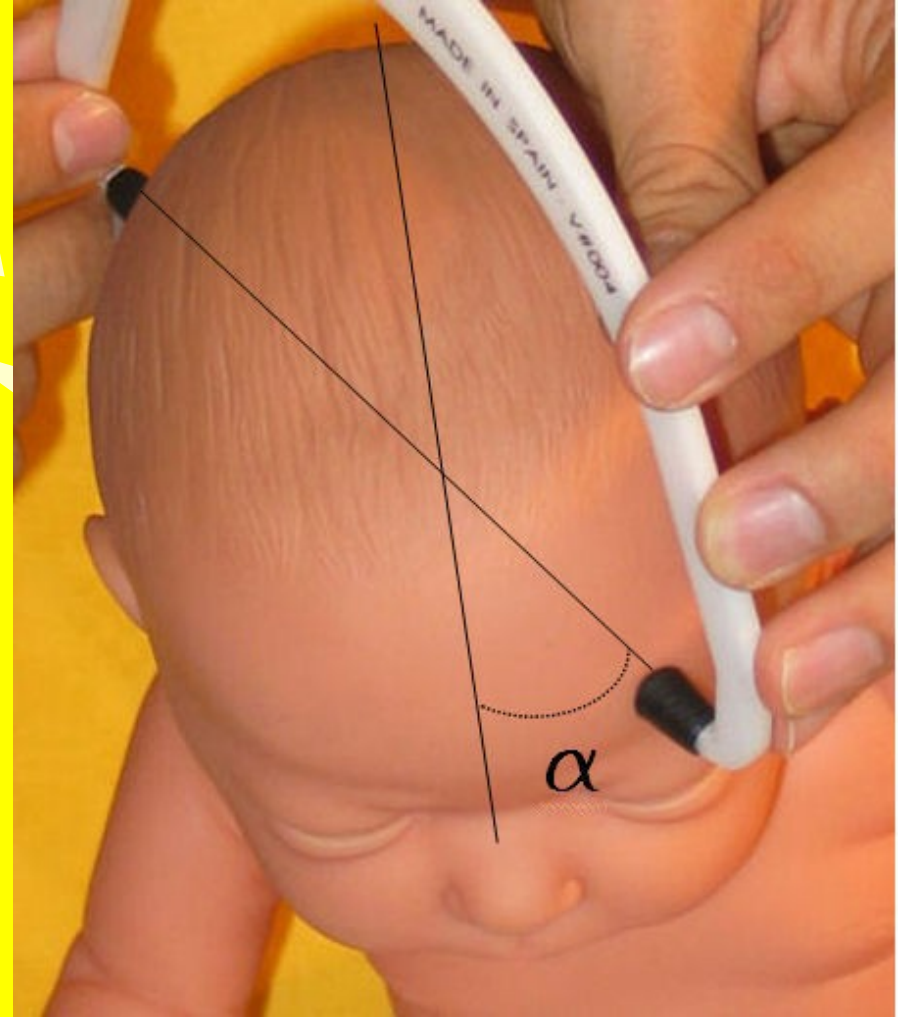
medida diagonal mayor menos diagonal menor:

0-10mm: leve 10-20mm: moderada + 20mm: severa

Foto 2: **plagiocefalia posicional bilateral o braquicefálica:**

ratio bipar/A-P:

0.8-0.9: leve 0.9-1: moderado >1: severo.



La mejor manera es con craneómetro (ángulo alfa 30°)

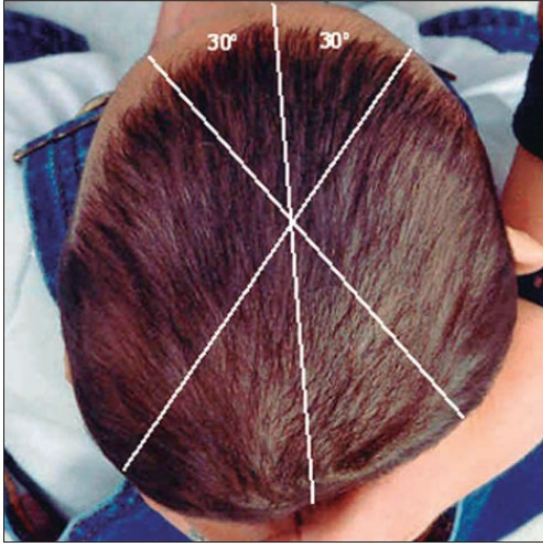


Foto 1: **plagiocefalia posicional asimétrica:**
medida diagonal mayor
menos diagonal menor:
0-10mm: leve
10-20mm: moderada
+ 20mm: severa

Foto 2: **plagiocefalia posicional bilateral o braquicefálica:**
ratio bipar/A-P:
0.8-0.9: leve
0.9-1: moderado
>1: severo.

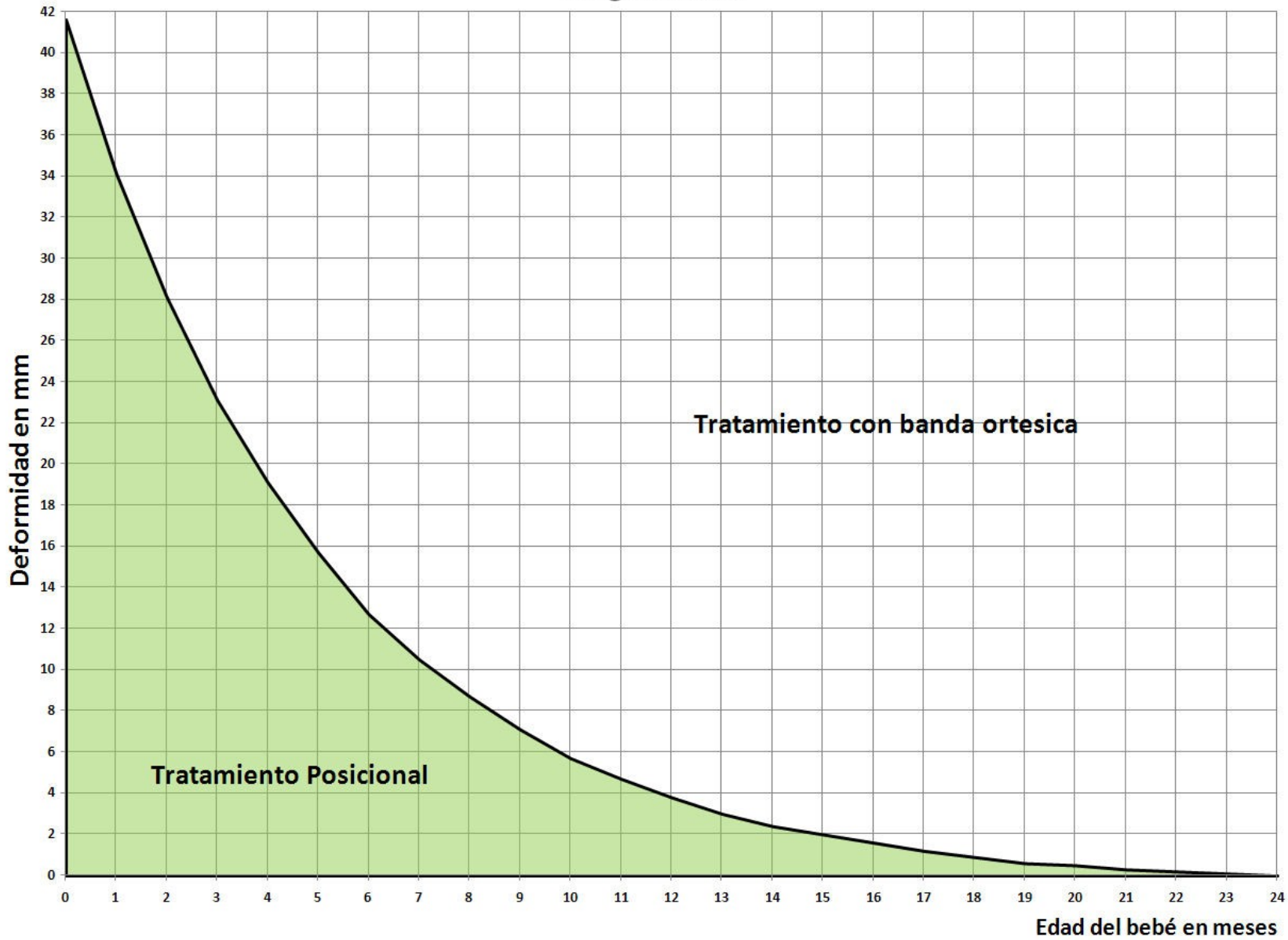


EN LA PRÁCTICA:

MENOS DE 5 MESES: todas: tto. posicional. En severas dudar del dgto. de posicional. Todas: valorar desarrollo motriz grueso

MÁS DE 5 MESES: leve: nada. Moderadas o severas: valoración ortesis por quien corresponda. Todas: valorar desarrollo motriz grueso

Plagiocefalia



Existen algunos gráficos que ayudan en la decisión según edad del paciente (uso discutido)

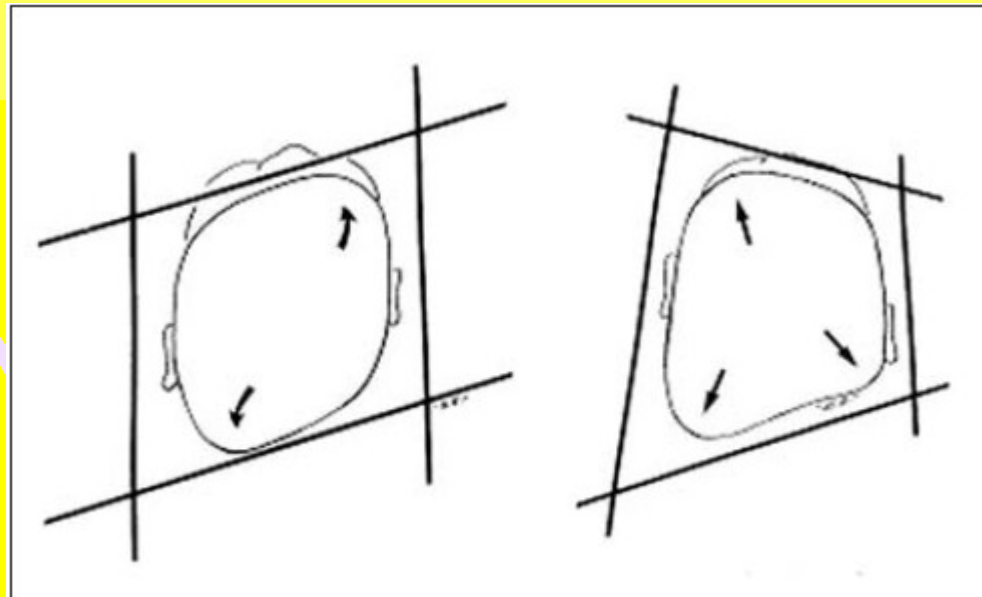
Relación entre plagiocefalia posicional y desarrollo

Relación evidente entre plagiocefalia y retraso en desarrollo, pero:

- 1) Este “retraso” es más estadístico que clínico o significativo en el desarrollo
- 2) La plagiocefalia no produce alt. en desarrollo, es el retraso en enderezamiento el que produce plagiocefalia
- 3) Pero hay que estar atento a su existencia porque puede ser un marcador de patología motriz

Diferencia entre plagiocefalia sinostótica y posicional

Sinostótica: muy infrecuente, precoz, desde nacimiento, forma trapezoidal (OJO A COMENTARIOS HABITUALES DE PADRES: “ES POR LA VENTOSA”, “YA ESTABA MUY DEFORMADO AL NACER”, ETC, ETC)



Principales craneosinostosis

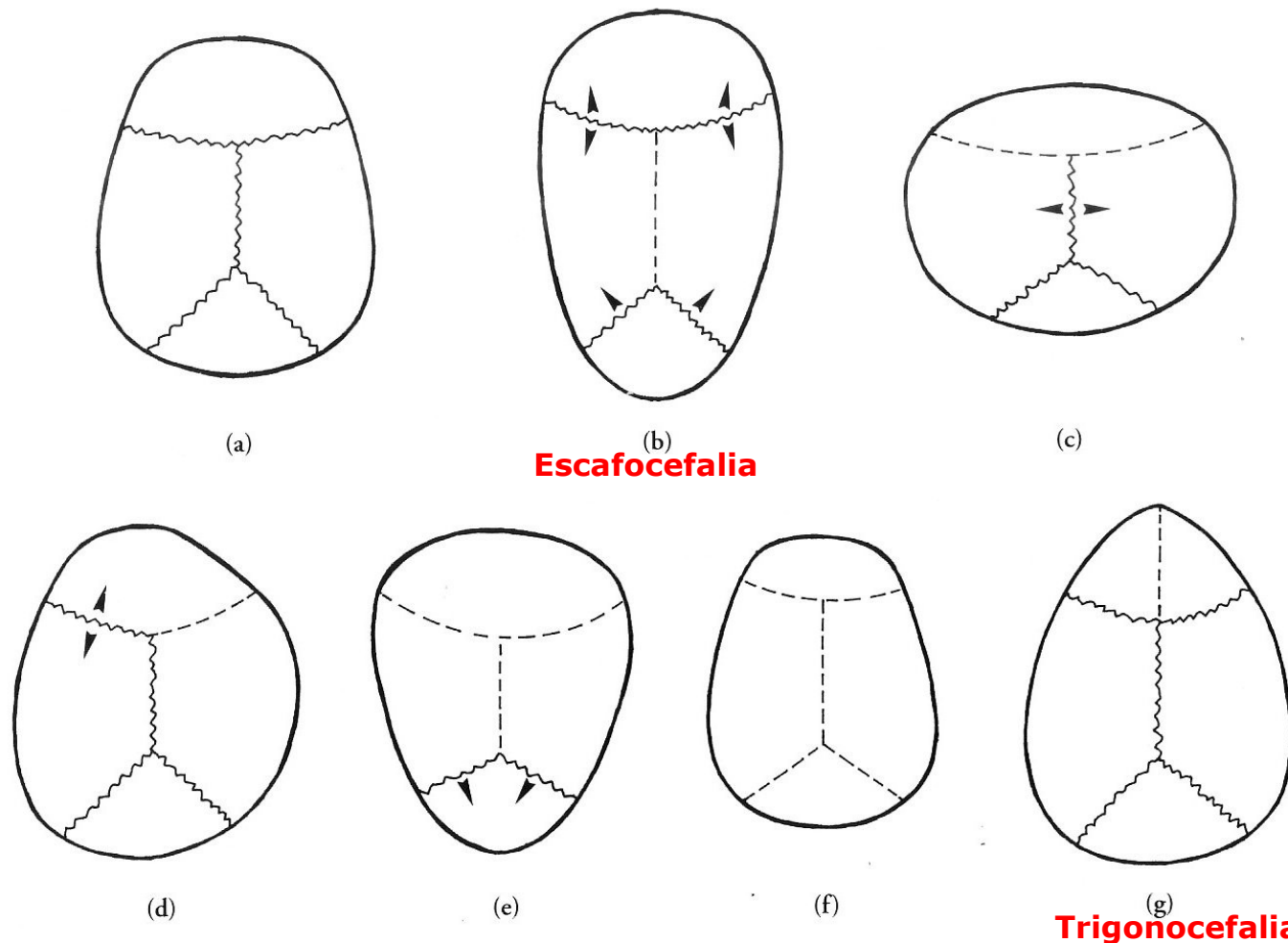
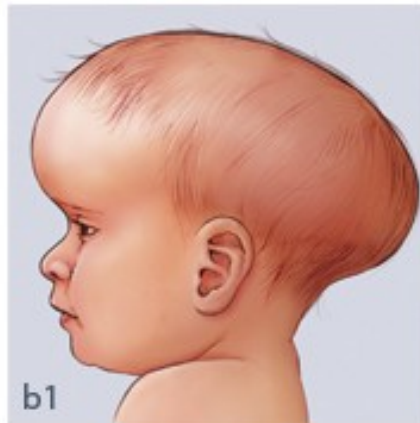


Fig. 6.1. Schematic representation of the main types of craniosynostosis. (Solid, wavy lines indicate normal sutures; broken lines indicate prematurely closed sutures; arrows show main direction of skull growth.) (a) Normal sutures and normal skull growth. (b) Premature closure of sagittal suture: scaphocephaly (elongated, narrow skull). (c) Premature closure of both arms of coronal suture: brachycephaly (short, broad skull). (d) Unilateral closure of coronal suture: plagiocephaly (skull flattened unilaterally). (e) Premature closure of both sagittal and coronal sutures. Skull shape may vary depending upon timing of closure of individual sutures. If roughly simultaneous, head is high and pointed (oxycephaly). If asynchronous, shape approximates that resulting from premature closure of individual suture that closes first. (f) Premature closure of all sutures: microcephalic synostosis (if sutures close simultaneously). (g) Premature closure of metopic suture: trigonocephaly (narrow, pointed forehead).

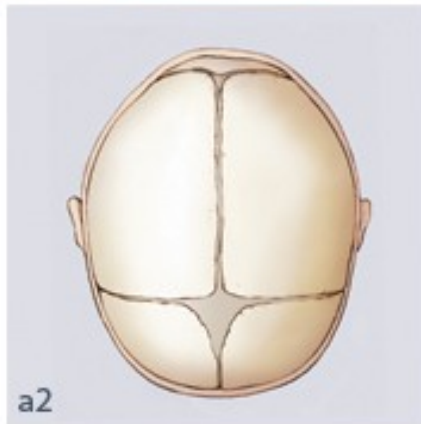
Principales craneosinostosis



a1



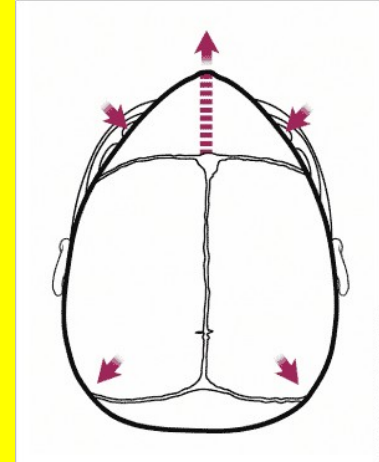
b1



a2



b2



© 2004 RENEE CANNON

Normal

Escafocefalia

Trigonocefalia

A painting of a desolate, winter landscape. In the background, the ruins of a Gothic cathedral stand tall, their spires and arches reaching into a pale, overcast sky. The foreground is dominated by several large, gnarled, and completely bare trees, their dark trunks and intricate branch structures silhouetted against the light. The ground is covered in a layer of snow, with some dark patches of earth or rocks visible. In the lower left, a small, dark cross marks a grave. The overall mood is one of profound solitude and decay.

Evaluación e interpretación de las curvas de evolución del perímetro cefálico

Desviaciones de PCef

Existen situaciones de desviación o alteración de la curva evolutiva de Pcefálico que nos ofrecen una orientación diagnóstica

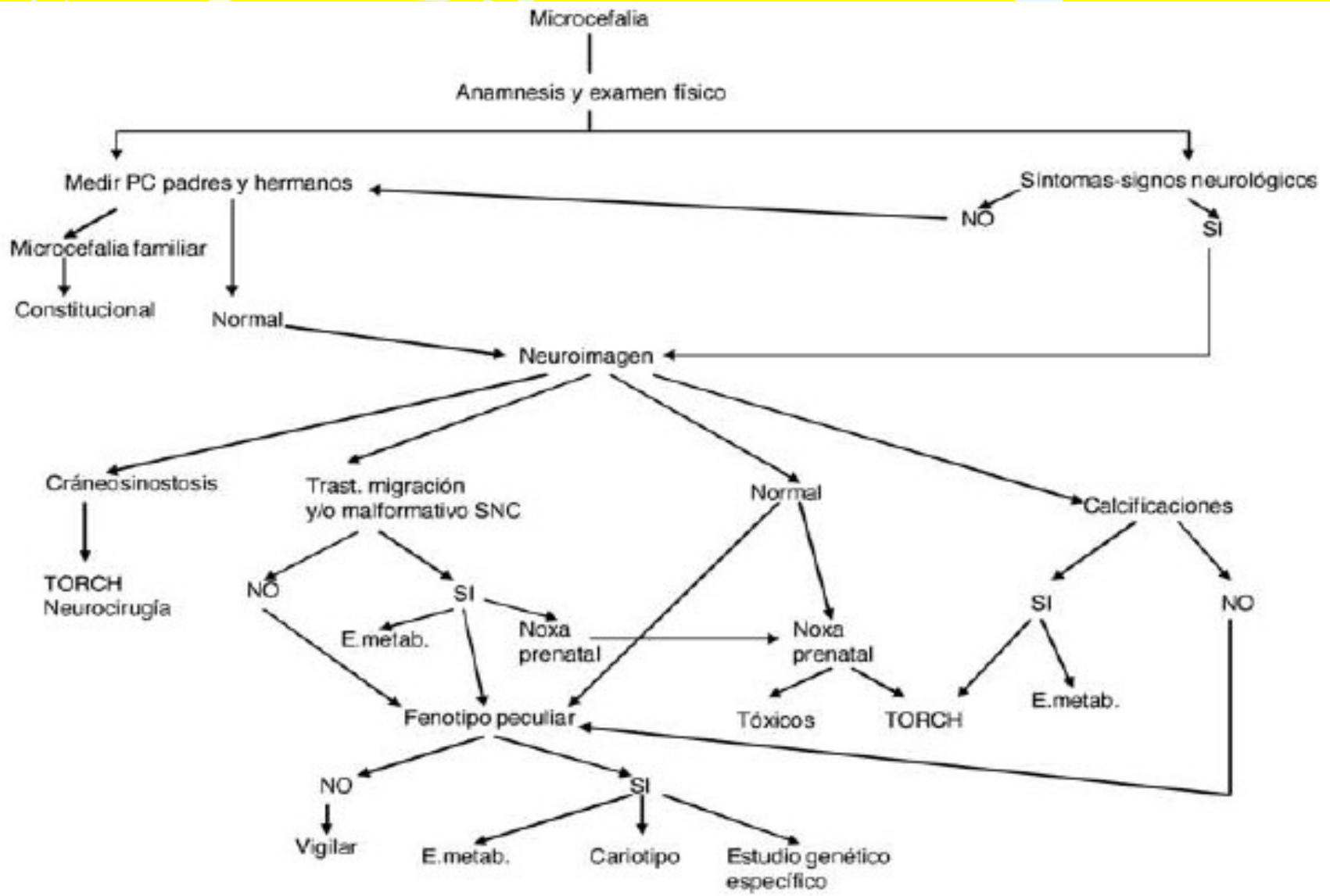
Esta orientación se fundamenta en el conocimiento de la historia natural de ciertas patologías.

En ocasiones, estas curvas pueden ser tan importantes como la neuroimagen

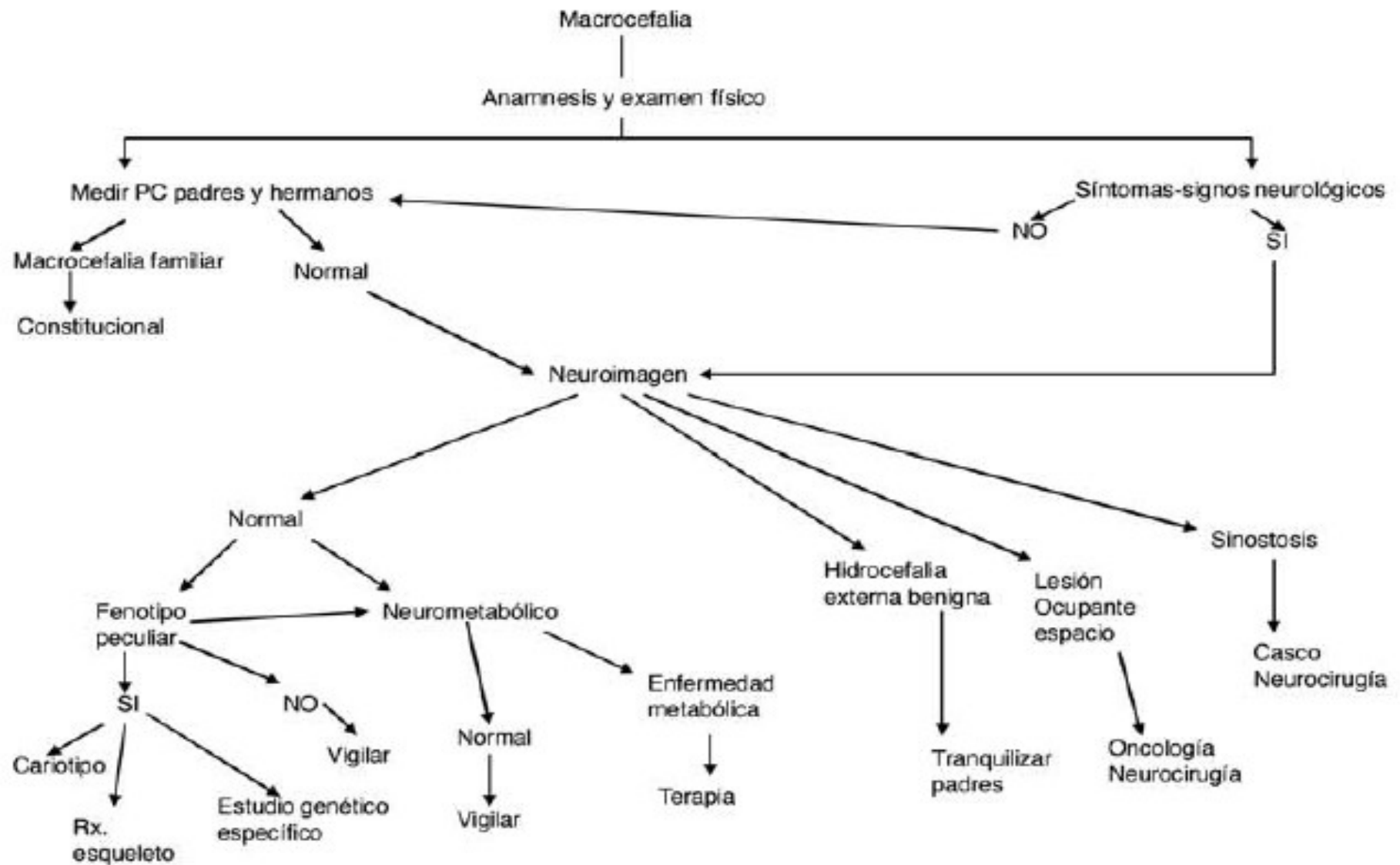
Claves fisiopatológicas

- Casi siempre que la cabeza no crece, es consecuencia y no efecto, del no crecimiento cerebral
- La mayoría de las veces que una cabeza crece mucho es por que aumenta el contenido de LCR externo (subaracnoideo); casi siempre que una cabeza crece rapidamente es por que aumenta el contenido/presión de LCR ventricular.
- Algunas veces que una cabeza es grande o va aumentando de tamaño es por verdadera megalencefalia

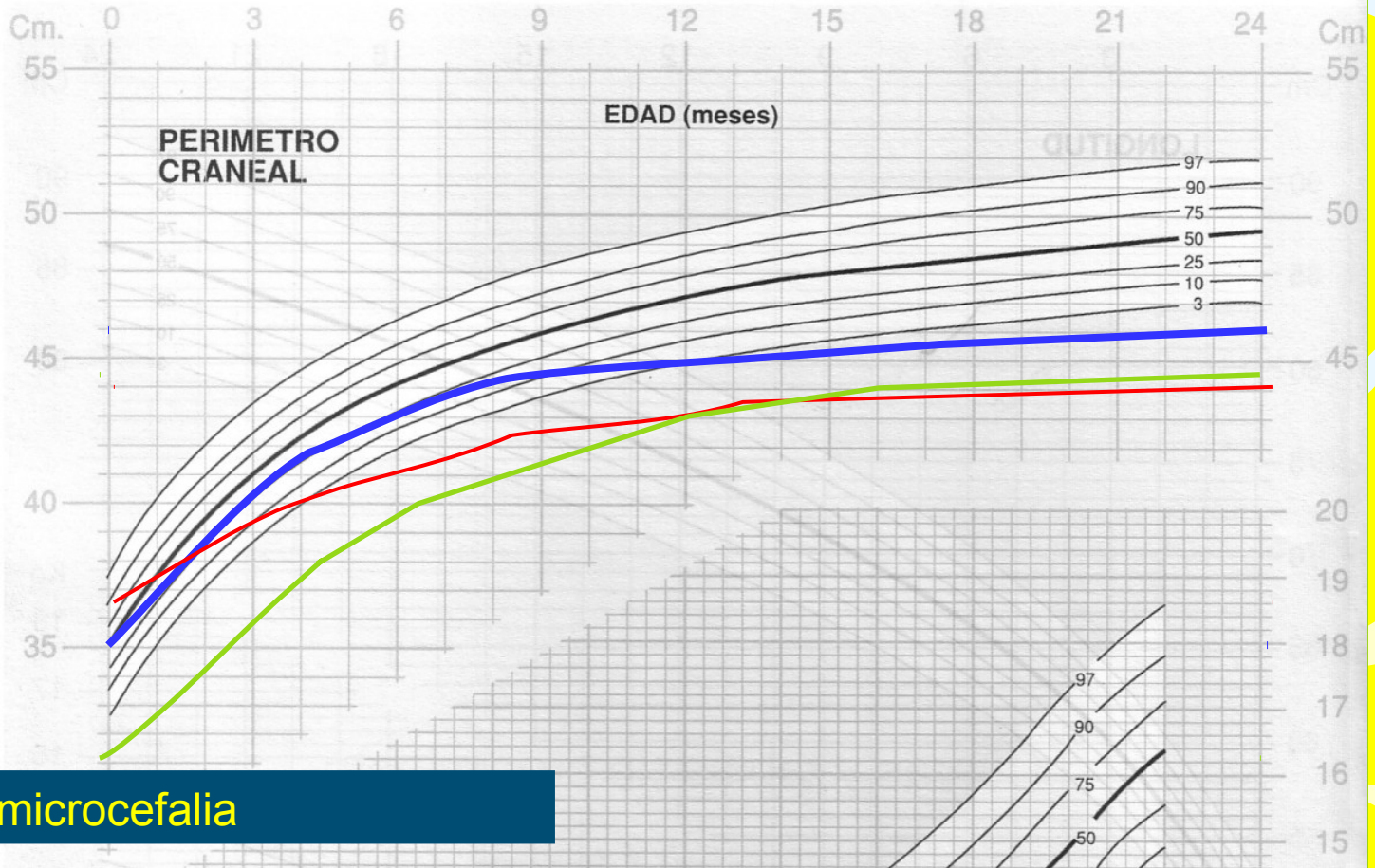
Algoritmo microcefalia






Algoritmo macrocefalia



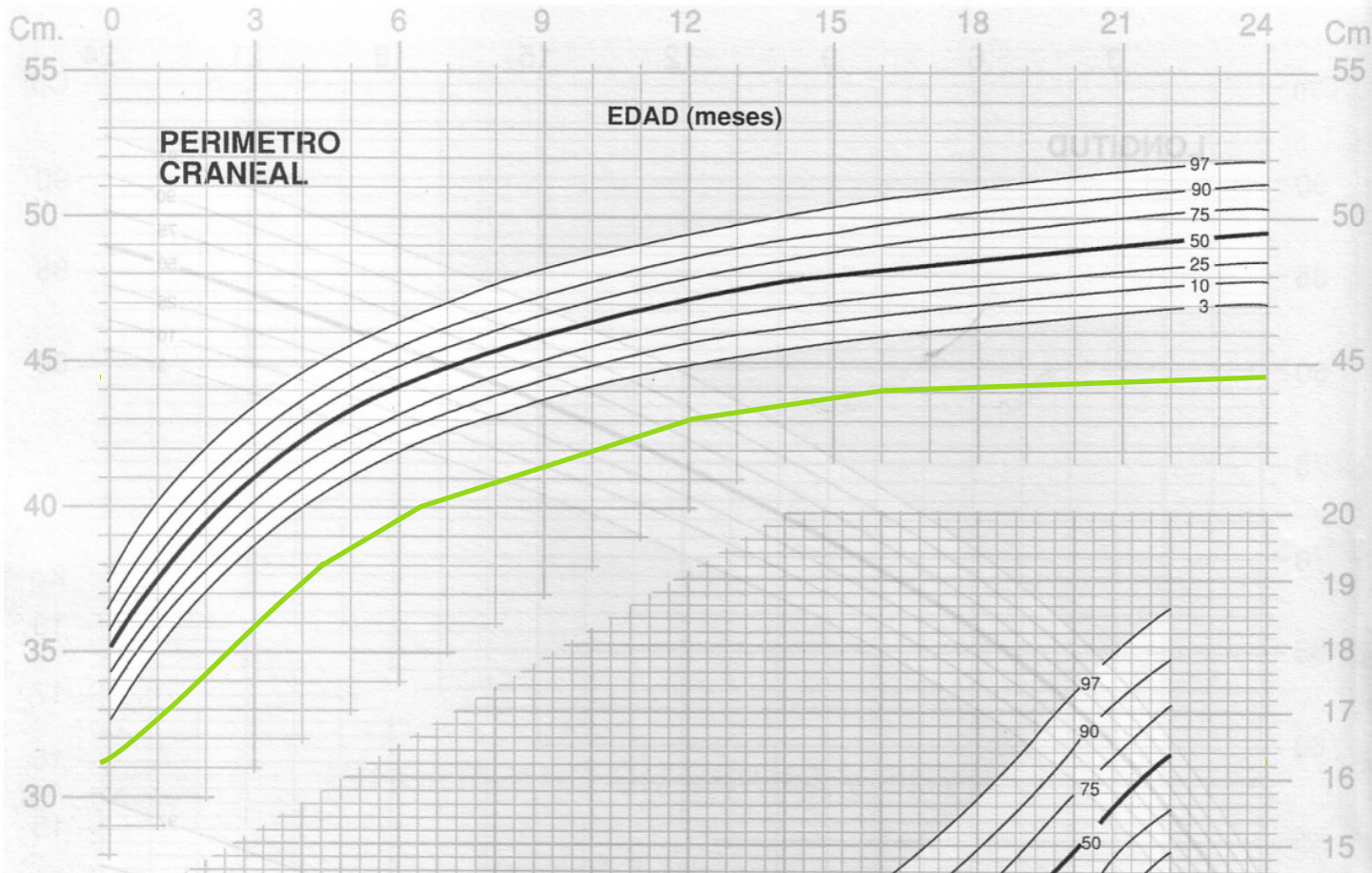
NIÑOS: 0 a 2 años
PERIMETRO CRANEAL
PESO-LONGITUD



Curvas de microcefalia

- 1) Microcefalia presente al nacimiento y mantenida después 
- 2) Microcefalia desde periodo neonatal con Pcef normal al nacimiento 
- 3) Microcefalia progresiva desde punto de inflexión más o menos acusado 

NIÑOS: 0 a 2 años
PERIMETRO CRANEAL
PESO-LONGITUD

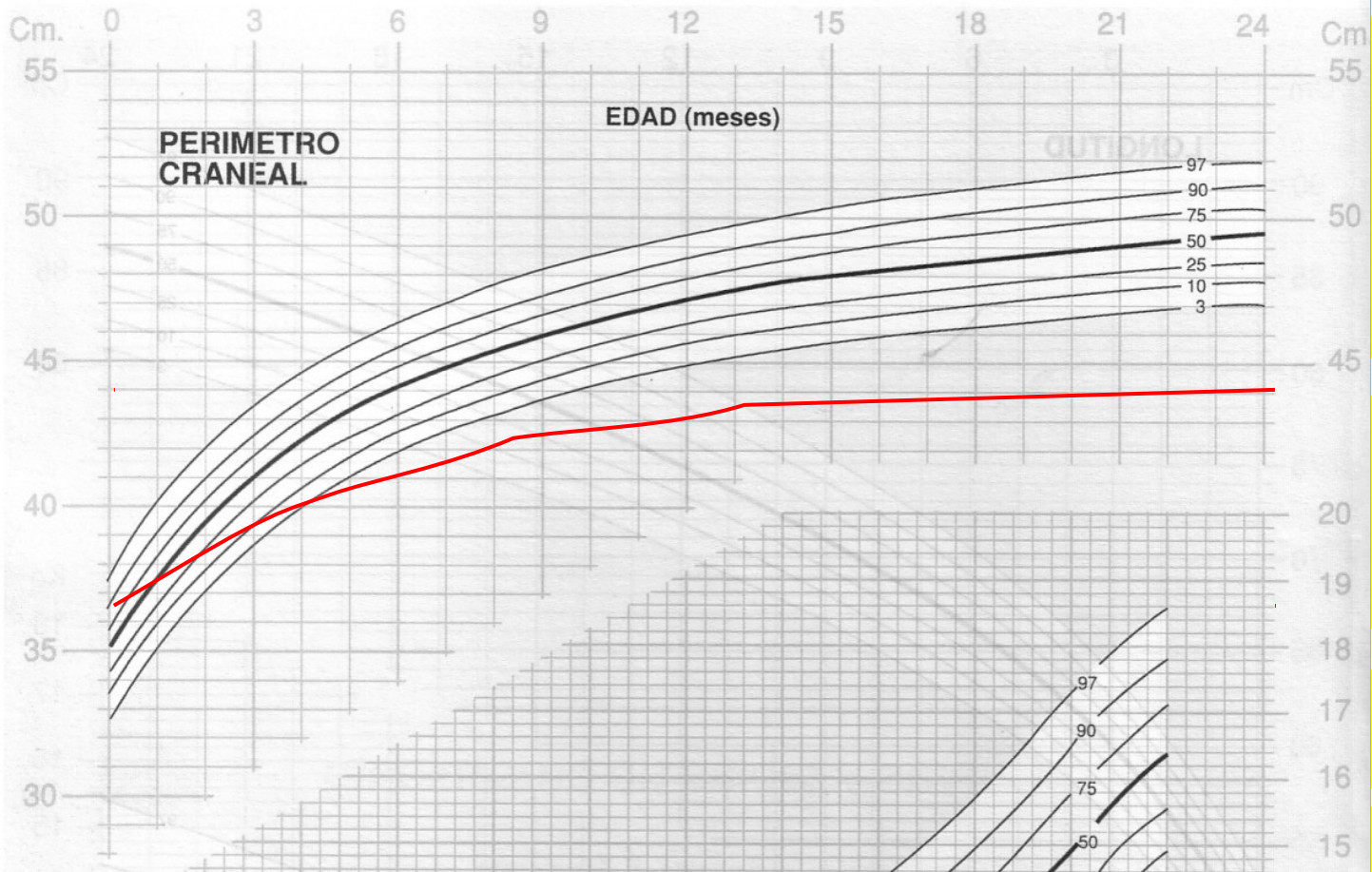


1) Microcefalia presente al nacimiento y mantenida después

Indica situación patológica prenatal, pero no implica causa genética o constitucional. Por ejemplo:

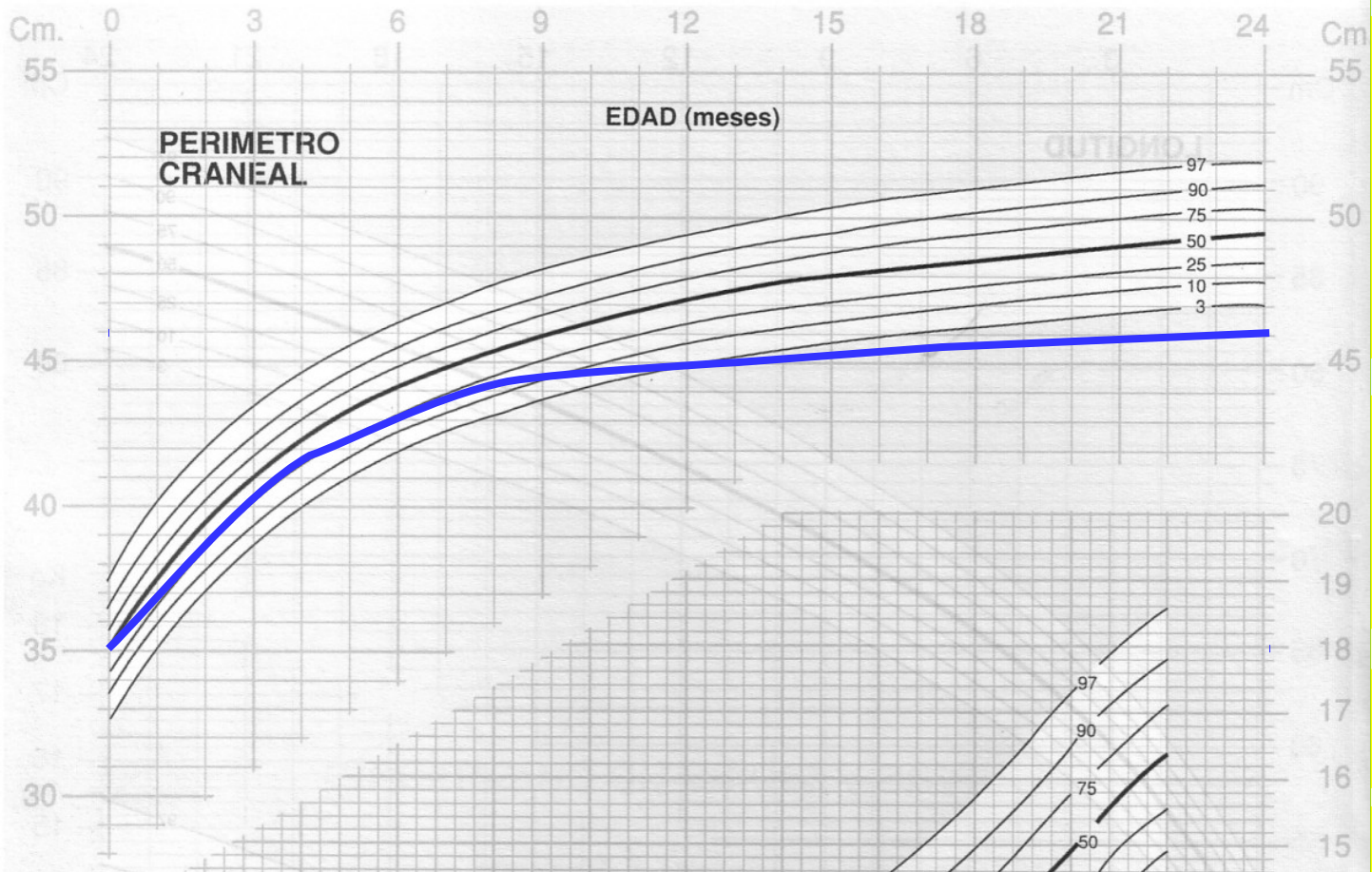
infección congénita (2º trimestre) por CMV; sd. alcohólicofetal; microcefalia malformativa: lisencefalia, microcefalia vera o familiar, síndromes cromosómicos, etc.

NIÑOS: 0 a 2 años
PERIMETRO CRANEAL
PESO-LONGITUD



2) Microcefalia desde periodo neonatal con Pcef normal al nacimiento /
Sugiere evento perinatal prenatal tardío o neonatal: Por ejemplo:
curva típica de asfixia perinatal-EHI, meningitis neonatal, ictus isquémico-hemorrágico, etc

NIÑOS: 0 a 2 años
PERIMETRO CRANEAL
PESO-LONGITUD

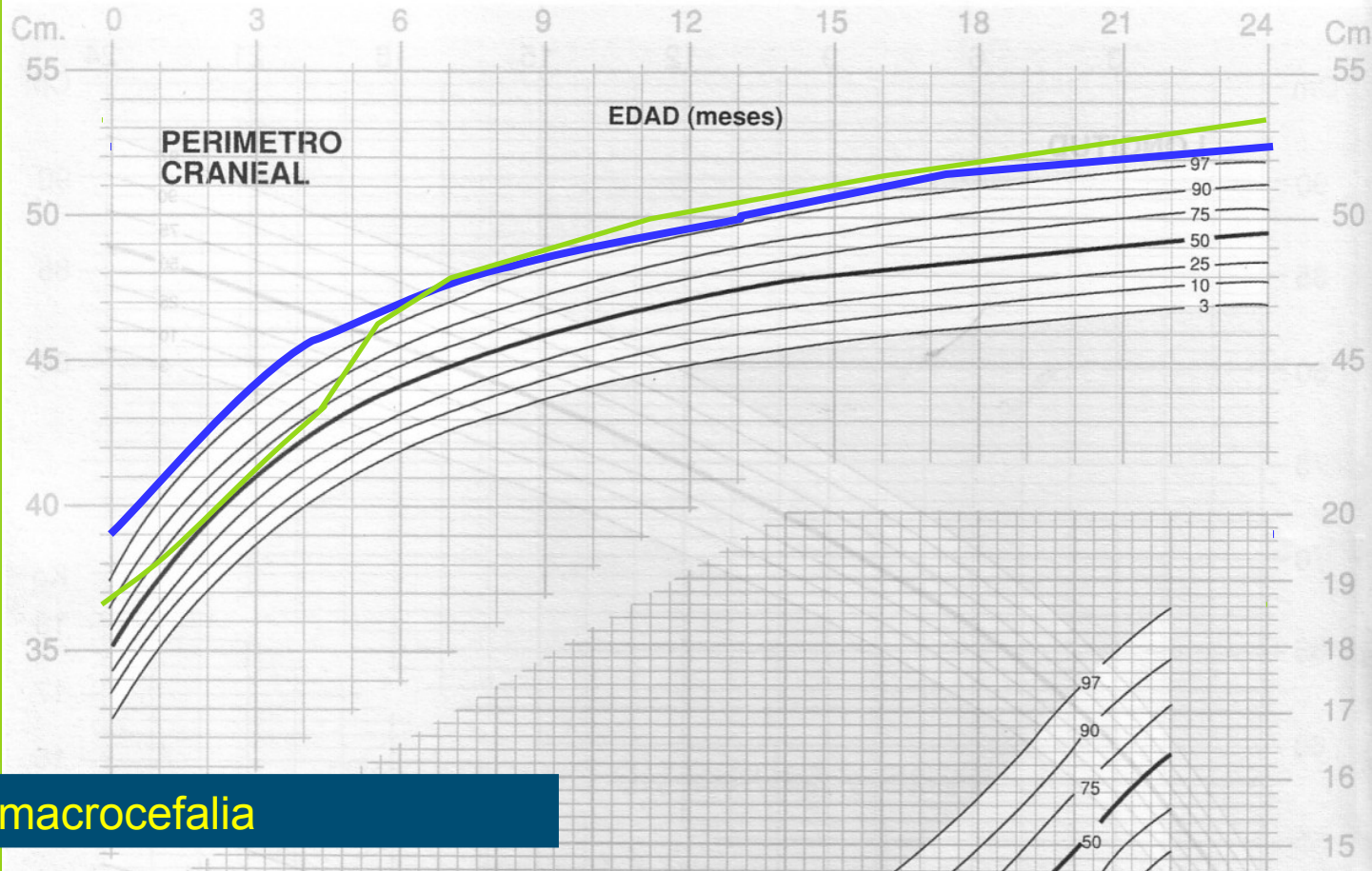


3) Microcefalia progresiva desde punto de inflexión más o menos acusado
Sugiere evento de daño cerebral sobrevenido en un periodo o momento determinado: Por ejemplo:

meningoencefalitis lactante, EHI de lactante,... El evento no siempre es adquirido: existen síndromes de carácter regresivo que tienen esta morfología: Sd. Rett, y otros cuadros de TGD; la microcefalia se produce cuando existe la regresión o estancam.

NIÑOS: 0 a 2 años
PERIMETRO CRANEAL
PESO-LONGITUD

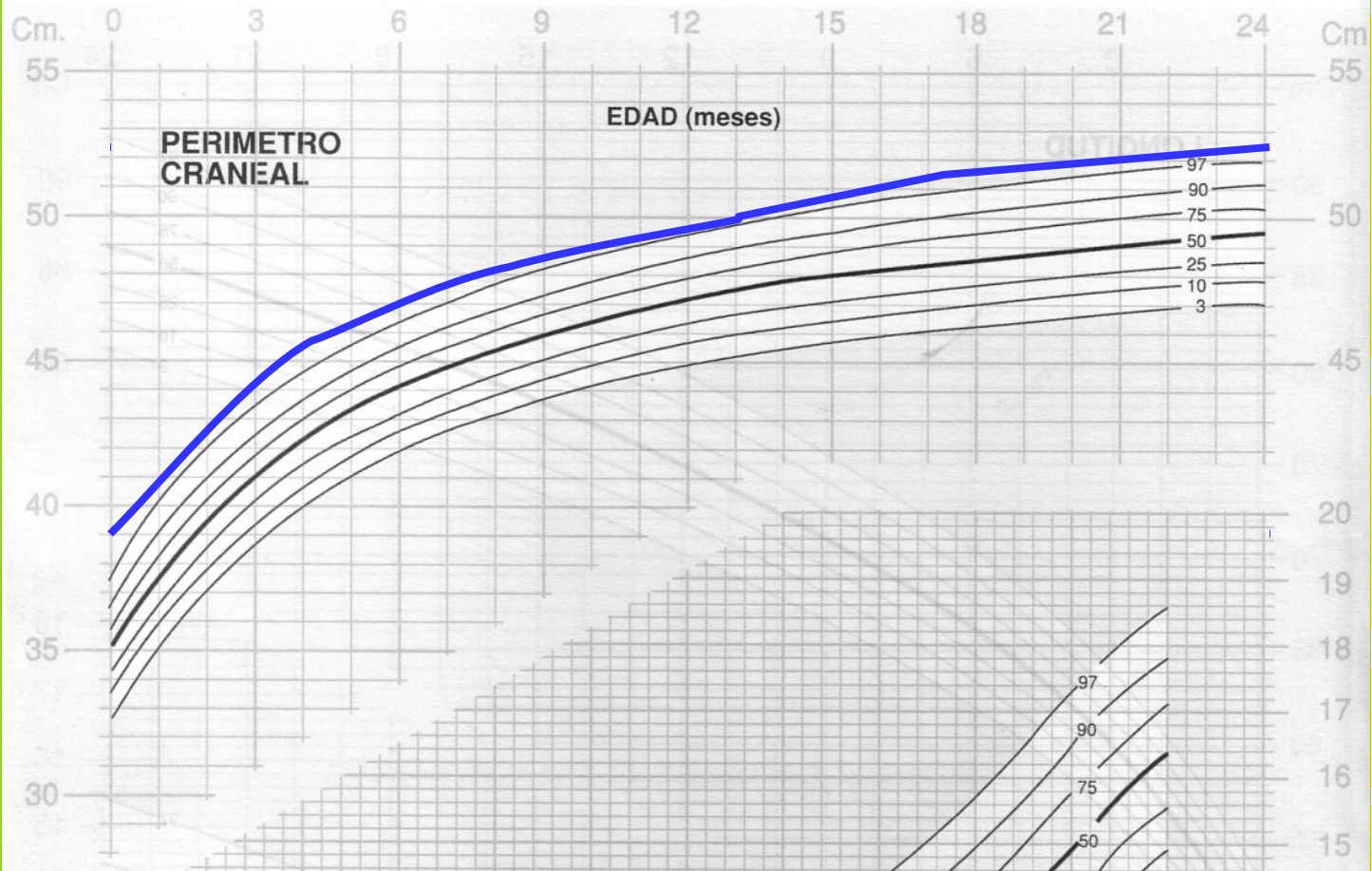
NIÑOS: 0 a 2 años
PERIMETRO CRANEAL
PESO-LONGITUD



Curvas de macrocefalia

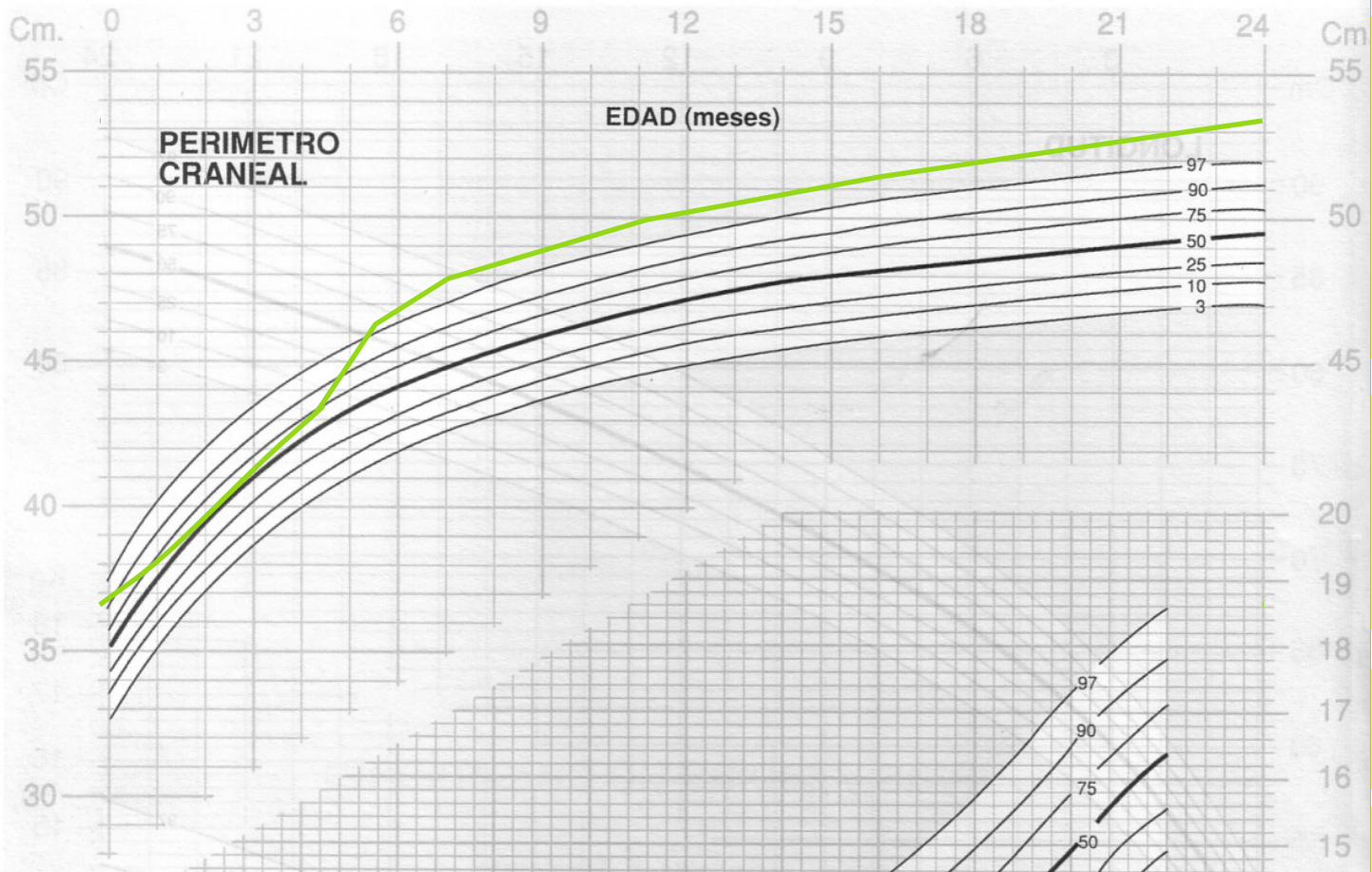
- 1) Macrocefalia presente al nacimiento y mantenida después
- 2) Macrocefalia progresiva desde punto de inflexión más o menos acusado

NIÑOS: 0 a 2 años
PERIMETRO CRANEAL
PESO-LONGITUD



- 1) Macrocefalia presente al nacimiento y mantenida después
Por ejemplo:
Situaciones de megalencefalia, hidrocefalia prenatal (raro; suele seguir progresión), a veces aumento benigno esp.subaracnoideos, cuadros sindrómicos (Xfrágil),etc.

NIÑOS: 0 a 2 años
PERIMETRO CRANEAL
PESO-LONGITUD

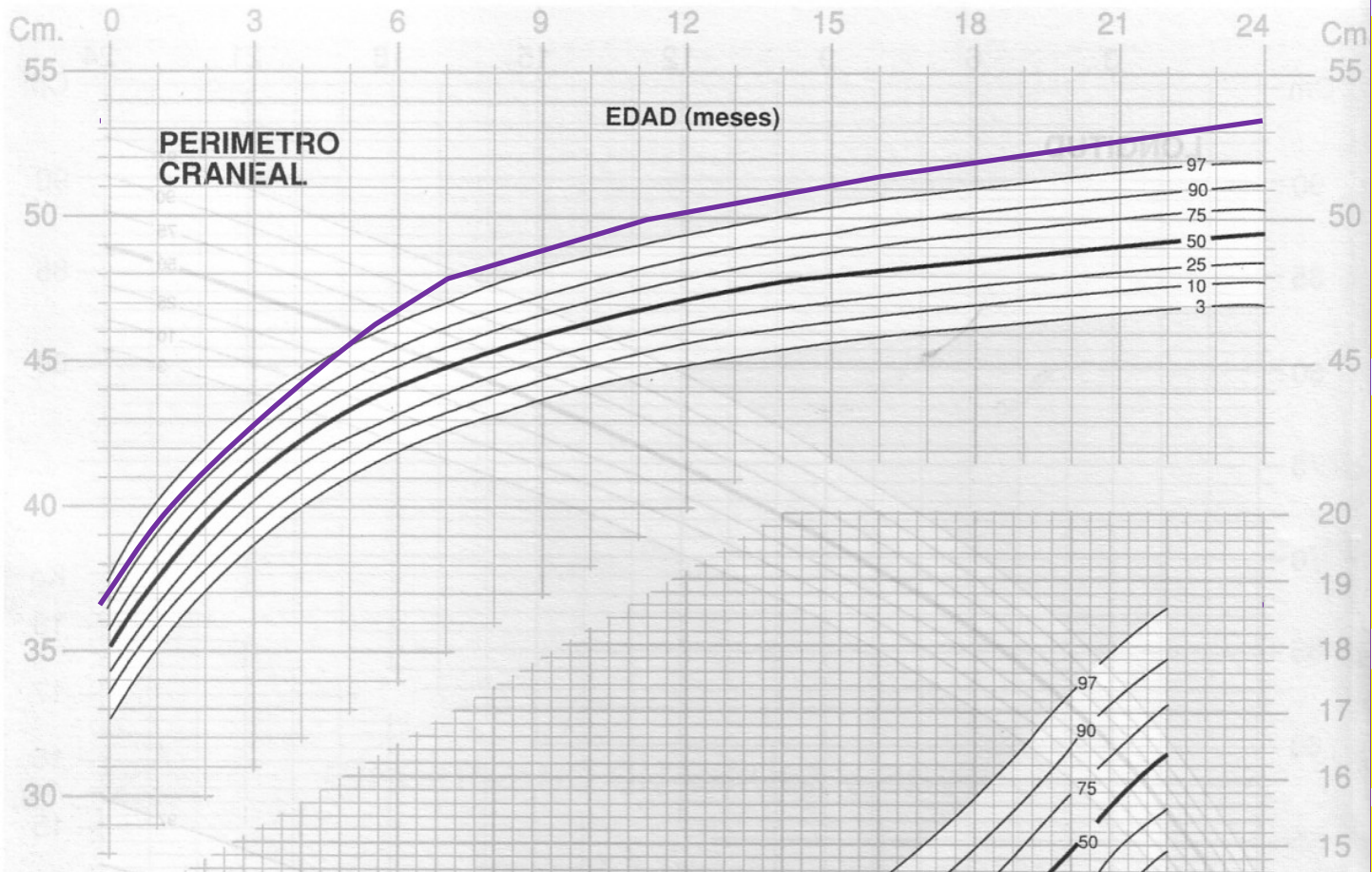


2) Macrocefalia progresiva desde punto de inflexión más o menos acusado

Suele ser una situación típica de:

hidrocefalia con **hipertensión intracraneal**; la edad y los antecedentes suelen orientar causa: a) precoz (primeras semanas tras HIV en preterm.) b) Posterior: primeros meses, malformativa (estenosis acueductal) cuanto más tardía más frecuentemente tumoral

NIÑOS: 0 a 2 años
PERIMETRO CRANEAL
PESO-LONGITUD



Existe una situación frecuente con una curva “intermedia”:
aumento benigno de espacios subaracnoideos o hidrocefalia externa
benigna: niños levemente macrocéfalos al nacimiento con cierta
progresividad sin punto de inflexión definido