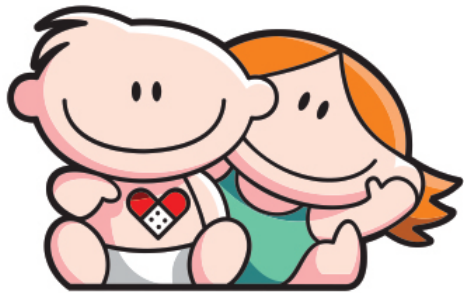


Debilidad aguda en pediatría: aspectos diagnósticos, etiológicos y terapéuticos. “Experiencia en una unidad de internación del Hospital Garrahan durante el primer semestre del 2016”.



Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”

CIM 42



Hospital de Pediatría
Garrahan

1° Congreso Argentino de Medicina Interna Pediátrica

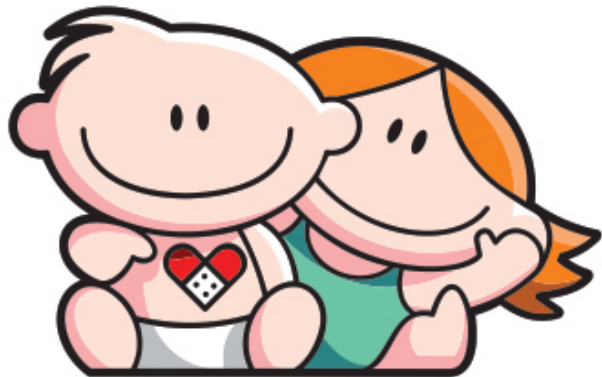
Características del hospital

- Hospital pediátrico de alta complejidad.
- 3° nivel de atención.
- Atiende pacientes de todo el país y países limítrofes.
- 9 salas de internación con entre 27 y 38 camas de cuidados intermedios y moderados.
- Egreso anual en 2015 de 25993 pacientes.
- CIM 42 cuenta con 35 camas de internación.

Revisión de los pacientes internados en el CIM 42 durante el 1° semestre de 2016 por:

- **Debilidad muscular**

Se excluyeron los pacientes con debilidad muscular de causa traumatólogica



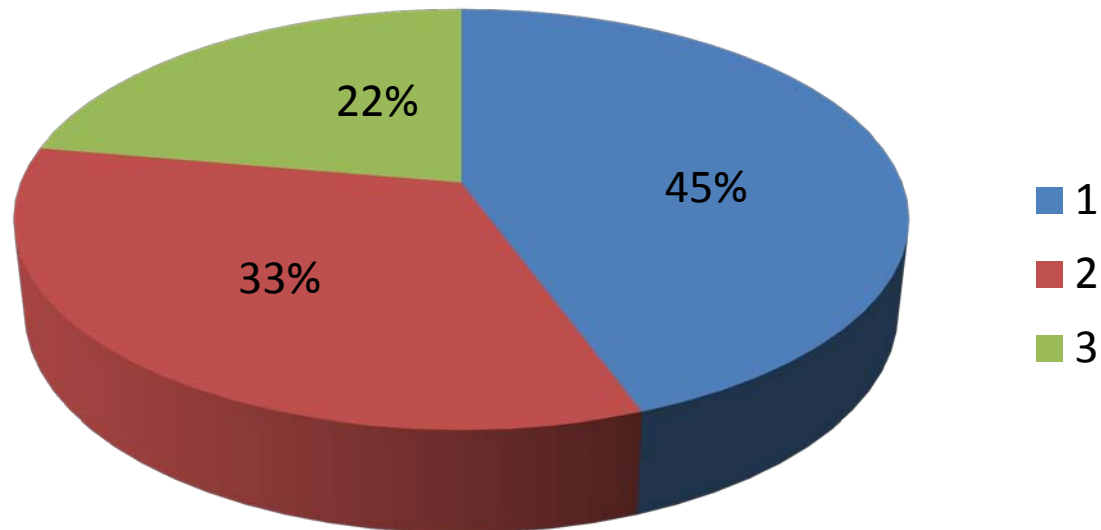
Hospital de Pediatría
Garrahan

RESULTADOS

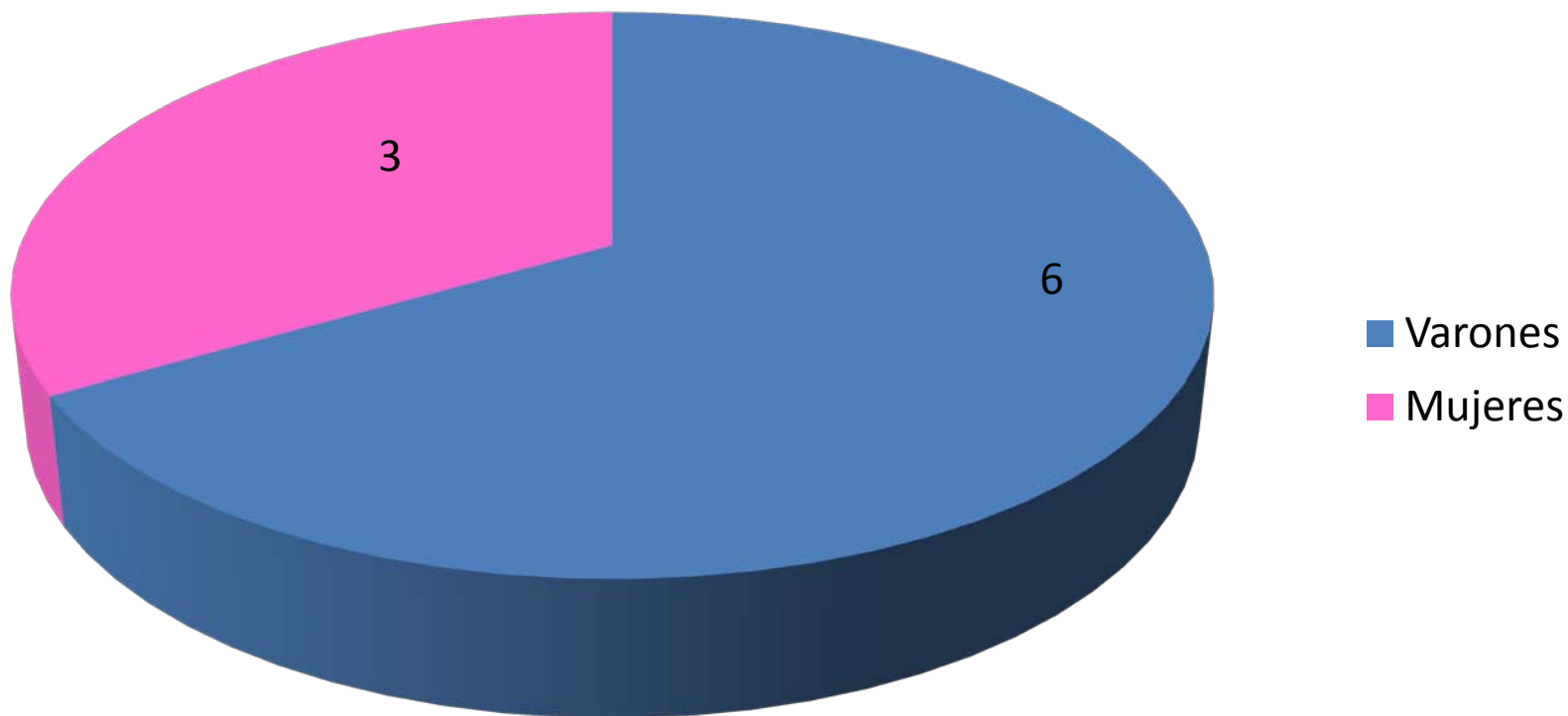
- Total de consultas de interés a la investigación:
9 pacientes.
- Total de internados en el mismo periodo: 705
pacientes.

Distribución según motivo de internación:

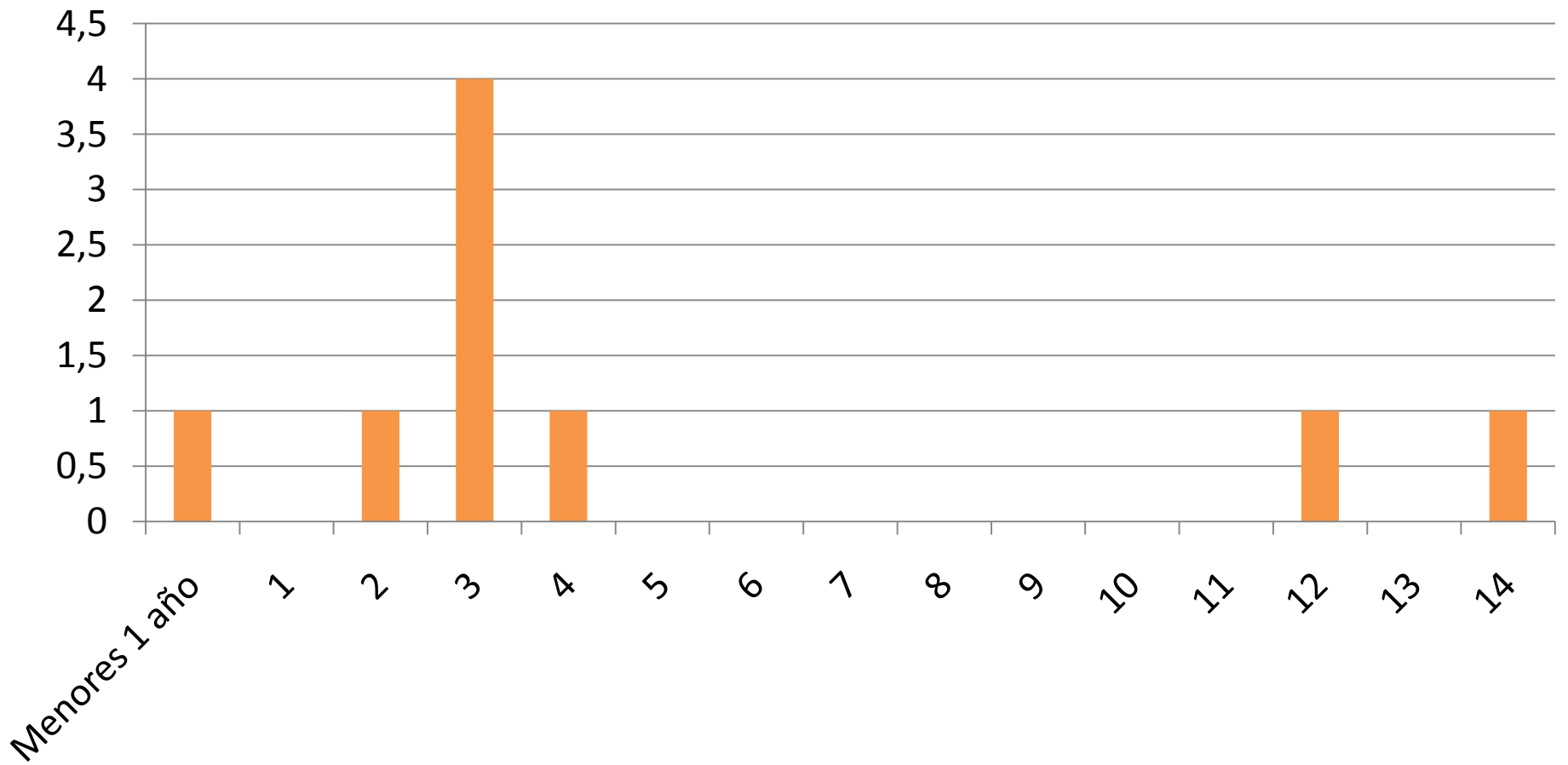
Motivo de internación	N°
1. Debilidad muscular	4
2. Ataxia	3
3. Paresias	2



Distribución por sexo



Distribución por edad



Diagnóstico definitivos:

Infeciosa

- Laberintitis. Mielitis por Enterovirus.

Metabólica

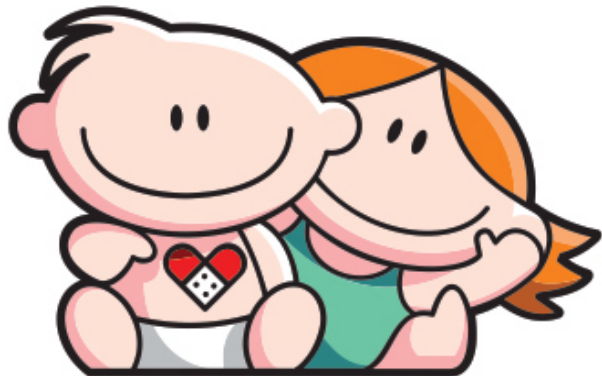
- Leuco encefalopatía tipo Vanishing White Matter. E.Pompe.

Neurológica

- Miastenia gravis. Síndrome de Guillain Barre. Migraña compleja.

Intoxicación

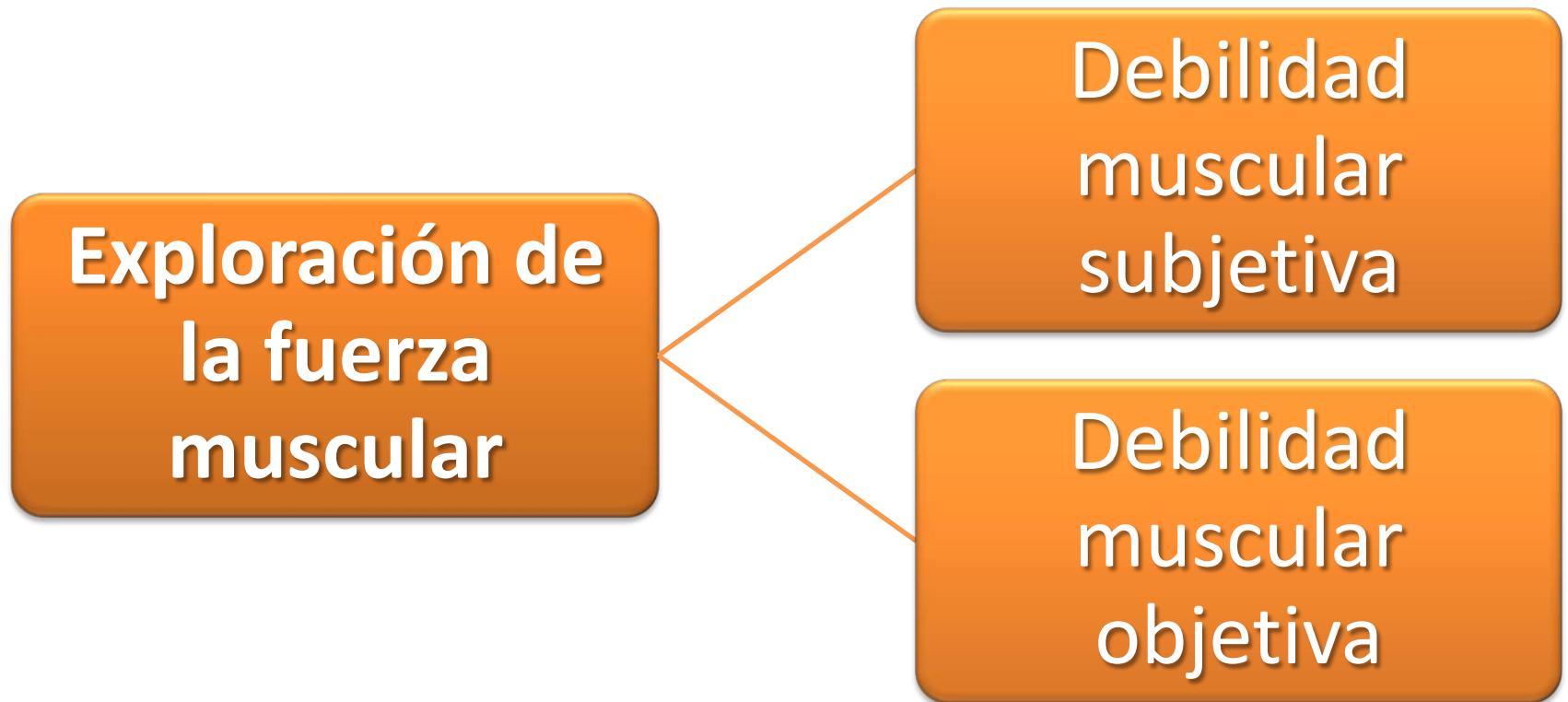
- Haloperidol.



Hospital de Pediatría
Garrahan

ESTUDIO

Ante un paciente con debilidad muscular:



Debilidad muscular subjetiva:



Debilidad muscular objetiva:



Anamnesis

- Instauración
- Evolución
- Distribución
- Modificación en el día
- Relación con ejercicio, etc.
- Síntomas asociados.
- Evaluación de pares craneales (tragar, masticar, sorber, etc)



Examen físico

- Fuerza
- Tono
- Trofismo
- Sensibilidad
- ROT, Babinsky, etc.
- Coordinación
- Fasciculaciones
- Dolor

El primer paso siempre es obtener un **diagnóstico sindromático**.
Con estos datos se puede deducir un **diagnóstico topográfico** para poder continuar con el estudio y arribar al **diagnóstico etiológico**.

Afectación de 1º motoneurona

Corteza Motora



- Aumento del tono muscular.
- Aumento de los reflejos.
- Signo de Babinski +.
- Puede haber convulsiones.

Capsula interna

Tronco cerebral

Medula espinal

- Aumento del tono muscular.
- Aumento de los reflejos.
- Signo de Babinski +.

Cuando se afecta el tronco cerebral o la medula espinal puede asociar compromiso sensitivo

Afectación de 2º motoneurona

Motoneurona espinal

Raíces espinales

Nervio periférico

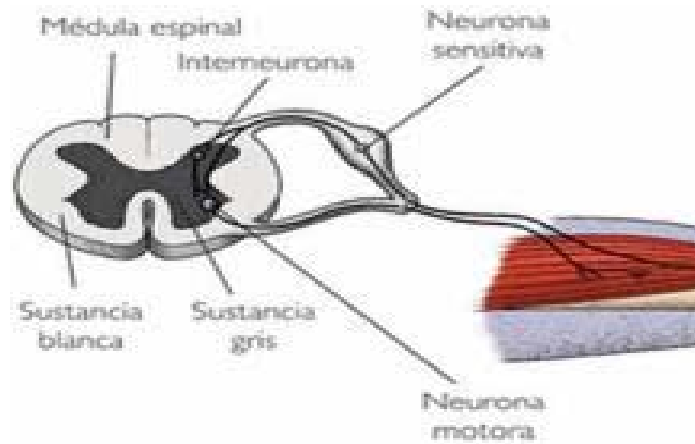
- **Atrofia.**
- **Fasciculaciones.**
- **Hipotonía.**
- **Disminución de ROT.**

- **Atrofia.**
- **Hipotonía.**
- **Disminución de ROT.**

Cuando se afecta las raíces espinales y el nervio periférico suele asociar compromiso sensitivo

Afectación de músculo

Atrofia con o sin dolor, pero sin las características clínicas previamente nombradas, como hipo/hipertonía, aumento de ROT, etc.



	Motoneurona lesionada	Atrofia	Fasciculaciones	Alteraciones sensitivas	Tono	Convulsiones	ROT	Signo de Babinski
Corteza motora	1°	-	-	-	↑	+	↑	+
Capsula interna	1°	-	-	-	↑	-	↑	+
Tronco cerebral	1°	-	-	Puede estar presente	↑	-	↑	+
Medula espinal	1°	-	-	Puede estar presente	↑	-	↑	+
Moton. espinal	2°	+	+	-	↓	-	↓	-
Raices espinales	2°	+	+	Gralmente presente	↓	-	↓	-
Nervio periferico	2°	+	-	Gralmente presente	↓	-	↓	-
Musculo	-	+	-	-	Normal	-	Normal	-

Estudio de la debilidad

Pruebas de laboratorio		
CPK / LDH / transaminasas/ Aldolasa	Elevadas	Destrucción activa del músculo: miopatías
Potasio / Sodio / Magnesio	Anormal	Parálisis episódicas
Perfil tiroideo	Anormal	Miopatía tiroidea

Anamnesis

Examen
físico

Exámenes
iniciales

TOPOGRAFIA

CON ESTAS HERRAMIENTAS SE ORIENTAN LOS ESTUDIOS **COMPLEMENTARIOS** PERTINENTES DE ACUERDO A LA LOCALIZACION PROBABLE DE LA LESIÓN.

Pruebas específicas

EMG con neuroconducción

Velocidad normal

Enfermedad muscular o de la medula espinal

Velocidad lenta

Desmielinización segmentaria: neuropatía periférica, neuropatía inflamatoria

Otros:

TC/RNM (cerebro y medula)

Lesión de 1° motoneurona

EEG

En caso de convulsiones / compromiso del sensorio

Prueba de Neostigmina

Aumenta fuerza muscular > Miastenia gravis

Biopsia de nervio

Distingue entre desmielinización segmentaria y degeneración axonal

Biopsia de musculo

Distingue entre enfermedad miopática y neurógenas

Afectación Muscular

Miopatías agudas inflamatorias / virales

- Dermatomiositis. Polimiositis. Miositis con cuerpos de inclusión. Miositis viral.

Miopatías agudas inmunes

- Miopatía autoinmune necrotizante.

Canalopatías del musculo

- Distrofia miotónica. Parálisis periódicas familiares.

Medicamentos

- Corticoides

Miopatía del enfermo crítico

Afectación unión Neuro-Muscular

Miastenia gravis

Síndrome de Lambert Eaton

Toxinas

- Garrapatas. Escorpiones. Serpientes.

Medicamentos

- Pancuronio. Anestésicos. Organofosforados.

Hipocalemias

Botulismo

Afectación Motoneurona inferior/ Nervio periférico

Síndrome de Guillain Barre

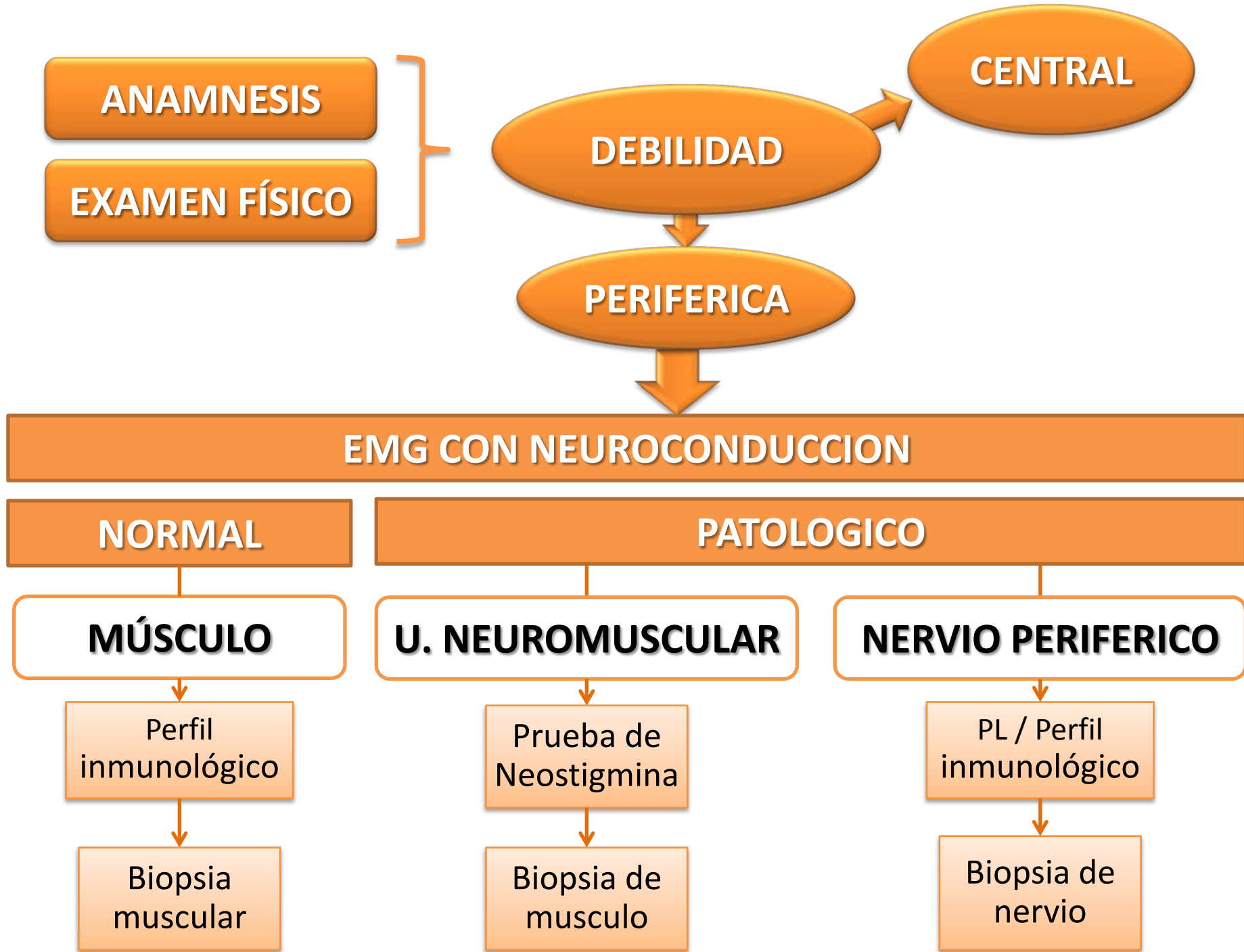
Porfiria

Poliomielitis

Síndromes paraneoplásicos

VIH

Neuropatía del enfermo crítico





MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCION