

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS
OEAIDE
CONVERSATORIOS CLINICO PATOLOGICOS

Si tiene alguna duda, favor de comunicarse al correo: incn.conversatorios@gmail.com , gustosos estaremos atendiendo sus inquietudes.

I) DATOS GENERALES					
1. Dirección de Línea		Neurología clínica		2. Fecha de actividad:	
				01/02/23	
3. Departamento / Servicio		Neuropediatría			
Apellidos y Nombres del responsable:		Carlos Alberto Escalante Gavancho			
4. Correo de contacto:		cescalanateg@incn.gob.pe		5. Teléfono de contacto:	
				01 4117729	
II) RELACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUE PARTICIPARAN					
N°	Apellidos y nombres (a)	Responsabilidad (b)	Cargo (c)	Correo electrónico (d)	Teléfono (e)
1.	Jorge Luis Escalante Canorio	Moderador	Asistente	jescalante_71@hotmail.com	999101407
2.	Karla Inés Alcántara Sánchez	Relator 1	Residente	Kias0610@hotmail.com	981370413
3.	Wagner Estuardo Melón Rodríguez	Relator 2	Asistente	monitor_846@hotmail.com	951988309
III) TIPO DE PRESENTACIÓN					
<input type="checkbox"/> Caso Clínico y Revisión <input type="checkbox"/> Revisión de tema			NOTA: Según corresponda en III, favor de completar los puntos de III.1 o III.2.		
III.1) CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE TEMA					
El resumen del CASO CLINICO debe contener datos de filiación, antecedentes, relato de enfermedad, examen físico, exámenes de ayuda diagnóstico (de ser necesario)					
<p>Realización de historia clínica el 25 de febrero del 2022 Edad: 11 meses Antecedentes prenatales: GECA en el II trimestre. Antecedentes Natales: Parto distócico, cesárea por cesárea previa. APGAR: 9 (1min)-9 (5 min), llanto inmediato. Peso: 3155gr, Talla: 48cm PC: 36cm (+2DS). Alta conjunta. Antecedentes postnatales: Vacunas: Completas hasta los 6 meses. Desarrollo psicomotor: Sonrisa social: 2 meses. Control cefálico: 3 meses. Control de tronco: No logra. Gateo: No logra. Primeras palabras: No logra.</p> <p>ANAMNESIS: Enfermedad Actual – relato cronológico TE: 5 meses. F.I.: Insidioso. Curso: Progresivo. Septiembre 2021: Proceso respiratorio alto, siendo tratado por pediatra con sintomáticos (paracetamol y cetirizina). 8 días después, se agrega tos con movilización de secreciones, indicándole hedera helix. 2 días después de manera súbita presenta crisis tónica axorizomiélica generalizada, acude a CS, de donde es referido al INSN San Borja, llegando en estado epiléptico (aprox. 30 minutos de crisis) le indican midazolam, permanece en observación, es dado de alta con recomendación de evaluación por neurólogo pediatra. Septiembre - Octubre 2021: 2 días después cursa con crisis de óculocefalogiria izquierda, acude por emergencia del INSN Breña, siendo internado por 30 días. Durante su hospitalización se realiza exámenes paraclínicos con resultados normales. Concluyendo Epilepsia refractaria, Encefalitis autoinmune probable y síndrome extrapiramidal. En esta hospitalización recibió 2 pulsos de metilprednisolona, inmunoglobulina (5 días), FACEs, siendo dado de alta con levetiracetam, gabapentina, clonazepam, baclofeno, paracetamol. Noviembre - Diciembre 2021: 15 días posterior al alta del INSN Breña, paciente presenta cuadro respiratorio alto, con aumento de frecuencia de crisis descritas e inicio de crisis mioclónicas (descritas como “espasmos”), por lo cual es llevado a Hospital VES, siendo hospitalizado por 22 días, donde recibe 1 pulso MTP + IGIV por 3 días, presentando mejoría parcial, siendo dado de alta con prednisona, fenitoína, levetiracetam, gabapentina, valproato de sodio, clonazepam. Por otro lado, madre refiere que “a raíz de dichas crisis ya no sostenía la cabeza, no le sonreía y que no llegó a emitir sonidos guturales “. Enero 2022: 14 días posterior al alta de Hospital VES, paciente presenta “decaimiento”, aumento de frecuencia de crisis mioclónicas y “movimientos involuntarios” de extremidades de 15 min. de duración, acudiendo al INSN Breña, siendo hospitalizado por 15 días con Dx. de Estado epiléptico, Epilepsia refractaria y bronquiolitis, recibiendo durante estancia hospitalaria fenobarbital y FAES; luego es dado de alta con clonazepam, levetiracetam, gabapentina, lamotrigina. Por persistencia de crisis mioclonías (madre refiere que no duerme durante 4 noches) y porque se agregan crisis tónicas focales izquierdas, acuden por consultorio del INCN, donde se evidencian crisis mioclónicas persistentes, crisis tónicas focales y generalizadas de 5-7 segundos. Le indican tratamiento con ácido valproico, piracetam, clobazam y le retiran gabapentina, clonazepam y se indican hospitalización Enero - Febrero 2022: Se hospitaliza paciente para estudio, tomando levetiracetam, ácido valproico, clobazam y piracetam. A su ingreso se incrementa la dosis de clobazam y se le toma Video-EEG de 1 hora, control de PCR</p>					

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS
OEAIDE
CONVERSATORIOS CLINICO PATOLOGICOS

	<p>SARS COV2 a paciente y familiar, positivo para el familiar por el cual es dado de alta para cuarentena domiciliaria. Durante la estancia en su domicilio madre refiere disminución de las crisis mioclónicas. En consulta virtual se disminuye dosis de clobazam. Paciente cumple su cuarentena y con exámenes negativos de PCR de familiar y paciente reingresa para completar estudios, evidenciándose incremento en número de crisis mioclónicas por día.</p> <p>EXAMEN NEUROLOGICO Normocéfalo.</p> <p>Estado de Conciencia y Comportamiento: Despierto en estado de vigilia (alerta) activa con ojos abiertos, tranquilo sin llanto, con pocos movimientos espontáneos. Acepta el acercamiento del evaluador; sin embargo, en el algún momento del examen se mostró irritable y presentó llanto, pero fue fácilmente consolado por el examinador. Una vez calmado se reanudó el examen neurológico.</p> <p>No presenta sonrisa espontánea ni recíproca. No emite sonidos distintos al llanto: no emite sonidos guturales consonánticos ni vocálicos aislados. No imita sonidos realizados por el evaluador ni por su mamá. No juega a las escondidas con su madre. No lleva sus manos a la línea media, tampoco se las mira ni juega con ellas. Al colocarle una sonaja en sus manos no la explora sacudiéndola ni soltándola.</p> <p>Nervios Craneales: Ojos en posición central en posición primaria de la mirada (PPM). Fija la mirada. No realiza seguimiento visual. Respuesta de defensa ocular presente bilateralmente. Pupilas: Isocóricas, fotorreactivas. Nervio Facial: Conservado Voltea la cabeza y los ojos hacia el lugar del estímulo sonoro bilateralmente. Reflejo cócleo-palpebral presente bilateralmente.</p> <p>Evaluación de los Movimientos: En la posición de decúbito dorsal presenta pocos movimientos espontáneos de las 4 extremidades. Las moviliza con energía, velocidad y amplitud del disminuídos a predominio izquierdo. No vence la gravedad. Conclusión: Cuadriparesia a predominio izquierdo.</p> <p>Postura No tiene control cefálico ni de tronco. Manos cerradas con pulgar cautivo.</p> <p>Tono Muscular: Hipertonía en miembros superiores. A nivel de miembros inferiores, presenta hipotonía proximal e hipertonía distal. Hipotonía axial.</p> <p>Reflejos y Reacciones: Reflejo de prensión palmar, plantar y tónico cervical asimétrico presentes bilateralmente. Ausencia del reflejo del paracaídas. Hiperreflexia osteotendinosa (reflejos bicipital, rotuliano y aquileo). No clonus. No Babinski.</p>
III.2) REVISIÓN DE TEMA	
	El Resumen debe contener información relevante de 250 a 500 palabras.
	Se brindará posterior a la presentación del caso clínico.
IV) COMENTARIOS	
	Serán realizados después de la revisión del tema.