

DISFUNCION CEREBRAL EN LA INFANCIA Factores de riesgo de origen pre y perinatal

Dr. Héctor Waisburg

INTRODUCCION

En una serie de observaciones clínicas detalladas realizadas por Little (1862), Freud (1897) y Osler (1889) se postuló que habría una posible relación causal entre trastornos perinatales y los trastornos del desarrollo posterior que incluyen a la Parálisis Cerebral. Durante este siglo, desde estos trabajos clásicos, se ha observado que la naturaleza y la extensión de esta relación causal ha permanecido como tema de gran debate.

PARALISIS CEREBRAL

Consideraciones generales

La Parálisis Cerebral (PC) es usada como "monitor" de los trastornos perinatales, puesto que la misma es un cuadro clínico relativamente claro, factible de ser detectado inequívocamente alrededor de los 2 años y con mayor certeza a los 4 años.

El término de *Parálisis Cerebral* se refiere a un grupo de trastornos que tienen como común denominador un control anormal de los movimientos de origen motor, que ocurre como expresión de una disfunción cerebral, de comienzo precoz, y que afecta a un sistema nervioso central en desarrollo con ausencia de una enfermedad neurológica progresiva. Esta definición, que trata de agrupar niños con trastornos motores de variable intensidad, es usada con un criterio operativo, pues las necesidades terapéuticas de estos pacientes son similares.

La prevalencia global de la Parálisis Cerebral ha sido considerada en 1.2 a 2.5 afectados cada 1000 niños en edad temprana escolar.

El motivo inicial de preocupación y consulta en niños con PC es el retraso en la adquisición de las pautas motoras madurativas normales. Es importante enfatizar que inicialmente se debe ser muy cau-

teloso en rotular con el diagnóstico de PC al paciente que se presenta con retraso motor y algunos signos neurológicos sospechosos, pues en muchos de ellos se ha detectado una franca atenuación de las anormalidades y en otros desaparición de las mismas, en especial cuando se realiza el seguimiento inicial en prematuros.

Con respecto al diagnóstico de PC, es fundamental descartar evidencias de enfermedad neurológica progresiva o bien que el "retraso motor" no sea una pérdida de pautas motoras adquiridas. No es infrecuente que un niño portador de una PC se presente en la evaluación inicial como un bebé "hipotónico" y evolucione hacia la "hipertonía", pero la inversa debe hacer sospechar fuertemente la presencia de enfermedad neurológica activa y no estática, llámese, progresiva.

En los primeros meses de la vida, el examen neurológico del lactante con sospecha de desarrollar una PC, depende de la evaluación del tono muscular y de los reflejos primitivos. El diagnóstico de PC requiere la documentación: del retraso en la adquisición de pautas motoras, la persistencia de los reflejos primitivos, la presencia de reflejos patológicos (hiperreflexia, clonus, extensor plantar con o sin hipertonía), y ausencia de desarrollo de reflejos equilibratorios adecuados, ej. reflejo del paracaidista.

Se utilizan distintas formas para denominar la presentación clínica de las PC. Hay una clasificación que tiene una base fisiológica: a) **Parálisis Cerebral Espástica**, por lesión de la motoneurona superior, expresada por hiperreflexia, hipertonía, clonus, reflejos aductores cruzados y respuesta extensora plantar, b) **Parálisis Cerebral Extrapiramidal o Disquinética** (9 a 22%) que se manifiesta por posturas defectuosas, movimientos asociados anormales (atetosis, coreoatetosis, distonía), e hipertonía generalizada del tipo de la rigidez muscu-

