

# REVISTA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

AÑO 16 - Nº 1 - JUNIO DE 2005

ISSN0718-1698



## DIRECTORIO 2003 - 2005

Presidente:	Dra. Virginia Boehme K.
Vicepresidente:	Dra. Isabel López
Secretaria General:	Dra. Maritza Carvajal G.
Tesorera:	Dra. María Alicia Espinoza A.
Directores:	Dra. M. Angeles Avaria B. Dr. Jorge Förster M. Dra. Marcela Larraguibel Q. Dra. Cecilia Ruiz C. Dra. Begoña Sagasti A. Dra. Viviana Venegas S.
Past-President:	Dr. Tomás Mesa L.
Secretarias:	Sra. Carolina Martínez S. Sra. Muriel Lizana A.

## INTEGRANTES COMITE EDITORIAL

<b>Directora de la Revista:</b> Dra. Freya Fernández K.	Flgo. Marcelo Díaz M.	(Santiago)
	Dra. Alicia Espinoza A.	(Santiago)
<b>Director Asoc. Psiquiatría:</b> Dr. Ricardo García S.	Dra. Marcela Larraguibel Q.	(Santiago)
	Dr. Pedro Menéndez G.	(Santiago)
<b>Director Asoc. Neurología:</b> Dra. Isabel López S.	Dr. Tomás Mesa L.	(Santiago)
	Dr. Hernán Montenegro A.	(Santiago)
<b>Comité Editorial:</b>	Dr. Fernando Novoa S.	(Viña del Mar)
Dr. Carlos Almonte V.	Dr. Fernando Pinto L.	(Coyhaique)
Dr. Claudia Amarales O.	Dra. Begoña Sagasti A.	(Santiago)
Dr. Cristian Amézquita G.	Ps. Gabriela Sepúlveda R.	(Santiago)
Dr. María Eliana Birke L.	Dra. Ledia Troncoso A.	(Santiago)
Dr. Verónica Burón K.	Dr. Mario Valdivia P.	(Concepción)
Dr. Manuel Campos P.	Dr. Julio Volenski B.	(Iquique)
Dr. Marta Colombo C.		
Dr. Perla David G.	<b>Asesora Resúmenes en Inglés:</b>	
Dr. Flora De La Barra Mc.	Dra. M. Angeles Avaria B.	(Santiago)

Esmeralda 678, 2º Piso Interior, Fono-Fax: 632.0884, e.mail: [sopnia@terra.cl](mailto:sopnia@terra.cl),  
Página web: [www.sopnia.com](http://www.sopnia.com), Santiago, Chile  
Diagramación: Juan Silva / 635 2053 / [jusilva2@terra.cl](mailto:jusilva2@terra.cl)

REVISTA  
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE  
LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

---

AÑO 16 - N° 1 - JUNIO 2005

---

ISSN 718-1698

**CONTENIDOS**

	Página
• EDITORIAL	3
• PALABRAS DE BIENVENIDA CONGRESO 2004	4
• RESUMENES CONGRESO 2004 - NEUROLOGIA	5
• COMUNICACIONES ORALES	5
• PRESENTACIONES POSTER	10
• CASOS CLINICOS	39
• RESUMENES CONGRESO - PSIQUIATRIA	50
• COMUNICACIONES ORALES	50
• PRESENTACIONES POSTER	54
• INDICE DE AUTORES NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA	67
• RECONOCIMIENTO A LOS MEJORES TRABAJOS PRESENTADOS AL XXII CONGRESO	72
• REUNIONES Y CONGRESOS	73
• GRUPOS DE DESARROLLO	76
• NOTICIAS	77
• INSTRUCCIONES A LOS AUTORES	78

# Editorial

---

Aprovechando que el Boletín ya se llama Revista, quisiera dejar en esta Editorial la trayectoria del antiguo Boletín, de modo que las nuevas generaciones sepan cómo fue su inicio, y en que forma se fue desarrollando.

Los primeros Boletines estaban a cargo de la Dra. María de los Angeles Avaria y de la Psicóloga Gabriela Sepúlveda. Traían noticias, fechas de reuniones y, gradualmente, se fueron agregando otras contribuciones. Esto fue en el año 1990 y 1991; el Presidente de la SOPNIA era el Dr. Fernando Novoa.

Cuando terminó su período asumió el Dr. Marcelo Devilat (1992), quien me solicitó encargarme del Boletín. También me pidieron que fuera a algunos Laboratorios para conseguir aportes para el Congreso de ese año. Así fue como llegué a Laboratorios Recalcine, cuyas oficinas estaban entonces en la Avenida Vicuña Mackenna. Allí me recibió el Sr. Luis Yuraszcek y, al enterarse que yo me estaba haciendo cargo del Boletín, me ofreció su ayuda en la impresión del material y el diseño gráfico que desde entonces estuvo a cargo de Don Juan Silva. Se eligieron los colores azul y blanco que se mantienen hasta ahora y partimos con el Año 3, N°1. Tenía un tamaño de 21x9 cms., 9 páginas, se publicaba mensualmente y las responsables éramos la Dra. Isabel López y yo. Contenía: Editorial, citas bibliográficas, noticias, calendarios de reuniones y entrevistas/reportajes.

Al año siguiente, 1993 salió el Año 4, N°1, ya de un tamaño duplicado 16x21 cms., 55 páginas, y se publicó el primer trabajo de ingreso, trabajos originales y temas de revisión. Ahí aparecieron por primera vez las sugerencias para las publicaciones y el primer Comité Editorial formado por la Dra. Isabel López y la psicóloga Gabriela Sepúlveda. El Año 4, N°2, aumenta de tamaño nuevamente, esta vez a 19x27 cms., con 47 páginas y se agregó al Comité Editorial el Dr. Ricardo García. El Año 5, N°3, trajo por primera vez los resúmenes de los trabajos del Congreso de ese año y, muy importante, inauguramos nuestro primer ISSN 0717-1331; además empezaron a aparecer tres números anuales.

Desde 1994 a 1998 queda a cargo del Boletín la Dra. Isabel López y se une al Comité Editorial el fonaudiólogo Marcelo Díaz. Los años 1997 y 2000 se cambia el diseño de las tapas, el año 2003 aparece un Número Especial de Pautas de Psiquiatría y Neurología, a cargo de las Dras. Virginia Boehme y Mónica Troncoso; sigue aumentando el número de participantes del Comité Editorial, hasta llegar al actual con representantes de todo el país, y en el último número de este año se actualiza, de acuerdo a las normas internacionales, el reglamento de publicaciones, además aparece en la página web de la Sociedad.

En realidad es difícil anotar los hitos que se han ido superando; el proceso ha sido gradual y esperamos que continúe.

Son numerosas las personas que han contribuido a través de los años a que esta publicación, que es el órgano oficial de nuestra Sociedad, progrese año a año. La lista sería interminable de todos los socios que han enviado sus aportes; los sucesivos directorios que han impulsado la continuidad del Boletín, los editores y miembros del Comité Editorial, nuestras secretarías, Carolina Martínez primero y ahora Muriel Lizana, quienes han invertido muchas horas y buena voluntad en su realización. Laboratorios Recalcine, en la persona del Sr. Luis Yuraszcek, por su valioso aporte a través de todo este tiempo, y Don Juan Silva, diseñador gráfico, quien se ha preocupado de nuestro "look".

Nuestros desafíos a futuro son: Indexarlo, de modo que lo tengamos en la "carretera del conocimiento", aumentar el Comité Editorial a colegas del extranjero que nos aporten con la óptica de sus sitios de trabajo, y continuar con el esfuerzo de sacar cada vez una mejor Revista. Para esto esperamos como siempre contar con el apoyo de todos los socios para seguir cumpliendo con las metas que nos propusimos en nuestra primera editorial: mantener la comunicación entre los diferentes socios y con el Laboratorio que nos auspicia, contribuir para que nuestra Sociedad continúe un crecimiento en forma armónica al servicio de los profesionales que la forman y de los niños bajo nuestra responsabilidad.

**Dra. Freya Fernández Kaempffer**  
Directora Revista

## Palabras de Bienvenida Congreso 2004

---

El tema que este año nos convoca es: La adolescencia mirada desde el punto de vista evolutivo. Analizaremos su desarrollo normal, integrando aportes biológicos, sociológicos y psicológicos. Durante los diversos simposios estudiaremos variados temas de patología neuropsiquiátrica. En las sesiones de posters y trabajos libres recibiremos exhaustiva información acerca de las investigaciones y revisiones que los diversos grupos de trabajo de nuestras especialidades han realizado.

El comité organizador y los coordinadores de simposios, han tomado el compromiso de asegurar la revisión de las evidencias científicas actuales y de los diversos enfoques teóricos en cada tema a tratar.

Posteriormente, en un número especial de la revista de nuestra sociedad, se editarán los resúmenes de las ponencias y sus principales conclusiones.

Esta año tendremos el privilegio de escuchar a invitados de una calidad excepcional, que nos

transmitirán su sólida experiencia como clínicos, docentes e investigadores de primer nivel.

Tan importante como los objetivos científicos, entendemos que es necesario fomentar la camaradería habitual entre nuestros socios y asistentes para lo cual nuestro comité local nos ha preparado un entretenido programa social.

Cumpliendo el objetivo de Sopia de realizar nuestros congresos en regiones, hemos elegido Concepción, ciudad de una gran vida universitaria y donde existen activos grupos de trabajo multiprofesionales de nuestras especialidades.

Todos los que participamos en la planificación y organización de este Congreso, esperamos que cada uno de los participantes, retorne enriquecido a su vida habitual, después de estos tres días de trabajo y amistad.

**Dra. Flora De La Barra**  
Presidente XXII Congreso

# Resúmenes Congreso 2004

## TRABAJOS DE NEUROLOGIA

### COMUNICACIONES ORALES

#### CON-1

HALLAZGOS ELECTROFISIOLOGICOS EN POBLACION INFANTIL CHILENA CON SINDROME GUILLAIN BARRE

**Castiglioni, Claudía; Díaz, Alejandra; Kleinstauber, Karin; Pizarro, Lorena**  
*Servicio Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.*  
*e.mail: ccastig@manquehue.net*

**Introducción.** La causa más común de parálisis fláccida aguda en niños es el Síndrome Guillain Barré (GB). Existen escasas comunicaciones de las variantes electrofisiológicas en población pediátrica a nivel internacional, siendo el subtipo desmielinizante (AIDP) el reportado en la mayoría de los casos.

**Objetivo.** Analizar la distribución de los subtipos de GB en una población infantil chilena según los hallazgos electrofisiológicos.

**Método.** Estudio de los registros de conducción nerviosa y EMG en 30 pacientes (18 hombres, 12 mujeres) con diagnóstico de GB, hospitalizados en nuestro Servicio o derivados para estudio, entre Enero-1996 y Julio-2004.

**Resultados.** La edad promedio de presentación fue 5 años 8 meses (rango 1a 4m-15a 11m). 11 pacientes (37%) presentaron el subtipo AIDP, con latencias distales prolongadas, velocidad de conducción motora disminuida y potenciales de acción de unidad motora (PAUM) bajos. 18 pacientes (60%) presentaron la variante AMAN y un paciente (3%) la variante AMSAN. Los pacientes con variedad axonal presentaron CMAP severamente reducidos con latencias distales normales y VCN levemente disminuida, con signos de denervación presentes en un 78.9% de estos pacientes.

**Conclusión.** La variedad AMAN es el subtipo más frecuente de GB en la población infantil estudiada en nuestro Servicio. Existen diferencias sustanciales en el análisis de los hallazgos electrofisiológicos de estos pacientes que hacen posible diferenciar compromiso desmielinizante versus axonal.

#### CON-2

INCIDENCIA DE HEMORRAGIA INTRACRANEANA Y LEUCOMALACIA EN EL RECIEN NACIDO DE

#### MUY BAJO PESO DE NACIMIENTO

**Flández, Ana; Barría, Mauricio; González, Carlos.**  
*Servicio de Pediatría, Unidad de Neonatología, Hospital Clínico Regional de Valdivia, Valdivia, Chile.*  
*e.mail: anitaflandes@hotmail.com; rbarria@uach.cl*

**Introducción.** La incidencia de hemorragia intraventricular (HIV) y leucomalacia periventricular (LPV) era desconocida en nuestra medio. Se adquirió ecógrafo portátil mediante proyecto FONADIS 0393/01.

**Objetivos.** Determinar la incidencia de HIC y LPV en recién nacidos (RN) menores de 1500 grs y/o menores de 32 semanas de gestación y su correlación clínica.

**Método.** Se practicó ecografía cerebral a 118 RN en el período Agosto 2001-Julio 2003. Se efectuó examen neurológico a las 40 semanas de edad gestacional (EG). Se recopiló antecedentes clínico-epidemiológicos, analizándose con estadística descriptiva e inferencial mediante t-test, test Chi2 o exacto de Fisher. Se empleó el programa Stata 8.0.

**Resultados.** La incidencia de HIC fue de 13.6% (14/103) en la 1ª ecografía correspondiendo a 57.1% GI (8/14), 21.4% (3/14) GII, 7.1% (1/14) GIII y 14.2 (2/14) GIV. LPV fue encontrada en 16%, e hiperecogenicidad persistente (H) sin quistes en el 12,7%. En relación a la distribución de LPV y H por categoría de peso se observa que el 40% (14/35) de éstas se concentra en el grupo de peso de 700 a 900 grs. LPV moderada se presentó en 2 niños entre 1000-1200 grs. En relación a LPV y EG existe diferencia estadísticamente significativa estimándose un RR 1.9 (IC95% 1.3-2.7, p: 0.0012) para los < de 30 sem. EG. En relación a la distribución de HIC por categoría de peso se observa que la mayoría se presentó entre los 800 y 1000 grs. (9/15). La evaluación neurológica a las 40 semanas fue anormal en el 13,8%.

**Conclusiones.** El uso de ecografía cerebral permitió dimensionar el problema y establecer conductas oportunas para evitar secuelas, mejorando la calidad de atención.

#### CON-3

FENOTIPO CLINICO DE MUCOPOLISACARIDOSIS: EXPERIENCIA EN LA ATENCION AMBULATORIA DE NEUROLOGIA INFANTIL

**Guerra, Patricio; Carrera, Jorge; Mabe, Paulina; Troncoso, Ledia; Troncoso, Mónica.**  
*Hospital Base de Puerto Montt, Unidad de Enfermedades Metabólicas INTA, Hospital Clínico*

San Borja Arriarán, Santiago, Chile  
e.mail: phguerrag@yahoo.com

**Introducción.** Las MPS representan un grupo de enfermedades de depósito lisosomal de baja incidencia en la población (1/50.000 RN), no disponiéndose de datos poblacionales a nivel nacional, presentando síntomas neurológicos que hacen que requiera conocimiento por parte del especialista en neurología infantil

**Objetivo.** Realizar un análisis retrospectivo de los pacientes portadores de MPS detectados en el policlínico de neurología infantil de Puerto Montt, centrándose en los síntomas que permitieron su sospecha y diagnóstico.

**Resultados.** Del registro ambulatorio de neurología, se constata que en los últimos 2 años se han diagnosticado 8 pacientes portadores de MPS, siendo 6 planteados por dicha especialidad. Los pacientes, son 2 pacientes portadores de MPS IV (Morquio), 1 paciente MPS II (Hunter) y 5 pacientes portadores de MPS I (Hurler-Scheie). La edad promedio de diagnóstico fue 5 años (MPS I: 4 años, MPS II: 5 años, MPS IV: 7 años), siendo el elemento clínico de sospecha determinante en las MPS I la presencia de RDSM, talla baja, escoliosis, opacidades corneales, hipoacusia, hiperplasia adenoidea y hernias umbilico-inguinales; en las MPS IV la talla baja y cuello corto y, en el caso del paciente con MPS II, el deterioro psicomotor. Dentro de las complicaciones neurológicas destacan, en MPS I: retardo psicomotor, MPS II: convulsiones y deterioro psicomotor y en MPS IV: raquiestenosis e insuficiencia vértebro-basilar. El 50% de los pacientes proviene de regiones insulares de Chiloé, presentando un fenotipo étnico característico, el cual en análisis médicos previos era la explicación para algunos de los hallazgos descritos (talla baja, facies especial, etc.).

**Conclusión.** Destaca la alta incidencia de este grupo de enfermedades dentro de la población asignada a este establecimiento, siendo atribuible esto a la alta frecuencia de poblaciones cerradas por aislamiento geográfico, así como lo avanzado de la edad de diagnóstico en patologías de fenotipo característico, hecho explicado por el difícil acceso a atención médica especializada desde regiones extremadamente aisladas, así como el desconocimiento de la patología por el resto de las especialidades o médicos generales.

CON-4  
CONVULSIONES NEONATALES Y FACTORES PRONOSTICOS.

Solari, Francesca; Venegas Viviana; Menéndez,

Pedro; Culcay, Catalina; Dragnic, Yuri; Manríquez, Marco; Aguirre, Eduardo; Vivanco, Guillermo; Samamé, Margarita; Vásquez, Jessica; Aguilera, Liliana.

Servicio de Neurología Infantil Área Metropolitana Occidente, Servicios de Neonatología, Hospital Dr. Félix Bulnes, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

e.mail: solarifrancesca@yahoo.fr

Las convulsiones neonatales son la emergencia neurológica más común en el período neonatal.

**Objetivo.** Identificar la incidencia y características de las convulsiones neonatales en nuestra área, e identificar los factores de riesgo tempranos que sean predictores del desarrollo postnatal del niño y la aparición posterior de epilepsia.

**Método.** Se realizó un protocolo de manejo de las crisis neonatales junto con las unidades de Neonatología de los Hospitales de nuestra área; se identificaron los niños, completando sus características en un protocolo previamente diseñado y se les incorporó a un programa de seguimiento en el Servicio de Neurología programado en dos años. Se analizaron las diferentes variables del período de recién nacido con el desarrollo posterior de los niños al momento de realizar el corte del estudio. Se identificó como buen pronóstico, aquellos niños con desarrollo normal o retraso leve, y con mal pronóstico, aquellos con un retraso moderado, severo, o fallecidos. Para esto se usó una plantilla Excel, análisis de chi<sup>2</sup>, intervalo de confianza del 95%

**Resultados.** Desde Enero del año 2003 hasta Julio del 2004, se han detectado 52 niños que han presentado crisis neonatales (período limitado a las 4 primeras semanas de vida), siendo un 0,34% de los RN vivos de ambos Hospitales, en igual período. El 53,8% fue prematuro y un 23% fue de muy bajo peso (-1500 gr). De estos niños fallecieron 7 (13,4%) y 5 perdieron sus controles al alta. El tiempo de seguimiento al corte, fue de 7,55 meses (1 a 16 meses). El 44,68% de los pacientes tuvieron mal pronóstico. Dentro de las variables analizadas se encontró que ser recién nacido de término (OR=0.29 p=0.05) y tener un electroencefalograma normal (OR=0.27 p=0.058), son factores protectores ante un mal pronóstico final, en cambio, ser recién nacido con bajo peso (-1500 gr.) (OR=30.51 p=0.003), es factor de riesgo. Al construir un modelo de asociación multivariado, el único factor de riesgo altamente significativo y pronóstico, es el bajo peso extremo (OR=23.74 p=0.009). No se encontraron factores de riesgo asociados a epilepsia

**Discusión.** Los resultados en cuanto a incidencia

de las crisis neonatales coincide con lo descrito en la literatura a pesar de las condiciones locales de diagnóstico, basado sólo en la clínica. Sugerimos usar en nuestro medio como mal predictor, el bajo peso y como factores protectores, ser recién nacido de término y un electroencefalograma normal al alta. Dada la poca frecuencia de esta patología, se deben seguir estos niños por más tiempo y aumentar el n de la muestra.

#### CON-5

#### EFECTO DE TRASTORNOS DE SUEÑO EN PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA.

*Ríos, Loreto; Witting, Scarlet; Troncoso, Ledia.*

*Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.*

*email: lrios@jia.cl*

**Objetivo.** Evaluar efecto de los trastornos del sueño en pacientes con epilepsia refractaria.

**Método.** Se reclutaron 10 pacientes con epilepsia refractaria, politerapia y alteración del ciclo sueño-vigilia.

Se realizó registro diario de crisis epilépticas y ciclo sueño vigilia un mes antes de tratar la alteración del sueño y durante los 6 meses después de intervención. La intervención consistió en administración de melatonina antes de dormir, luminoterapia matinal y evitar siestas durante el día. Los antiepilépticos no se modificaron durante los primeros 3 meses de manejo. Se realizó control de EEG pre-tratamiento, a los 3 y 6 meses post tratamiento.

**Resultados.** Todos los pacientes normalizaron patrón sueño-vigilia durante el primer mes, mostrando una disminución significativa de frecuencia de las crisis dentro de los 3 primeros meses de tratamiento. En relación a los EEG se observó mejoría en 6 pacientes, en 2 se identificó foco irritativo predominante y en 2 no hubo mejoría.

**Conclusiones.** Los trastornos del sueño en niños con epilepsia refractaria son un factor importante de la refractariedad de la epilepsia. El correcto manejo de los trastornos del sueño en estos pacientes debe ser considerado, antes de continuar adicionando fármacos anticonvulsivantes.

#### CON-6

#### ANORMALIDADES ULTRASONOGRAFICAS Y SECUELAS NEUROLOGICAS EN EL PREMATURO.

*Coria, Carolina; Muñoz, Patricio; Aguayo, Luis; Muñoz, Felipe*

*Servicio de Neurología, Pediatría y Gineco-Obstetricia, Hospital Herminda Martín.*

*Universidad Católica de la Santísima Concepción.*

*Chillán, Chile.*

*e-mail: carolinacoria@123mail.cl.*

**Objetivo General.** Describir el programa de seguimiento de niños prematuros en relación al diagnóstico ultrasonográfico de lesión cerebral y el pronóstico neurológico.

#### Objetivos Específicos

1. Proponer un protocolo de seguimiento de ultrasonografía de cráneo (USC) para incrementar la sensibilidad en el diagnóstico de leucomalacia periventricular (LMPV).
2. Conocer la prevalencia de hemorragia intracranéana (HIC) y LMPV y los factores de riesgo perinatales asociados.
3. Detectar cuáles son los principales antecedentes clínicos e imagenológicos en los niños con secuelas neurológicas.

**Material y Método.** Estudio prospectivo de recién nacidos pretérmino  $\leq 32$  semanas de edad gestacional y/o  $\leq 1500$  grs. de peso de nacimiento, nacidos entre abril de 2000 y abril de 2004. Se excluyeron los fallecidos y los que abandonaron controles. Se implementó un protocolo de seguimiento con USC desde el 5° día de vida hasta las 40 semanas de edad corregida. El grado de HIC se definió de acuerdo a la Clasificación de Papille, y el grado de LMPV de acuerdo a De Vries, complementando con medición de tamaño ventricular de acuerdo a estudios previos publicados en prematuros para el diagnóstico de ventriculomegalia. El diagnóstico neurológico se basó en examen neurológico estandarizado, grado de discapacidad motora o diagnóstico de parálisis cerebral (24 meses). Los factores de riesgo perinatal para lesión ultrasonográfica y/o secuela neurológica se analizaron mediante tests de significación estadística y análisis de regresión logística.

**Resultados.** Se estudiaron 160 niños cuyos pesos de nacimiento fluctuaban entre los 450 y 1960 grs. La presencia de HIC se constató en 21 niños (13%), 10 de ellos grado I, 4 con infarto venoso periventricular. Seis niños cursaron con hidrocefalo post-hemorrágico. Se diagnosticó LMPV en 17% de la muestra, y fue más frecuente (35%) en madres con antecedente de corioamnionitis. La presencia de parálisis cerebral y discapacidad severa se correlacionaron directamente con anomalía en la USC, menor edad gestacional y menor apgar al nacer, en comparación con los niños sin secuelas neurológicas.

**Conclusión.** La USC es un método imagenológico sensible para la detección de patología cerebral en el recién nacido prematuro si se realiza seriamente

ya que se correlaciona estrechamente con el pronóstico neurológico.

#### CON-7

INTERACCION GENOTIPICA ENTRE ALELOS DE DAT-1 Y DRD-4 EN PORTADORES DE DEFICIT ATENCIONAL.

**Carrasco, Ximena; Henríquez, Hugo; Rothhammer, Paula; Aboitiz, Francisco; Rothhammer, Francisco.** ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil, Dpto. Pediatría Oriente, Universidad de Chile; Dpto. Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

e-mail: xcarrasc@med.uchile.cl

Las investigaciones sobre las bases hereditarias del Síndrome de Déficit Atencional (SDA), apuntan a genes del sistema dopaminérgico, que modula la actividad de la corteza prefrontal. Dos variantes genotípicas han demostrado asociación con SDA: el alelo de 7 repeticiones del receptor dopaminérgico tipo 4 (DRD4/7R) y el alelo de 10 repeticiones del transportador de dopamina tipo 1 (DAT1/10R). Nuestro objetivo fue determinar la presencia de estos alelos en una muestra de pacientes chilenos con diagnóstico de SDA y sus familiares directos. Se estudiaron 26 sujetos (2 mujeres y 24 hombres; 9 a 14 años, CI normal, buena respuesta a psicoestimulantes), que cumplen criterios de SDA del tipo combinado según DSM-IV. Como control se utilizó a los hermanos no portadores de SDA. 50% de los 26 pacientes contra 24% de los controles fueron heterocigotos para el alelo DRD4/7R ( $p=0.05$ ). Respecto a DAT1, 61% de los pacientes versus 40% de los controles, fueron homocigotos DAT1/10R (diferencia no significativa). En los casos de ocurrencia combinada de DRD4/7R y DAT1/10R, el 100% de los pacientes SDA tienen combinación DRD4/7R heterocigoto con DAT1-10R homocigoto ( $p=0.0004$ ). Estos resultados demuestran una correlación débil entre el genotipo DRD4/7R y el fenotipo SDA en familias chilenas, pero una fuerte correlación entre la asociación DRD4/7R + DAT1/10R homocigoto y SDA. Se discute un modelo explicativo de este hallazgo.

PROYECTO FONDECYT 1010816

NUCLEO MILENIO NEUROCIENCIAS INTEGRADAS.

#### CON-8

DIVERSIDAD CLINICA DE LA MUTACION A3243G DNA MITOCONDRIAL

**Troncoso, Mónica; Santander, Paola; Castiglioni, Claudia; León, Doris.**

Servicio Neurología Infantil Hospital San Borja Arriarán, Santiago.

Hospital Las Higueras, Talcahuano. Chile

e-mail: paosantander@yahoo.com

**Introducción.** La mutación A3243G en el gen RNAt DNA mitocondrial se asocia a desórdenes mitocondriales como MELAS, diabetes materna con sordera neurosensorial, MERFF, PEO y Síndrome de Leigh.

**Objetivo.** Evaluar 7 casos índices y sus familias, portadores de la mutación A3243G DNAm describiendo características clínicas, genogramas, exámenes de apoyo diagnóstico y estudio genético, estableciendo su variabilidad de presentación

**Resultados.** La mutación A3243G dentro del grupo de enfermedades mitocondriales está presente sólo en los pacientes con MELAS y en el 100% de los MELAS estudiados. En el análisis familiar de los genogramas 3 de las 7 familias presenta antecedentes de diabetes mellitus de aparición temprana con sordera bilateral de línea materna. Clínicamente presentan antecedentes de cefalea, mal incremento ponderal asociado a trastornos de alimentación; el episodio de stroke-like se presenta promedio a los 11 años de edad (6a-17a). No se encuentra relación entre %DNA mutado con severidad clínica.

**Conclusión.** La mutación A3243G en nuestros pacientes con MELAS está presente en todos los casos y en algunos de ellos se asocia a historia familiar de diabetes mellitus de aparición temprana con sordera neurosensorial, evidenciando la diversidad clínica de presentación de esta mutación.

#### CON-9

EFFECTOS DEL ALCOHOL IN UTERO SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO.

**Avaria, María de los Angeles; Kleinstauber, Karin; Mills, James; Aros, Sofia; Conley, Mary; Cox, Christopher; Klebanoff, Mark; Cassorla, Fernando.**

Facultad de Medicina, Universidad de Chile. National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), USA. IDIMI

e-mail: kck@vtr.net

**Introducción.** Los efectos del consumo de alcohol durante el embarazo sobre el desarrollo del sistema nervioso central han sido ampliamente documentados, al igual que la neuropatía alcohólica en adultos. Sin embargo los efectos potenciales del alcohol in útero sobre el sistema nervioso periférico no han sido investigados.

Se realizó estudio longitudinal de la velocidad de conducción nerviosa periférica a fin de determinar el efecto de la exposición prenatal a alcohol sobre el sistema nervioso periférico.

**Pacientes y Método.** Fueron estudiados 17 niños expuestos a grandes cantidades de alcohol en forma



prenatal (>48 g/día) y 13 niños no expuestos, identificados prospectivamente a partir de una cohorte de mujeres embarazadas detectadas durante control prenatal. Se efectuó estudio de conducción nerviosa en nervios mediano, cubital, peroneo y tibial durante el período de recién nacido y luego entre los 12 y 14 meses de edad.

**Resultados.** En ambas evaluaciones los niños expuestos a alcohol tuvieron significativamente menores velocidades de conducción motora ulnar ( $p=0.007$ ), menores amplitudes proximales ( $p=0.018$ ) y menores amplitudes distales ( $p=0.051$ ). Estos niños también presentaron velocidad de conducción reducida en tibial ( $p=0.06$ ) y disminución en amplitudes distales.

**Conclusiones.** Este es el primer estudio en demostrar que la exposición prenatal a alcohol in útero se asocia a anomalías en las propiedades eléctricas del nervio periférico con un patrón diferente al descrito en adultos. Por tanto las alteraciones electrofisiológicas del sistema nervioso periférico deben considerarse como un problema más de los encontrados en hijos de madres alcohólicas.

#### PRESENTACIONES POSTER

PN-1

ENCEFALOPATIA AGUDA POR DEFECTO DE OXIDACION DE GRASAS. DOS CASOS

**Durán, Gloria; Hernández, Marta; Chateau, Bernardita.**

*Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Pediatría, Santiago, Chile. e.mail: durang15@yahoo.com*

Los defectos de oxidación de ácidos grasos son errores congénitos del metabolismo en que existe una incapacidad de oxidar grasas, lo que se traduce en falta de energía (glucosa) e intoxicación por moléculas parcialmente degradadas y sus derivados. Esto tiene un efecto directo sobre SNC, manifestándose como encefalopatía aguda. Reportamos dos casos de presentación clínica similar.

**Caso 1.** A los 18 meses presenta fiebre, vómitos y rechazo alimentario. Al cuarto día está hipoactiva, somnolienta quejumbrosa y con sudoración profusa, seguido de rápido compromiso de conciencia asociado a hipoglicemia severa (9 mg/dl). La respuesta al aporte de glucosa es rápida, pero el episodio se repite cuatro días más tarde con hipoglicemia de 10 mg/dl, hepatomegalia, disfunción hepática y encefalopatía que se prolonga por 48 horas. La recuperación clínica es completa. El estudio de adicarnitinas fue normal, pero carnitina y ácidos orgánicos son compatibles con defecto de oxidación

de ácidos grasos de cadena larga. El estudio sobre fibroblastos fue normal, lo que sugiere un defecto de expresión hepática. En 4 años de seguimiento, no ha repetido un nuevo episodio.

**Caso 2.** A los 7 meses presenta infección viral respiratoria, seguida de tres semanas de mala ingesta oral y disminución de actividad. Presenta brusco compromiso de estado general con mirada vaga, desconexión y somnolencia. Al ingreso está soporoso, poca respuesta a estímulos, hipotónico y con masiva hepatomegalia. Destaca hipoglicemia leve, cetonuria (-), falla hepática. Se manejó con l-carnitina y prevención de ayuno con excelente respuesta. Recupera conciencia a las 48 horas y el hígado y función hepática se normaliza en las dos semanas siguientes. El estudio de carnitina, acilcarnitinas, adilglicinas, ácidos orgánicos y oxidación mitocondrial de grasas fue conduyente de un defecto de transporte de ácidos grasos.

**Conclusión.** En todo cuadro de encefalopatía aguda, asociada a hipoglicemia y/o disfunción hepática se debe incluir el estudio de oxidación de grasas, ya que su manejo es generalmente de bajo costo y buen pronóstico.

PN-2

NEURITIS OPTICA EN NIÑOS

**Troncoso, Mónica; Siebert, Alejandra; Ríos, Loreto; Amarales Claudia.**

*Servicio Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Hospital De Punta Arenas, Chile. e.mail: janisieb@hotmail.com*

**Introducción.** La neuritis óptica (NO) en niños es poco frecuente y difiere en aspectos clínicos y evolutivos al adulto.

**Objetivo.** Evaluar perfil clínico, evolución, pronóstico en niños con NO.

**Material.** 6 pacientes, entre 1995-2003. Presentación clínica, compromiso de otros segmentos del SNC, tratamiento y respuesta. Estudio: fondo de ojo, campimetría, análisis de LCR y bandas oligoclonales, RM encefálica y medular. Tiempo seguimiento 3 años (1-9 años).

**Resultados.** Edad promedio 9.3 años. Todos de sexo femenino. Pródromo: Cefalea 4 pacientes, infección una paciente. NO unilateral: 2 pacientes. Tiempo instalación ceguera 2 días en 4 pacientes. Dos pacientes evolucionaron a EM, en ellas el tiempo promedio instalación fue 7.5 días. Compromiso cerebral 3 pacientes, medular 2 pacientes. LCR: hiperproteínoorraquia en una paciente, no se encontraron bandas oligoclonales.

**Tratamiento.** 4 recibieron metilprednisolona recuperándose en 1 semana; 2 recibieron prednisona: evolucionaron hacia atrofia óptica. No hubo recurrencias.

**Comentario.** En nuestra serie de pacientes la NO se presentó sólo en mujeres. El pródromo más frecuente fue cefalea frontorbitaria. la NO postinfecciosa no fue tan frecuente como se describe. Metilprednisolona tuvo mejor pronóstico. Pacientes que evolucionaron hacia esclerosis múltiple tuvieron presentación más insidiosa, no hubo diferencias en el tiempo de recuperación de visión.

#### PN-3

TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: SEGUIMIENTO LONGITUDINAL 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE. 1994-2004

*Becker, Anette, Margarit, Cynthia; Arriaza, Manuel; Bracho Fernando; Fernández Magdalena; Claverie, Ximena; Córdova, Marcela; Lastra, Alejandro; Lama, José Luis; Pizarro, Eugenia; González, Felipe. Unidad de Hemato-oncología y Neuropediatría. Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile. e.mail: s. rubel@ctcinternet.cl*

Los tumores cerebrales representan la segunda neoplasia en la población pediátrica, con una incidencia entre 2 y 4/100.000. Aún sigue siendo baja la sospecha clínica, lo cual se refleja en la latencia del diagnóstico y el mal pronóstico vital.

**Material y métodos.** Revisión de fichas de pacientes con diagnóstico de tumor del SNC.

**Resultados.** Se ingresaron 43 niños entre los años 1994 y 2004. Un 60.4% era del sexo masculino, el promedio de edad fue de 6 años. La histología fue: 25.5% meduloblastomas, 18.2% Ependimomas, 12.5% Astrocitomas de bajo grado, 9.4% astrocitomas de alto grado y un 9.4% correspondieron a otras neoplasias. Con respecto a su ubicación un 40.6% se encontraba en fosa posterior, 28.1% en tronco, 18.7% supratentorial, 9.3% en nervio óptico y 3.1% en médula espinal. Los síntomas más frecuentes fueron: Cefalea (62.5%), vómitos (56.2%), alteración de la marcha (43.8%) y cambios de la personalidad (37.5%). Latencia de 2 meses entre el inicio de los síntomas y diagnóstico correcto.

**Comentario.** Queda demostrado: 1) Lo difícil que es tener la sospecha diagnóstica en forma precoz y 2) La necesidad de crear un protocolo de seguimiento neurológico.

#### PN-4

CORRELACION ENTRE ELECTROMIOGRAFIA Y

BIOPSIA MUSCULAR EN PACIENTES PEDIATRICOS

*Castiglioni, Claudia; Rojas, Carla; Pizarro, Lorena; Troncoso, Mónica; Kleinsteuber, Karin; Gejman, Roger.*

*Servicio de Neurología Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán; Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Departamento de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. e.mail: crojash@hotmail.com*

Biopsia muscular (BM) y Electromiografía (EMG) son esenciales para diagnosticar patologías musculares. Concordancia entre ellas: 80-95% (adultos). En niños existen escasas comunicaciones.

**Objetivo.** Evaluar concordancia entre EMG y BM en niños en estudio de enfermedades musculares.

**Material y Método.** De 129 BM realizadas (marzo - 2001 / junio - 2004), se estudiaron 83 niños (datos completos) consignándose elementos clínicos, laboratorio y estudio electromiográfico previo biopsia.

**Resultados.** Diagnósticos clínicos: Síndrome miopático (77%), Hipotónico (11%), Enfermedad 2º Motoneurona (2%), otros (9,6%). 20 biopsias (24%) no confirmaron miopatía, de ellas 16 tenían EMG alterada (especificidad 20%), 12 de las cuales eran en >5 años. En 57/63 (90%) pacientes con biopsia miopática, la EMG fue miopática. La concordancia Biopsia y EMG fue de 73%, valor predictivo positivo y negativo de 78% y 40% respectivamente.

**Conclusión.** La electromiografía demostró tener alta concordancia y sensibilidad con BM, pero baja especificidad.

#### PN-5

TRASTORNOS DE DEGLUCION EN PACIENTES NEUROLOGICOS

*Escobar, Raúl; Salinas, Luis; Flores, Carla.*

*Departamento de Pediatría, P. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile rescobar@med.puc.cl*

Trastornos de deglución (TD) son frecuentes en pacientes neurológicos y requieren adecuada rehabilitación. Una detallada evaluación clínica y radiológica permite objetivar disfunción y elaborar adecuado plan de neurorehabilitación. Presentamos 22 pacientes con enfermedad neurológica, edad promedio al inicio del tratamiento 22.4 semanas (1 a 116), a quienes se diagnosticó TD utilizando pauta de evaluación clínica y radiológica (videodeglución), clasificándose en TD de fase 1, 2, 3, conductual o mixto. En base al diagnóstico funcional, se efectuó

plan de neurorehabilitación y seguimiento clínico y/o radiológico. Todos los pacientes pudieron ser clasificados en algún tipo de TD. Cinco pacientes fueron dados de alta (22%), tiempo de tratamiento 20,2 semanas (2 a 133). Uno de estos pacientes presentaba TD fase 3, los otros 4 TD fase 1. Once abandonaron tratamiento (50%), la mayoría por razones económicas. Al momento del último control 5 de ellos ya habían iniciado alimentación por boca y 2 mostraban mejoría significativa. Tres fallecieron (sin relación a aspiración o desnutrición). Cuatro aún en tratamiento (18%), observándose mejoría en todos (disminución de disfuncionalidad e inicio alimentación).

A través de adecuado diagnóstico funcional, los TD son objetivables y posibles de rehabilitar. La presencia de TD fase 3 parece ser de más lenta resolución.

PN-6  
CONVULSIONES EN EL RECIEN NACIDO:  
ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE EPICRISIS DE  
UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA.

**Quitral, Mireya; Sanz, Heydi; Suárez, Bernardita; Contreras, Juan; Cabello, Juan Francisco.**  
*Unidad de Neuropsiquiatría, Unidad de Neonatología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.*  
*e.mail: mqutralc@vtr.net*

**Introducción.** Las convulsiones pueden constituir un signo de grave enfermedad neurológica en el neonato, por tanto es esencial su reconocimiento, manejo específico y oportuno.

**Objetivos.** Describir clínica, etiología, manejo y evolución de convulsiones neonatales.

**Materiales y Métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de convulsiones de Unidad de Neonatología del HCVB entre los años 2001 y 2003.

**Resultados.** Se obtuvieron 29 casos. De las crisis observadas 13 Tónicas; 8 Clónicas; 2 Miodónicas; 2 Sutiles. Ecografía Cerebral anormal en 15 de los casos, EEG en 17 y Examen Neurológico en 19.

Etiologías encontradas: EHI 11 casos; Hipoglicemia 4; Hemorragias Intracerebrales 3; Malformaciones Cerebrales 2; Infección SNC 1; Sd. Epilépticos 1; Hipocalcemia 1; Sin Causa 2. Respuesta a Fenobarbital satisfactoria en 19 casos, requiriendo uso de otros fármacos 5 pacientes. 5 pacientes fallecen; 5 evolucionan con epilepsia; 7 presentan actualmente secuelas motoras y 8 tiene un examen neurológico normal en la actualidad.

**Conclusiones.** En el RN las convulsiones son un signo de difícil reconocimiento. En nuestra revisión

la causa más frecuente corresponde a la EHI y los exámenes más frecuentemente alterados fueron el examen neurológico y el EEG, lo que traduciría el severo compromiso neurológico asociado a este síntoma.

PN-7  
EVALUACION DEL NIVEL DE ESTIMULACION QUE  
ENTREGAN DOS UNIDADES DE CUIDADO  
INTENSIVO NEONATAL DE LA QUINTA REGIONAL  
RECIEN NACIDO PREMATURO.

**Barra, Lisseth; Muñoz, Ana; Valenzuela, Rodrigo; Carmona, Orieta; Rojas Valeria.**  
*Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.*

**Objetivo.** Evaluar la cantidad y calidad de la estimulación que entregan las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales a los recién nacidos prematuros en dos Hospitales de la quinta región y describir la participación de los padres y Kinesiólogos en esta unidad.

**Metodología.** Los métodos de recolección de datos fueron la observación estructurada y directa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en funcionamiento durante 24 horas continuas y una encuesta al personal, utilizando para ello instrumentos de registro elaborados por los evaluadores y aparatos para la medición de las variables ambientales. Las mediciones fueron realizadas entre Enero y Febrero del 2004. Los datos fueron analizados por medio de estadística descriptiva.

**Resultados.** Los resultados obtenidos muestran que en la mayoría de las variables medidas, en relación a los estímulos ambientales (sonido, luz y temperatura) y el manejo profesional sobre el RNP (manejo postural, procedimientos, estimulación táctil terapéutica y medidas de prevención), no se cumple con lo establecido en las investigaciones y protocolos actuales relativos al tema, por otro lado, muestra la necesidad de ampliar la participación de los padres y sugiere fortalecer el trabajo multidisciplinario incorporando equipos de rehabilitación.

PN-8  
SINDROME DE RUBINSTEIN-TAYBI, LA EXPRESION  
ELECTROCLINICA ¿ES DEPENDIENTE DEL  
GRADO DE DELECCION?

**Menéndez, Pedro; Solari, Francesca; Dragnic, Yuri; Hernández, Américo.**  
*Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital San Juan de Dios. Fac. de Medicina, Occidente, Universidad de Chile. UCI Neonatología, Santiago, Chile*  
*e.mail: pedromenendez@vtr.net*

El Síndrome de Rubinstein-Taybi (SRT) es ejemplo

de trastorno de la remodelación de cromatina. Cuadros únicos en medicina porque surgen de una alteración de la transcripción del DNA por deleciones en genes codificadores de enzimas mediadoras de la estructura cromatínica. Esto es seguido de una desregulación de la transcripción del gen lo que lleva a una expresión inapropiada de la proteína. Posicionado en el gen 16p13,3 puede excepcionalmente producirse por herencia autosómica dominante.

**Objetivos.** Estudiar cuatro casos clínicos de SRT de diferente expresión fenotípica y evolución, intentando buscar marcadores de pronóstico.

**Casos.** Cuatro niños diagnosticados en nuestro hospital, tres varones y una niña. Signos comunes: Engrosamiento de pulgares y orjejo mayor, fisuras palpebrales, polidactilia, talla baja, retraso DSM.

**Resultados.** Tres presentan apneas en período neonatal; dos, convulsiones neonatales. Uno sufre falla disautonómica al quinto mes y fallece. Los estudios EEG expresan baja amplitud basal, escasa actividad rítmica occipital. Aparición de actividad rítmica frontalizada en dos casos. Pobre organización del sueño, con disminución de husos y complejos K difíciles de evocar, escasa sincronía interhemisférica en sueño lento. Dos tienen focos irritativos, sin crisis.

**Comentario.** El análisis fenotípico en relación a la evolución del DSM, los trastornos respiratorios y el nivel de retardo mental, comparados con las modificaciones EEG sugieren que el estudio neurofisiológico podría representar niveles de alteración en la formación y organización sináptica en función del tipo y grado de deleción. Se especula su valor como marcador evolutivo del retardo mental junto con el estudio genético molecular.

PN-9

ATROFIA ESPINAL DISTAL: PRESENTACION DE TRES CASOS CLINICOS

*Pizarro Ríos, Lorena; López Avaria, María; Castigioni Toledo, Claudia; Troncoso Schifferli, Mónica. Servicio Neuropsiquiatría Infantil/Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile. e-mail: mflopeza@hotmail.com*

**Introducción.** Atrofia Espinal Distal corresponde a un grupo heterogéneo de afecciones genéticamente determinadas, caracterizadas por debilidad y atrofia distal en extremidades que han sido clasificadas en categorías en base a características clínicas y genéticas.

**Objetivo.** Describir la presentación clínica de tres pacientes hospitalizados en el Servicio de Neurología

Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán, compatible con atrofia espinal distal.

**Métodos.** Se revisa la historia clínica de tres pacientes hospitalizados en el Servicio de Neurología del HCSBA.

**Resultados.** Los tres pacientes son menores de 10 años, sexo masculino, presentan retraso en la adquisición de la marcha, con debilidad y atrofia distal, más evidente en extremidades inferiores. Ausencia de compromiso sensitivo y esfinteriano. Estudio electrofisiológico de velocidad de conducción normal y electromiografía con signos de denervación crónica distal. En todos los casos se realizó estudio de niveles de plomo resultando normales. RNM medular realizada en 1 paciente normal.

**Conclusión.** La evaluación clínica de estos pacientes y su seguimiento permite plantear este diagnóstico y aunque no ha sido posible la tipificación de su alteración genética, su presentación resulta un aporte en relación a la forma de evaluación y exclusión de diagnósticos diferenciales.

PN-10

ESCLEROSIS MULTIPLE: PRESENTACION DE DOS CASOS

*Erazo, Ricardo; Valenzuela Marcela; Casals Miguel. Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile. e-mail: mavabeck@gmx.net*

**Introducción.** Esclerosis múltiple de inicio antes de los 10 años es infrecuente (0,3-2% del total EM).

**Diagnóstico.** En primera instancia es difícil. Riesgo aumenta si no hay compromiso de conciencia y presentación es monosintomática.

**Caso 1.** Escolar 8 años con hemiparesia, hemihipo-estesia, Babinski izquierdos. TAC cerebral: lesión hipodensa periventricular izquierda. Citoquímico LCR: normal. Inició tratamiento metilprednisolona 30 mg/kg/día por 5 días, buena respuesta. RNM cerebral: imagen periventricular centro semioval izquierdo antigua; dos imágenes córtico-subcorticales con centros mayor señal, periferia bien delimitada a derecha. Bandas oligoclonales (+) LCR. Mantiene tratamiento prednisona. A los 9 meses neuritis óptica retrobulbar derecha.

**Caso 2.** Escolar 6 años con hemiparesia faciobra-quiocrural, hiperreflexia, clonus, Babinski derechos, lo cual se repite a los dos meses. Posteriormente hemiparesia, hemianopsia homónima izquierdas, dismetría y temblor derechos. TAC cerebral inicial: normal RNM cerebral: hipointensidad T1, hiperinten-

sidad T2 capsulotalámico lenticular izquierda, lentículo-capsular derecha. RNM cerebral (2): hiperintensidad T2 frontotemporal, tálamo derecho, parietooccipital izquierda, cápsula interna bilateral. RNM cerebral (3): regresión parcial lesiones Estudio inmunológico, trombofilia, cardiológico normal. Angiografía cerebral normal. LCR normal. Bandas oligoclonales (-). Ac láctico sangre, LCR normal. Biopsia muscular: fibras rojas rasgadas (-). Al inicio metilprednisolona 30 mg/kg/día en dos dosis. Buena evolución a las 48 horas. Alta con prednisona oral.

**Conclusiones.** Describimos 2 formas presentación de esclerosis múltiple en niños: ambas monosintomáticas inicialmente, pero una de curso monofásico y otra de presentación multifásica.

PN-11

AUTISMO INFANTIL ESTUDIO EN UN POLICLINICO DE NEUROLOGIA INFANTIL  
**Velásquez N, Alvaro; Quijada G., Carmen.**  
*Hospital Clínico San Borja Arriarán. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Santiago, Chile.*  
*e.mail: alvarovn@123.cl*

**Introducción.** El término espectro autista corresponde a un grupo de trastornos generalizados del desarrollo de las funciones cognitivas superiores y engloba un continuo amplio de trastornos cognitivos y/o conductuales que comparten síntomas centrales que los definen, dentro de los que destacan: socialización alterada, trastorno de la comunicación verbal y no verbal y un repertorio restringido y estereotipado de conductas. Las causas de este síndrome no están precisadas y no existe al momento un marcador biológico que lo defina.

**Objetivo.** Analizar la realidad que existe en un grupo de pacientes autistas controlados en nuestro centro, desde el punto de vista de sus antecedentes epidemiológicos y clínicos.

**Pacientes.** Se entrevistaron y examinaron 30 pacientes controlados en nuestro centro. A partir de los datos recolectados se diseñó diversas tablas en las cuales se analiza distintas características epidemiológicas y clínicas (antecedentes familiares de patología psiquiátrica, evolución clínica y datos obstétricos).

**Comentario.** El análisis confirma la fuerte tendencia familiar y la presencia de viraje en el desarrollo en alrededor del 50% de la muestra. Los hallazgos asociados a patología perinatal no resultaron relevantes en niños autistas de buen nivel intelectual. Se sugiere la importancia del estudio genético y la evaluación cuidadosa de los elementos evolutivos conductuales lo que es importante para plantear un

tratamiento precoz.

PN-12

EPILEPSIA Y MELAS PRESENTACION EN 8 CASOS.

*Troncoso, Mónica; Santander, Paola; Troncoso, Ledia; Ríos, Loreto; Wittig, Scarlet; Castiglioni, Claudia; León, Doris.*

*Servicio Neurología Infantil Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Hospital Higuera, Talcahuano, Chile.*

*e.mail: paosantander@yahoo.com*

**Introducción.** El estudio de la epilepsia en las enfermedades mitocondriales es de gran interés, con el fin de conocer el rol de la mitocondria en mecanismos epileptógenos.

**Objetivo.** Evaluar los episodios convulsivos, su relación con el evento agudo de stroke-like, características electroencefalográficas y evolución en 8 pacientes con MELAS

**Resultados.** La edad de presentación de las crisis convulsivas es entre 6-25 años, posterior al inicio de síntomas de patología mitocondrial. Los tipos de crisis fueron parciales de hemiconías, inicio parcial con generalización secundaria y tónico-clónicas generalizadas, en las que no se observó su inicio. En general se relacionan con el evento de stroke-like, como parte de un cuadro confusional; posteriormente las crisis son esporádicas y tienen buen control con anticonvulsivante.

La electroencefalografía evidencia principalmente asimetría hemisférica con lentitud en regiones que corresponden al stroke-like, algunos presentan actividad epileptiforme en dichas áreas.

**Conclusiones.** Las convulsiones no son el síntoma inicial de la enfermedad, su aparición en general es cercana al stroke-like y su extensión no se relaciona con la frecuencia de crisis. Habitualmente son crisis parciales con buena respuesta a tratamiento y la electroencefalografía tiene relación con la localización del stroke-like.

PN-13

EPILEPSIA EN NIÑOS CON AUTISMO

**Ponce de León, Sonia; Erazo, Ricardo; Gómez, Verónica; Ayala, Norma; Vargas, Lorena; Devilat, Marcelo.**

*Centro de epilepsia infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Calvo Mackenna, Santiago-Chile*

*e-mail: soniapdl@hotmail.com*

**Introducción.** Los trastornos del espectro autista (TEA) corresponden a trastornos generalizados del

desarrollo y se presentan en 10 a 20 recién nacidos por 100.000. Su asociación con epilepsia es de 7 a 14%, cifra que se incrementa con la edad alcanzando hasta un 35% en los adultos.

**Objetivos.** Determinar la asociación de TEA y epilepsia en los niños del Centro y describir algunas características clínicas de la epilepsia en estos pacientes y compararlos con aquellos sin epilepsia.

**Material y Métodos.** Se revisaron las fichas de 21 pacientes portadores de TEA, que se encuentran en control en el servicio de Neurología y Psiquiatría.

**Resultados.** Ocho (38%) presentaban epilepsia, todos tenían TEA y eran varones, el resto, 13 (62%), 6 con autismo y 7 con síndrome de Asperger, no tenían epilepsia. En los niños con epilepsia los síntomas iniciales fue retardo del desarrollo psicomotor junto al inicio de su epilepsia (promedio 17,7 meses). Siete de los 8 niños con epilepsia tenían epilepsias activas de difícil control y con EEG anormales. En el estudio de imágenes sólo se observaron algunos signos de atrofia cerebral difusa en 2 pacientes. No se encontraron alteraciones metabólicas en este grupo y ninguno tenía asistencia a escuela normal.

En los 13 niños sin epilepsia, el primer síntoma fue retardo del desarrollo psicomotor, evidenciado en promedio a los 32 m. Dentro de este grupo, los 7 pacientes con síndrome de Asperger tenían escolaridad normal, el resto, 6, concurrían a escuela especial o no tenían escolaridad.

**Conclusión.** Más de un tercio de los niños con TEA presentó epilepsia, iniciada precozmente y presentada exclusivamente en los niños con autismo. Los niños con síndrome de Asperger no presentaron epilepsia y manifestaron su enfermedad más tardíamente que aquellos que tuvieron epilepsia. La epilepsia en los niños con TEA es de difícil control y no tienen escolaridad.

#### PN-14

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE UN GRUPO DE PACIENTES CON NARCOLEPSIA EN CHILE.

**Amarales, Claudia; Mesa, Tomás; Santin, Julia; Serra, Leonardo; Godoy, Jaime.**

*Departamento de Neurología y Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro del Sueño, Santiago, Chile.*

*e-mail: claudia\_amarales@hotmail.com*

La narcolepsia es un trastorno caracterizado por somnolencia excesiva durante el día, ataques de sueño, asociado a cataplejía, alucinaciones hipnagógicas y parálisis del sueño (tétrada clásica).

**Objetivo.** Analizar nuestra casuística.

**Material y Método.** Se analizan las fichas de pacientes derivados al centro del sueño y Laboratorio de EEG de la Universidad Católica, para realizarse test de latencias múltiples, entre los años 2000-2004, completándose la información a través de encuesta telefónica. Se analizó: Principal motivo de consulta, edad de inicio de los síntomas, tiempo transcurrido entre la edad de inicio y consulta, diagnósticos y estudios previos, evento que lo descompensó, síntomas más relevantes, síntomas asociados, tratamiento y respuesta a éste, resultado de test de latencias múltiples.

**Resultados.** Se reunieron un número total de 10 pacientes, con un promedio de edad de 35 años, con una edad de inicio de los síntomas en el 50 % de los casos antes de los 15 años, edad de diagnóstico en el 90% sobre los 30 años, tiempo de evolución de más de 12 años en el 60 %. El principal motivo de consulta fue la hipersomnia. Como síntomas asociados destaca los trastornos de memoria y atención. El diagnóstico se confirmó en todos los casos a través del test de latencias múltiples. El 90% de los casos tuvo respuesta a tratamiento.

**Conclusión.** La narcolepsia es una patología que se inicia en edad pediátrica y debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes con hipersomnia o trastornos escolares.

#### PN-15

DISTROFIAS MUSCULARES NO DISTROFINOPÁTICAS CON FENOTIPO TIPO DUCHENNE  
*Castiglioni, Claudia; Reyes, Pablo; Kleinsteuber, Karin; Pizarro Lorena, Gejman, Roger; Troncoso, Ledia.*

*Servicio de Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.*

*email: ccastig@manquehue.net*

*pabloreyesb@yahoo.es*

**Introducción.** Las distrofias musculares no distrofinopáticas con fenotipo tipo Duchenne corresponden a un grupo heterogéneo de miopatías. Entre ellas se describen las distrofias musculares de cinturas tipo 2C y 2D en que está afectado el funcionamiento de proteínas de transmembrana (gamma y alfa sarcoglicano) y la 2I por defecto de la proteína FKRP.

**Objetivo.** Comunicar 4 casos clínicos, su enfrentamiento diagnóstico y estudios realizados en la investigación etiológica.

**Resultados.** Dos pares de hermanos hombres (entre 3-13 años de edad) de distintas familias presentaron un fenotipo Duchenne con debilidad de predominio

proximal, hipertrofia gemelar y niveles de creatin-kinasa (CK) en rangos de 3000 -6000 u/l. Sin compromiso cognitivo, cardíaco ni respiratorio actual. El estudio histopatológico demostró la existencia de distrofia muscular, sin deficiencia de la distrofina, sarcoglicano, merosina ni disferlina. Ausencia de delección del gen de la distrofina. Estudio genético del gen FKR P en curso.

**Conclusiones.** Es importante de conocer e investigar la existencia de otros cuadros semejantes a la distrofia de Duchenne, ya que tienen una herencia distinta con pronóstico y evolución diferente según la etiología y para otorgar un consejo genético adecuado.

PN-16

COMPLICACIONES NEUROLOGICAS POR VIRUS VARICELA EN EL AREA NORTE DE SANTIAGO: REVISION 2000-2003.

**Borax, Joanna;** Avaria, María de los Angeles.

*Servicio de Neurología Infantil, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile*

*e-mail: jborax@terra.cl*

**Introducción.** El virus varicela zoster es de alta prevalencia en nuestra población infantil. Es una enfermedad de carácter benigno, sin embargo puede tener complicaciones por lo que es interesante conocer las complicaciones neurológicas asociadas y la evolución y pronóstico de estos cuadros.

**Objetivo.** Describir las características clínicas y frecuencia relativa de presentación de complicaciones neurológicas asociadas a virus varicela dentro de las varicelas graves que requieren hospitalización.

**Material y Método.** Se analizaron los egresos de nuestro hospital desde año 2000 al 2003 con los siguientes criterios: varicela complicada, encefalitis varicela, meningitis varicela y otras asociaciones con esta infección. De esta forma se identificaron los pacientes y se procedió a la revisión retrospectiva de los datos en el lapso de 4 años (2000-2003).

**Resultados.** Se hospitalizaron 152 pacientes con varicelas complicadas en 4 años. De estos hubo 9 pacientes con complicaciones neurológicas, (5.9 % de la muestra). El síndrome atáxico fue el hallazgo más frecuente presente en 8 de 9 pacientes; 3 de 9 pacientes tuvieron encefalitis. Estos pacientes tuvieron un promedio de edad de 4.56 años con una mediana de 4 años (rango 1,5 a 10 años). El inicio de presentación fue entre los días 4 y 10 de iniciado el cuadro viral con un promedio de 7.1 días. Los síntomas más frecuentes asociados fueron: 4 pacientes con vómitos, 2 con nistagmus, 2 cefalea, 2 convulsiones (pacientes con encefalitis). A 5

pacientes se les realizó punción lumbar. Sólo 3 pacientes recibieron aciclovir. Ningún paciente presentó secuelas permanentes. No se registró mortalidad en la serie.

**Discusión.** La infección por virus varicela se asocia según la literatura una tasa de complicaciones neurológicas del orden del 0.1% en niños inmunocompetentes. En nuestra revisión hubo en promedio cerca de 40 casos de varicela complicada por año. Dentro de las complicaciones neurológicas, la ataxia aguda es la más frecuente. Se ha postulado desmielinización focal a nivel cerebeloso, fenómeno de origen autoinmune.

Dado el número de casos de varicela complicada que requirieron hospitalización sería interesante discutir indicación de inmunización.

PN-17

DESCRIPCION DE LA REALIDAD NEUROLOGICA DEL GRUPO DE NIÑOS CON TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO DEL ESPECTRO AUTISTA ATENDIDOS POR EL CENTRO EDUCATIVO DE LA ASOCIACION DE PADRES DE NIÑOS AUTISTAS (ASPAUT) V REGION.

**Contreras, Juan;** Sanz Heydi; Quitral, Mireya; Suárez, Bernardita; Collazo, Leslie; Caviedes, Evelyn; Tonk, Lily; Yuivar, Rosa.

*e.mail: drjcontreras@vtr.net*

**Introducción.** Los padres de niños autistas sostienen un centro educativo que brinda a los menores de la V región una atención integral.

**Objetivo.** Evaluar retrospectivamente la realidad neurológica de los menores del centro educativo.

**Material y Métodos.** Se analizó retrospectivamente un total de 44 niños, según edad, antecedentes anamnésicos relevantes, desarrollo psicomotor, comorbilidad y exámenes etiológicos realizados.

**Resultados.** La edad de los menores fluctúa entre los 2 y 22 años, todos diagnosticados antes de los 3 años de acuerdo a los criterios del DSM-IV, un 50% presenta antecedentes de trastornos neurológicos en su familia, 80% tuvo un desarrollo psicomotor normal antes del diagnóstico, un 40% presenta epilepsia, 20% ha presentado conductas de autoagresión y 60% labilidad atencional. El total de niños se encuentra en control neurológico, sin embargo, sólo 10% presenta estudio de neuroimágenes y 5% screening meta bólico.

**Conclusión.** El total de niños se encuentra en control neurológico, pero con falta de uniformidad en la búsqueda etiológica del trastorno.

PN-18

## TUBERCULOMA VERSUS GLIOMA

**Sanz, Heydi;** Andrade, Lucila; Salazar, Cristian; Vielma, Juan; Suárez Bernardita; Contreras, Juan; Quiral, Mireya.

Unidad de Neuropsiquiatría; Servicio de Radiología; Servicio de Neurocirugía, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

e.mail: heysanz@hotmail.com

**Introducción.** Los gliomas son los tumores más frecuentes del sistema nervioso. Los tuberculomas en cambio, representan 0,15-0,18% de los tumores intracraneales. Ambos comparten características imagenológicas que plantean diagnóstico diferencial.

**Objetivo.** Describir dos casos clínicos en los que se plantea diagnóstico de tuberculoma versus glioma.

**Caso 1.** Niña de 14 años, sana, cefalea de 4 meses de evolución, fotofobia, náuseas y vómitos. Al examen destaca: edema de papila bilateral. TAC cerebral: Proceso expansivo frontocentral izquierdo. Posibilidad diagnóstica: Glioma. Resección quirúrgica total + biopsia, compatible con tuberculoma. No se evidencia compromiso sistémico por Tuberculosis ni inmunodeficiencia.

Se deja tratamiento según normas ministeriales.

**Caso 2.** Niña 5 años sana, 5 días de hemiparesia derecha, afeción de múltiples pares craneanos. Compromiso progresivo requiriendo apoyo ventilatorio. RMN: proceso expansivo, aspecto irregular necrótico delimitado. Diagnóstico probable Glioma versus tuberculoma. Por imposibilidad de biopsia se inicia tratamiento antituberculoso. Biopsia 12 días después: Glioblastoma multiforme, sin posibilidad de tratamiento curativo.

**Conclusión.** Los tuberculomas deben incluirse en el diagnóstico diferencial de procesos expansivos cerebrales aun en ausencia de historia de tuberculosis. Los hallazgos de Tuberculosis extrapulmonar son sutiles o ausentes y solo 50% de los pacientes tienen antecedentes positivos. Las neuroimágenes no son distintivas; sin embargo permiten su sospecha.

PN-19

## SALA DE NEUROLOGIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ROBERTO DEL RIO.

**Méndez, Felipe,** Weitzman Mariana, Boisier, R, Peñan S; Kleinstauber, Karin; Avaria, María de los Angeles.

Unidad de Neurología, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

e.mail: fmendez@netexplora.com

**Introducción.** Existe escasa literatura sobre salas de hospitalización neurológica en hospitales pediátricos. Evaluamos nuestra experiencia a 2,5 años de existencia.

**Objetivo.** Describir el funcionamiento de sala neurológica, características de pacientes, procedimientos y rendimiento.

**Materiales y Métodos.** Revisión de epicrisis (total: 324) de pacientes egresados desde Enero de 2002 hasta la fecha.

**Resultados.** 49,4% (160) niños y 50% (162) niñas; distribución etaria: <6 meses: 17,3% (56), 6 a 36 meses: 23,5% (76), 3 a 6 años: 15,7% (51), 6 a 10 años: 19,4% (63) y >10 años: 22,5% (73); hospitalización para estudio: 52,2% (169), tratamiento: 22,5% (73), ambos 25,3% (82). Distribución por grupos de patología: Síndromes convulsivos: 30,9% (100), Enfermedades neuromusculares: 11,1% (36), Retraso del desarrollo psicomotor: 9% (29), Cefaleas: 6,8% (22), Parálisis cerebral: 3,7% (12), Enfermedades metabólicas: 3,4% (11). Días de estadía: 1-3: 28,7% (93), 4-7: 26,2% (85), >7: 28,1% (91). Nº hospitalizaciónes por paciente: 1 día: 89,1% (254), 2 días: 9,1% 3 ó más: 1,8% (5). Días cama promedio: 7,4.

**Discusión.** La sala permite realizar estudios y optimizar terapias. Estadías prolongadas se relacionan con procedimientos extrahospitalarios.

**Conclusión.** La sala de neurología contribuye a la resolución en forma completa y precoz de patología que es difícil de manejar en forma ambulatoria con rendimientos adecuados.

PN-20

## PATOLOGIA NEUROMUSCULAR DE PRESENTACION GRAVE EN MENORES DE UN AÑO, ANALISIS DE 7 CASOS.

**Castiglioni, Claudia;** Pizarro, Lorena; **Ortiz, Verónica;** Basante, Gladis; Carrera, Jorge; Barrios, Andrés; Martínez, María Angélica.

Servicio Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Hospital San Camilo, San Felipe, Santiago, Chile.

e-mail: lopiz\_4@hotmail.com

**Introducción.** La presentación severa de patología neuromuscular es un desafío clínico para el neonatólogo y neurólogo infantil.

**Objetivo.** Describir presentación clínica de manifestación precoz en 7 pacientes con hipotonía severa evaluados en Hospital San Borja Arriarán entre el año 2003-2004.

**Métodos.** Se revisa antecedentes de 7 lactantes (5 varones, 2 mujeres), menores de 6 meses en relación a presentación clínica, estudios de laboratorio, genética, biopsia muscular, electromiografía, VCN y neuroimágenes disponibles para cada uno de ellos.

**Resultados.** Antecedentes clínicos: Movimientos fetales escasos(6), Polihidramnios (1), Consanguinidad (0), antecedentes familiares (1), RNT(6), Apgar <6 (3). Exámenes: Ck normales (6), EMG-VCN allterada (7), RNM cerebral (3), TAC cerebral (4), estudio genético (2). Estudio histopatológico: Distrofia muscular congénita (5), Miopatía nemalínica (1), Atrofia espinal (1).

**Conclusión.** El síndrome hipotónico periférico de presentación precoz ofrece dificultades para su evaluación y definición etiológica, revisar cada caso y la oportunidad del estudio electrofisiológico e histopatológico resulta esencial para una terapia eficaz y definición pronóstica.

PN-21

CLINICA, TRATAMIENTO Y DE EVOLUCION DE DOS CASOS DE HAMARTOMA HIPOTALAMICO. **Zapata, Camilo;** Cuadra, Lilian.

*Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna - Instituto de Neurocirugía Dr. Azenjo, Santiago, Chile.*

*e.mail: camilozapata@entelchile.net*

**Introducción.** El Hamartoma hipotalámico es un tumor compuesto por tejido heterotópico y displásico que se manifiesta por crisis epilépticas de tipo gelásticas, pero frecuentemente asociada a crisis focales secundariamente generalizadas. Además pueden producir pubertad precoz y frecuentemente asociado a retraso desarrollo psicomotor.

**Objetivo.** presentar dos casos de hamartoma hipotalámicos dando a conocer su clínica y destacar su tratamiento y evolución.

**Caso Clínico 1.** Niño que inicia crisis gelásticas secundariamente generalizadas y crisis focales secundariamente generalizadas a los 2 años, sin alteraciones endocrinas y con retraso desarrollo psicomotor. EEG: foco epileptiforme frontal izquierdo. RNM: hamartoma hipotalámico. (10 años) Tratamiento: Radiocirugía, 1600 cGy. Evolución: desaparecen crisis focales y generalización secundaria, persisten crisis gelásticas breves (clase II de Engel a los 10 meses de observación).

**Caso Clínico 2.** Niña inicia crisis gelásticas y parciales complejas secundariamente generalizadas a los 7 meses, presenta hipotiroidismo y obesidad y retraso desarrollo psicomotor, RNM: Tumor

hipotalámico supraselar. Se realiza resección completa del tumor (4 años). Histología: Hamartoma hipotalámico. Evolución: disminución importante de crisis (clase I de Engel), 4 meses de observación.

**Conclusión.** El hamartoma hipotalámico se presenta típicamente con crisis gelásticas asociada frecuentemente a otras crisis y retardo cognitivo, es esencial para el diagnóstico la RNM cerebral, el tratamiento puede ser quirúrgico y se pueden considerar otras técnicas como la Radiocirugía.

PN-22

ENFERMEDAD DE MOYA-MOYA REVISION DE CASOS

**Cuadra, Lilian;** Rauch, Erna; Ponce de León, Sonia; Peralta, Santiago.

*Servicio de Pediatría. Instituto de Neurocirugía Azenjo. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Calvo Mackenna, Santiago, Chile.*

*e-mail: erna\_rauch@hotmail.com*

**Introducción.** Moya-Moya es una enfermedad vaso oclusiva, probablemente hereditaria, de alta incidencia en Japón y Corea. Patogenia desconocida, posible mecanismo vasculítico.

**Objetivos.** Conocer los aspectos clínicos de los pacientes ingresados a INCA con sospecha de EMM.

**Material y Métodos.** Se revisaron fichas de 7 pacientes con diagnóstico de EMM, tratados en el servicio de pediatría (INCA), entre los años 2000 y 2004.

**Resultados.** De sexo masculino 6/7, edad promedio inicio síntomas 4,5 años, síntomas inicio: 1 disartria, 3 hemiparesia alternante transitoria, 1 crisis focales, 2 con 2 síntomas: crisis focal y TIA y otro crisis focal y hemiparesia alternante, edad promedio diagnóstico 5,9 años. Diagnóstico: TAC cerebrales 5/7 tenían lesiones isquémicas, RMC 7/7 sospecha EMM y Angiografía confirmatoria 7/7, todos con oclusiones vasculares en ambos territorios carotídeos. Tratamiento realizado 5 EDAS (encefaloduroarteriosinangiosis) y 2 multifenestraciones.

**Conclusión.** EMM se presenta en nuestro medio en preescolares, con síntomas neurológicos focales, transitorios y cambiantes. Existe posibilidad de tratamiento quirúrgico, con evolución satisfactoria.

PN-23

PREVENCION DE MUERTE SUBITA: CONOCIMIENTOS AL ALTA DEL SERVICIO DE MATERNIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE SANTIAGO, AÑO 2004.

**Contreras, Elba;** Avaria, María de los Angeles;



*Kleinsteuber, Karin.*

*Servicio de Neurología Pediátrica, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.*

**Introducción.** La introducción de la posición de dormir del neonato y lactante menor en decúbito supino ha logrado disminuir la incidencia de muerte súbita en este grupo en un 50%, por lo que es fundamental informar a las madres respecto a este tema. Esta educación debería ser impartida en el servicio de maternidad previo al alta.

**Objetivos.** Evaluar conocimientos acerca de prevención de muerte súbita, según edad, paridad y escolaridad, en madres al momento del alta del servicio de maternidad. Evaluar su percepción acerca de la educación recibida en este tema.

**Material y método.** Se aplicó cuestionario con seis preguntas sobre; edad, paridad, escolaridad, posición adecuada al dormir y entrega de educación sobre el tema en última hospitalización, a madres el día del alta del servicio de maternidad.

**Resultados.** De las madres encuestadas, el 54% desconoce la posición adecuada al dormir de sus hijos, pese a que un 30 % de éstas refiere previamente que tiene el conocimiento. A mayor nivel educacional y a mayor paridad aumenta el número de madres con adecuado conocimiento en el tema. Del grupo total, más del 60% considera que no recibió información sobre el tema.

**Conclusión.** Tanto la evaluación objetiva de conocimientos en este tema, como la percepción de haber recibido educación, se muestran deficientes, aspectos que deben mejorar. Se plantea entregarla en forma escrita. Posteriormente a la aplicación de la encuesta se percibió una mejoría en la entrega de educación por parte de los profesionales de la maternidad, lo que no fue medido.

PN-24

**DUPLICACION DEL GEN PLP CAUSA MAS FRECUENTE DE PELIZAEUS MERZBACHER**  
*Troncoso, Mónica; Troncoso, Ledia; Castiglioni, Claudia; Santander, Paola.*

*Servicio Neurología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile*  
*e.mail: paosantander@yahoo.com*

**Introducción.** La enfermedad de Pelizaeus Merzbacher se produce por defecto del gen PLP cromosoma X q21.2 - q22, que se traduce en compromiso de la mielina del SNC. El gen PLP presenta mutaciones como duplicación, puntos de mutación y delección.

**Objetivo.** Reportar las mutaciones del gen PLP en 7 pacientes portadores de Pelizaeus Merzbacher y sus familias, describir características clínicas y neuro-radiológicas

**Resultados.** La duplicación del gen PLP es el tipo de mutación encontrada en el 100% de los casos. De las familias, la madre presenta duplicación del gen y en 3 familias existe más de un varón afectado. Clínicamente los síntomas aparecen los 6 primeros meses de vida, con retraso psicomotor, hipotonía, nistagmus, compromiso piramidal, temblor cefálico y de tronco. Las neuroimágenes evidencian falta de mielinización de la sustancia blanca.

**Conclusiones.** La duplicación del gen PLP en las familias estudiadas es la causa más frecuente de Pelizaeus Merzbacher. La madre porta la duplicación del gen y frecuentemente existe más de un varón afectado en la familia. La clínica y neuroimagenología son características y el estudio de la mutación confirma la sospecha diagnóstica y permite realizar un adecuado consejo genético.

PN-25

**SINDROME DE HORNER: ANALISIS DE 4 CASOS.**

**Pizarro, María Ester; Campos, Verónica; Irarázaval, Sebastián; Hernández, Marta; Mesa, Tomás; Juez, Gabriela; Escobar, Raúl.**

*Unidad de Neurología Infantil, Depto. de Pediatría, Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

El Síndrome de Horner u oculosimpaticoparesia, se caracteriza por la interrupción de la vía simpática desde el hipotálamo hasta el ojo, clasificándose por su origen como central, preganglionar o postganglionar. Pueden ser congénitas o adquiridas por traumas o tumores como el neuroblastoma, por lo que es importante realizar estudios básicos para excluirlos.

Se presentan 4 pacientes sexo masculino, con Síndrome de Horner congénito de ojo izquierdo.

**Caso 1.** Escolar de 6 años, al nacer presenta ptosis y miosis izquierda, posteriormente heterocromía del iris y anhidrosis ipsilateral. Radiografía tórax normal.

**Caso 2.** Lactante de 4 meses, al nacer presenta miosis izquierda, posteriormente ptosis heterocromía del iris y rubicundez facial ipsilateral. Radiografía tórax normal. TAC cerebro: cisternas subaracnoideas basales y surcos amplios para su edad.

**Caso 3.** Lactante de 1 año, al nacer presenta ptosis izquierda, posteriormente miosis, heterocromía del iris y anhidrosis ipsilateral. A los 11 meses presenta crisis hipertensiva, lo que obliga a excluir tumor pre o postganglionar.

**Caso 4.** Lactante de 2 meses, al nacer destacan hemangiomas segmentarios, ptosis, miosis y heterocromía iris izquierdo. Neuroimágenes: anomalía de Dandy-Walker, configurando Síndrome de PHACE.

Se presentan los siguientes casos, insistiendo en la necesidad de excluir tumores pre o postganglionares o malformaciones del Sistema Nervioso Central en pacientes con Síndrome de Horner.

PN-26

MALFORMACIONES VASCULARES EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA DE PROVINCIA, REVISIÓN DE SIETE AÑOS. PUERTO MONTT, 1998-2004.

*Carrera, Jorge; Guerra, Patricio; Fernández, Rodrigo. Neurólogo infantil; Neurólogo infantil; Interno Universidad San Sebastián.*

*Servicio de pediatría, Hospital Regional de Puerto Montt, X Región, Puerto Montt, Chile.*

Las malformaciones vasculares son enfermedades del tejido conectivo, cuya frecuencia es indeterminada, dado alta presentación de casos asintomáticos.

Los síntomas de presentación son dados por sus complicaciones, como su ruptura, que produce Síndrome Hipertensión Endocraneana, déficits neurológicos, convulsiones. Si bien su presentación en niños es baja, el carácter de crisis y gravedad producen gran déficit y / o mortalidad, provocando gran impacto en la población. La nueva imagenología ha mejorado notablemente el diagnóstico y posterior tratamiento, en casos seleccionados.

Se revisaron casos pesquisados en el Servicio de

Pediatría H. de Pto. Montt (derivación de décima región-sur) desde año 98 a 04, con total de seis casos, cuatro mujeres y dos hombres, edades entre los 4 y 14 años. Mitad de ellos debutó con crisis convulsiva, de fácil manejo. Dos consiguieron macrocefalia y cefalea de larga data en un solo caso. Todos fueron pesquisados dado complicaciones. No hubo mortalidad y sólo dos pacientes fueron sometidos a cirugía curativa. Dos casos fueron inoperables por gran tamaño y comprometer áreas elocuentes. Todos mantienen tratamiento anticonvulsivante.

Es importante la sospecha de ellos, dado que un diagnóstico y tratamiento oportuno, puede salvar la vida del paciente, como en dos de nuestros casos .

PN-27

DESORDEN DE NEUROTRANSMISORES AMINERGICOS, SERIE CLINICA HOSPITAL SAN BORJA ARIARAN.

*Troncoso, Mónica; Ríos, Loreto; Okuma Cecilia.*

*Servicio Neuropsiquiatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.*

*e.mail: cecilia\_okuma@123mail.cl*

**Introducción.** Una alteración en la síntesis o degradación de neurotransmisores (NT) del SNC, conlleva cambios en el perfil de sus metabolitos en LCR, junto con los niveles de folatos y pterinas, elementos éstos estrechamente relacionados a metabolismo de los primeros. Las manifestaciones son diferentes fenotipos clínicos. Sin embargo, al ser entidades relativamente nuevas no siempre resulta fácil establecer una correlación entre el fenotipo y la alteración bioquímica.

**Objetivo.** Caracterización clínica y bioquímica de desórdenes relacionados a NT.

Pacientes	Clínica	Aminas	LCR Folatos	Pterinas	Diagnóstico
NCR	Distonía generalizada.	-DOPAC, -MHPG.		Neopterina, - Biopterinas	Deficiencia de la 6-Piruviltetrahydropterina
YSR	RDSM global, Distonía generalizada, Apneas.	Normal	Bajos	Normal	Síndrome de deficiencia central de folatos, ¿alteración del transporte de folatos en BHE?
KHF	Apneas, Microcefalia, regresión DSM, coreatetosis, escoliosis	-Normal bajo	Normal	- biopterinas	Probable Deficiencia Dihidropteridina reductasa
PVA	Distonía generalizada.	-Ac. Homovanílico, -Ac.5 hidroxindolacético,		- Neopterina, - Biopterinas.	Deficiencia GTP-Ciclohidroxilasa.
DO	Síndrome extrapiramidal	-Ac. Homovanílico, -Ac. Dihidroxifenil acético, 30 metildopa	Normal elevado	Normal	Déficit parcial L-decarboxilasa de aminoácidos aromáticos.

**Conclusión.** El patrón de alteración en los metabolitos de NT aminérgicos, de folato y proteínas permite sospechar el déficit enzimático involucrado y con ello planear la estrategia terapéutica más adecuada.

PN-28

APNEA DEL LACTANTE UTILIDAD DE LA POLISOMNOGRAFIA CON PHMETRIA

**Hernández, Alejandra; Guevara, Gladys; Chávez, Eduardo; Troncoso, Ledia.**  
Servicio de Neurología Infantil y Pediatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

**Introducción.** Las apneas se definen como el cese de la respiración por más de 20 segundos, o menos, si se acompaña de bradicardia, cianosis o desaturación. Su frecuencia en los lactantes es de 1,6 por 1000 RNV. Se clasifican en centrales, obstructivas o mixtas, siendo más frecuentes las centrales en los lactantes. Las causas más frecuentes son las infecciones respiratorias. La relación de causa/efecto entre el reflujo gastroesofágico (RGE) y la apnea es controversial.

**Objetivo.** Demostrar si existe correlación entre el RGE y apnea en el lactante.

**Materiales y Métodos.** Revisión de base de datos de los pacientes estudiados con polisomnografía y phmetría entre Abril 2003 y Junio 2004. Correlacionar los datos obtenidos, entre reflujo patológico y apneas.

**Resultados.** De un total de 131 polisomnografías realizadas, 74 corresponden a lactantes, y de éstas 9 se realizaron con phmetría. De las 9 polisomnografías con phmetría analizadas, 4 tuvieron un índice de apnea/hipopnea aumentado para la edad del paciente. Las phmetrías fueron todas normales.

**Conclusión.** No hubo correlación entre apnea y reflujo gastroesofágico patológico en este estudio.

PN-29

FENOTIPO EN MECP2-PATIAS

**Troncoso, Ledia; Siebert, Alejandra; Troncoso, Mónica; Castiglioni, Claudia; Parra, Patricia.**  
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile  
e.mail: janisieb@hotmail.com

**Introducción.** El gen MECP2 es un gen ligado a X que codifica una proteína reguladora de expresión génica (MeCP2). Esta mutación ha sido encontrada en un 85% de las pacientes con síndrome de Rett. Se han descrito pacientes con mutaciones en el gen MECP2 y variantes fenotípicas de Sd de Rett.

**Objetivo.** Describir el fenotipo de pacientes con

síndrome de Rett que tienen mutación del gen MECP2.

**Material.** 3 pacientes con diagnóstico clínico de síndrome de Rett. Evaluación de criterios diagnósticos, electroencefalograma y estudio de mutaciones.

**Resultados.** Todas presentan microcefalia adquirida, desaceleración del crecimiento, estereotipias, hiperventilación y pérdida del contacto visual. Paciente 1 (mutación 293) tiene lenguaje, marcha y propositividad preservados. Pacientes 2 (mutación 255): pérdida de lenguaje, marcha y propositividad entre los 2 y 3 años. Paciente 3 (mutación 916): pérdida de lenguaje y propositividad entre los 2 y 5 años, con conservación de la marcha. EEG alterado sólo en paciente 1, sin correlato clínico.

**Comentario.** En nuestras pacientes con MECP2-patías existe heterogeneidad en el fenotipo. El estudio de mutaciones para pacientes con síndrome de Rett y sus variantes permitirá establecer los criterios clínicos más sensibles y determinar un puntaje clínico para estudio de MECP2.

PN-30

IMPORTANCIA EDUCACION EN TECNICAS DE ALIMENTACION EN NIÑOS CON PATOLOGIA NEUROLOGICA. UNA PROPUESTA.

**Sanz, Heidi; Andrade, Lucila; Rojas, Valeria; Carmona, Orieta; Bacco, José Luis, Araya, Fanny; García, Jennifer.**  
Unidad de neuropsiquiatría, Hospital Carlos Van Buren; Unidad de Neuropsiquiatría, Hospital Gustavo Fricke; Instituto Rehabilitación, Valparaíso, Chile.  
e.mail: mdlucila@vtr.net

**Introducción.** El trastorno de deglución (TD) representa el principal factor de sobrevida en pacientes con daño neurológico, provocando malnutrición y complicaciones respiratorias, derivado de patrones anormales oromotores. El tratamiento tardío significa altos costos en complicaciones, recuperación nutricional e insatisfacción de padres y familia.

**Objetivos.** Diagnosticar y manejar oportunamente el TD para evitar complicaciones y mejorar calidad de vida pacientes y cuidadores.

**Método.** Análisis de casos clínicos con trastornos de deglución evaluando oportunidad del tratamiento. Convocatoria a especialistas de V región, definiendo roles según recomendaciones de literatura.

**Resultados.** Los niños con TD son detectados en desnutrición y con patología respiratoria. La principal falencia es la falta de información de

métodos apropiados para alimentar niños con daño neurológico. Se crea tríptico para padres y personal paramédico: "Cuidados Básicos y alimentación en Niños 1a 3 años".

Identificación recursos técnicos deficitarios.

Creación algoritmo detección y tratamiento de niños en riesgo por patologías aguda, crónica, progresiva.

**Conclusión.** La priorización del TD del paciente neurológico permite un enfoque interdisciplinario, definiendo la capacitación en diferentes niveles y creación medidas simples de apoyo familiar, para cumplir objetivos sanitarios y calidad vida

PN-31

SEGUIMIENTO NEUROLOGICO DE NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE HIPOTIROIDISMO CONGENITO (HC)

**Contreras, Juan; Sanz Heydi; Quitral, Mireya; Suárez, Bernardita; Gjadrosich, Vinka; Colombo, Marta.**

*Unidad de Neuropsiquiatría Hospital Van Buren, Servicio de Pediatría Hospital Van Buren, Valparaíso, Chile.*

*e.mail: drjcontreras@vtr.net*

**Introducción.** El HC es una enfermedad endocrina caracterizada por un defecto en la embriogénesis o un trastorno enzimático de la glándula tiroidea.

**Objetivo.** Evaluar neurológicamente a los pacientes diagnosticados de HC en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

**Material y Métodos.** Se analizó retrospectivamente un total de 20 niños diagnosticados entre los años 1988 y 2004, que se encuentran en control en la unidad de neuropsiquiatría infantil del HCVB, valorando la evolución neurológica durante este período de tiempo.

**Resultados.** Los 20 niños analizados cuyas edades fluctúan entre 1 y 16 años, confirmaron su diagnóstico durante el primer mes de vida, manteniéndose actualmente con una función tiroidea normal y en tratamiento con suplementación hormonal. Neurológicamente sólo 2 pacientes presentaron RDSM, teniendo uno de ellos síndrome de Down y el otro una cardiopatía congénita. En relación a la evaluación psicométrica 18 pacientes se encuentran dentro del rango normal y 2 con retardo mental leve y moderado respectivamente. Evaluados durante el 2004 18 presentaron un examen neurológico normal, 1 con características de Síndrome de Down y el otro con RDSM.

**Conclusión.** Los resultados expuestos reflejan la importancia de la detección precoz y seguimiento de

esta patología.

PN-32

UNA FAMILIA CON XERODERMA PIGMENTOSO Y COMPROMISO NEUROLOGICO

**Rojas, Valeria; Lavanchy, Joyce; Quitral, Mireya; Suárez, Bernardita; Sanz, Heydi.**

*Instituto Rehabilitación Teletón Valparaíso, Unidad Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Van Buren, Valparaíso, Chile.*

**Introducción.** Xeroderma Pigmentoso (XP) raro trastorno autosómico recesivo, caracterizado por: sensibilidad solar, compromiso ocular y alto riesgo de cáncer. 30% de los casos tienen compromiso neurológico que incluye: microcefalia, sordera, ausencia de reflejos tendinosos y compromiso cognitivo.

**Objetivo.** Describir características clínicas de familia portadora de XP.

**Descripción.** Se describe familia conformada por padres no consanguíneos, 4 hijos; 3 manifiestan fenotipo de XP.

Guillermo; 14 años, inicia manifestaciones a los 3 m con hipersensibilidad solar, xerodermia severa, carcinoma basocelular en 3 oportunidades. Retraso desarrollo, déficit cognitivo progresivo y hace dos años dificultad en la marcha. Al examen destaca, fondo de ojo normal, atrofia marcada con deformidad en equino de pies, arreflexia generalizada. Estudio Electrofisiológico demuestra polineuropatía axonal, RMN demuestra atrofia cerebral difusa.

Ana; 12 años, presenta xerodermia facial, carcinoma basocelular hace 1 año, hiporreflexia difusa con debilidad y atrofia de extremidades, sin compromiso cognitivo.

Roberto; 6 años manifestaciones cutáneas de inicio precoz, hiporreflexia difusa atrofia y debilidad extremidades, su desarrollo psicomotor es normal

**Conclusión.** No existe tratamiento específico para este trastorno, su diagnóstico precoz permite instituir medidas que limiten daño por exposición solar.

La alteración de los reflejos tendinosos y la audiometría, son indicadores precoces de compromiso neurológico y deben incluirse como screening en estos pacientes.

PN-33

ASISTENCIA VENTILATORIA CRONICA EN ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

**Escobar, Raúl; Holmgren, Nils; Bertrand, Pablo; Sánchez, Ignacio.**

*Departamento de Pediatría, P. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

*rescobar@med.puc.cl*

Una de las complicaciones más importantes de las enfermedades neuromusculares (NM) es la insuficiencia respiratoria. Una adecuada asistencia ventilatoria (AV) ha mostrado ser trascendente en el tratamiento de estas enfermedades. Presentamos cinco pacientes NM con insuficiencia respiratoria, que requirieron AV. Edad promedio actual 4 años (2 a 7). Diagnósticos: miopatía nemalínica 2, miastenia congénita 1; atrofia músculo espinal (AME) I 1, AME II 1. Edad inicio AV 13,4 meses (1 a 30). Vía de alimentación gastrostomía en 5. Apoyo continuo neurorehabilitación en 5. Tipo AV: SIMV 3, BiPAP 2. Apoyo a través de traqueostomía 3, mascarilla 2. Tiempo con AV 34,8 meses (8 a 57). Tiempo en AV domiciliaria (AVD) 31 meses (15 a 37). Horas del día con AV 17,4 (8 a 23). Número promedio hospitalizaciones 0,16 / mes VAD (0 a 0,6). Problemas técnicos equipo AV 0,05 episodios / mes AVD. Estado funcional actual: marcha independiente total 1, independiente parcial 1, asistida 1, sólo sedestación 1, postrada 1. En estos pacientes la AV ha sido efectiva, eficiente y segura. Junto con adecuado apoyo de neurorehabilitación, ha permitido una mejor calidad de vida y la posibilidad de avance significativo en el desarrollo de la mayoría de ellos.

**PN-34**  
POLICLINICO DE ALTA DEMANDA EN CEFALEA:  
UNA ESTRATEGIA EN SALUD

**Tapia, J. Carlos;** Carvajal, Maritza; Avendaño, Marisol; Escobarí, Javier; González, J. Enrique; Martínez, Anahí; Schnitzler, Sylvia. E.U. Myriam Aliste.

Servicio de Neurología, Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile  
Email: drjctapia@mi.cl

La cefalea recurrente se presenta en un 58.6% de los escolares siendo la primera causa de consulta en adolescentes en la atención primaria. Dada la alta demanda (2ª causa) en Neurología con la consiguiente saturación y demora (>6m) en la atención, la Unidad ha programado desde el año 2001 la realización de Policlínicos de choque. El objetivo es mostrar nuestra experiencia en 200 pacientes atendidos en 3 estaciones con la participación de Aux. Paramédico, Enfermera y Neurólogo en 4 años consecutivos.

**Resultados.** Las edades fluctúan entre 4-14 años siendo >10 a un 48% con una relación por sexo de 3 mujeres : 2 hombres. La concurrencia progresó de un 83% a un 90%, proviniendo en un 84.8% de Policlínicos Periféricos y con una justificación del 67%. El tiempo transcurrido entre la emisión de la interconsulta y su atención mejora progresivamente de un 22.8% hasta un 82% antes de 2 meses. Los diagnósticos se resumen en un 70% cef. vascular 20.7% cefalea

tensional y un % menor de otras etiologías no pesquisándose ningún S.H.E. El 70% fue derivado a P.P y un 26% ingresa a P. de Neurología.

**Conclusiones.** Los policlínicos de cefalea de alta demanda han demostrado ser una herramienta eficaz y oportuna de satisfacer esta necesidad (82% < de 2 meses).

Siendo la cefalea vascular y tensional los diagnósticos de mayor frecuencia, esto permite promover un manejo seguro de esta patología en la Atención Primaria a través de un proceso de educación continua y el envío de Normas Técnicas adecuadas para su referencia.

La experiencia descrita es una estrategia de gestión en red para la Atención Primaria.

**PN-35**  
ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA (EHI) EN  
RECEN NACIDOS DE TERMINO (RNT).

Arriaza, Manuel; Mena, Patricia; Arredondo, Fernando; Margarit, Cinthya.

Servicio de Neonatología, Unidad de Neurología Infantil. Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.  
e.mail: manarriaza@hotmail.com

**Introducción.** La EHI es una causa importante de morbilidad y mortalidad en los RNT, la incidencia y resultados finales son variables y dependen del lugar en estudio.

**Objetivo General.** Determinar el perfil global de las EHI en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Sótero del Río.

**Material y Métodos.** Revisión de fichas clínicas de los pacientes de 37 o más semanas de gestación, hospitalizados por EHI en neonatología años 2001 y 2002. Se utiliza la clasificación de Sarnat.

**Resultados.** En 2 años se hospitalizaron 130 Encefalopatías Neonatales, 71 Hipóxico-isquémicas (54.6%), se revisan los datos de 64 de éstas 71 EHI. Edad gestacional promedio 39 semanas  
Peso promedio 3.371 grs.  
La mortalidad total del grupo fue de 9,3% (5/64).

Grado	Nº	%
1) EHI GI	35	54,7
2) EHI GII	23	36,0
3) EHI GIII	6	9,3

  

	Promedio PH cordón	Mortalidad	Ex. Anormal al alta
1) EHI GI	7.02	0/35	7/35
2) EHI GII	6.99	0/23	15/23
3) EHI GIII	6.67	5/6	1/1

**Conclusión.** El perfil de la EHI en el Hospital Dr. Sótero del Río, concuerda con lo descrito en la literatura, la mortalidad esta dada por las EHI GIII.

PN-36

SEGUIMIENTO CLINICO DE PACIENTES CON CONVULSIONES FEBRILES TRATADOS CON DIAZEPAM RECTAL.

*Devilat, Marcelo; Rauch, Erna.*

*Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Calvo Mackenna, Santiago, Chile.*

*e-mail: erna\_rauch@hotmail.com*

**Introducción.** Las CF, consulta neuropediátrica frecuente, son crisis epilépticas ocasionales, edad dependiente y por lo general de buen pronóstico.

**Objetivos.** Describir aspectos clínicos, evolución y respuesta a diazepam rectal profiláctico en pacientes con convulsiones febriles (CF).

**Material y Métodos.** Se escogieron al azar 45 pacientes con CF registrados en nuestra base de datos a septiembre del 2004. Seleccionamos 34 con información al día y completada por contacto telefónico. Todos con indicación de DZ rectal profiláctico en período febril (0.6 mg/kg/día).

**Resultados.** 17/34 varones, edad promedio inicio CF 1,1 años (5m-2a11m), 31/34 con DSM normal, 70% con antecedentes de CF/epi en familiares de 1er o 2º grado, 18/34 (53%) con recurrencia de CF al ingreso. 19/34 (55%) con CF compleja (6 repiten <24hrs., 8 duración > 15 min., 3 con tº <38.5º, 1CF focal, 1 con CF focal y repite <24hrs.). 30/30 EEG normal o inespecífico. Neuroimagen 8/8 normal. A la fecha de corte 50% (17/34) usó Dz rectal, en 12 evitó la crisis. Se indicó Ac. Valproico a 9 pacientes por recurrencia de crisis (2 fracaso de profilaxis, 7 no adherencia). 91% no recurrió después de los 4 años y no administró Dz después de esa edad. 8/34 presentaron crisis única y no usaron Dz. Sólo 1 paciente hizo reacción de somnolencia prolongada a Dz, que cedió al disminuir dosis. Ningún paciente deterioró su DSM. 2 pacientes >4 año presentaron crisis afebriles.

**Conclusión.** En su mayoría tienen buen pronóstico neurológico, baja recurrencia >4 años, el Dz rectal profiláctico es eficaz en evitar la crisis durante el episodio febril.

PN-37

UTILIDAD DE LA DENSITOMETRIA DE CUELLO FEMORAL (DCF) VERSUS VOLUMETRICA DE COLUMNA (DV) EN NIÑOS CON GRADOS VARIABLES DE EJERCICIO CON CARGA.

*Reyes, ML; Cattani, A; Hernández, MI; Talesnik, E;*

*Hernández, Marta; Escobar, Raúl.*

*Programa de Metabolismo Oseo, Unidad de Neurología Infantil. Depto. de Pediatría, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

Valores normales DCF en niños son poco asequibles, y por esto, la DCF (a diferencia de columna lumbar) no es evaluada regularmente. La falta de ejercicios con carga, se sabe, afecta el hueso cortical de cadera en adultos.

**Objetivos.** Evaluar el grado de compromiso de DCF versus DV en niños con patologías con disminución variable del ejercicio con carga.

**Métodos.** Se analizaron mediante ANOVA el puntaje Z de DCF y DV (ZCF y ZDV) (Lunar-DPX-L) de 34 niños; 21 mujeres; 10,8 (3,4-18,9) años. La actividad física se estratificó en: 1= no camina; 2= camina, no corre; 3= corre normalmente. Los diagnósticos fueron en el grupo 1= Enf. 1ª neurona: 6; Enf. 2ª neurona: 2; Enf. Musculares: 5; grupo 2= Artritis reumatoidea: 4; Leucemia linfática aguda: 3; Artrogriposis: 1; Enf. 1ª neurona: 1; Osteosarcoma: 1; grupo 3= Anorexia nerviosa: 3; Osteoporosis inducida por corticoides: 2; Hipovitaminosis D: 1; Déficit de hormona de crecimiento: 1. Se descartaron aquellos con terapia antiresortiva, elementos metálicos óseos, o deformaciones de la cadera.

**Resultados.** EL ZCF disminuye progresiva y significativamente a medida que disminuye la carga. ZDV disminuye significativamente sólo en el grupo 3 respecto a 1 y 2. ZCF se afecta más que ZDV sólo en el grupo 1. 25% de los niños con ZCF <-1,5 tienen un ZDV >-1,5.

	Promedio ± Error estándar	
	Grupo 1	Grupo 2
ZCF	-4,88 ± 0,52*	-2,12 ± 0,57*
ZDV	-1,62 ± 0,51	-2,31 ± 0,55
ZCF-ZDV	-3,26 ± 0,70*	0,18 ± 0,77
	Promedio ± Error estándar	
	p	
	Grupo 3	
ZCF	-0,479 ± 0,60*	*0,00001
ZDV	-0,22 ± 0,58*	*0,004
ZCF	-ZDV-0,25 ± 0,80	*0,004

**Discusión.** La DCF se compromete significativamente en los niños con menos ejercicio con carga, pero no muestra un compromiso mayor que el de DVOL en niños capaces de caminar. Una densito-

metría normal en columna lumbar no descarta osteoporosis en cadera. En niños con disminución de la carga se debe evaluar DCF. En lo posible, se debe preservar o rehabilitar la marcha.

PN-38

PARALISIS FACIAL CONGENITA FAMILIAR: PRESENTACION DE UNA FAMILIA Y REVISION DE LA LITERATURA.

*Coria, Carolina, Pérez Marcelo; Kleinsteuber, Karin. Servicio de Neurología, Hospital Herminda Martín. Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán. Depto. de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile. e-mail: carolinacoria@123mail.cl.*

**Introducción.** La parálisis facial congénita unilateral familiar es una entidad poco descrita en la literatura. Se presenta clínicamente como una parálisis facial periférica al momento del nacimiento, con compromiso variable de las tres ramas del nervio facial. El patrón de herencia descrito en todos los casos es autosómico dominante.

**Caso Clínico.** Paciente de actualmente de 2 años de edad controlada desde el período de recién nacida en que se constató una parálisis facial periférica izquierda. Es primera hija de padres sanos no consanguíneos. El embarazo fue normal, parto cesárea, peso de nacimiento 2680 grs., talla de 46.5 cm. Madre aporta el antecedente de varias personas de su familia (línea materna) portadoras de parálisis facial desde el nacimiento. En tres generaciones se encuentran afectadas 14 personas. A los 4 meses de edad se realizó velocidad de conducción nerviosa y electromiografía (EMG), en que no se detectó potencial motor del nervio facial, mostrando en la EMG signos de compromiso neurogénico con evidencias de degeneración axonal activa en territorio facial izquierdo. Actualmente a los 2 años de edad no ha presentado variación en su cuadro de parálisis facial, presentando un desarrollo psicomotor normal.

**Discusión.** Sólo dos familias han sido publicadas en la literatura con el cuadro descrito, la primera en una familia española el año 1943, y recientemente en una familia en que están afectados tres pacientes en tres generaciones (Pediatr Neurol 2004; 30:367-370).

En el presente trabajo planteamos la posible relación de este cuadro con el Síndrome de Moebius tipo 2, ligado al cromosoma 3q, descrito en una familia alemana en 1996, en que se describe debilidad facial asimétrica sin oftalmoplegia.

PN-39

REPORTE DE UN PRIMER CASO DE ATAXIA DE FRIEDREICH ASOCIADO A DEFICIT DE VITAMINA E.

*Ríos, Loreto; Reyes, Pablo; Troncoso, Mónica y Troncoso Ledia.*

*Servicio de Neuropsiquiatría Infantil / Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.*

*email: lríos@iia.cl - pabloreyesb@yahoo.es*

**Introducción.** Dentro de las ataxias crónicas progresivas la ataxia de Friedreich es la ataxia hereditaria más frecuente, causada por la repetición de tripletes del gen frataxina (cromosoma 9q13). Se sospecha por aparición de ataxia de la marcha de comienzo infantil o juvenil progresiva, asociado a disartria, pie cavo y escoliosis. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentra la ataxia por déficit de vitamina E, cuyo gen responsable se ubica en el cromosoma 8q. No se ha descrito en la literatura la asociación entre ambas.

**Objetivo.** Reportar el primer caso de asociación de ambas patologías.

**Material y método.** Se presenta el caso de adolescente de 15 años que a los 13 años inicia ataxia de la marcha, disimetría y voz escandida progresiva. Evaluada al año de evolución destaca además arreflexia y Romberg (+). El estudio molecular confirma ataxia de Friedreich y un nivel plasmático de vitamina E bajo. La suplementación de vitamina E hasta alcanzar valores normales evidenció disminución de la ataxia que se reagudizó al suspender transitoriamente este aporte.

**Conclusión.** Un completo estudio de las ataxias crónicas progresivas es fundamental a fin de detectar asociaciones potencialmente tratables.

PN-40

DEFECTOS DE REMETILACION, OTRA CAUSA DE ENCEFALOPATIA.

*Gloria Durán, Gabriela Repetto\*, Marta Hernández, Javier Kattan, Paulina Toso, Raúl Escobar.*

*Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Pediatría. \*Universidad del Desarrollo, Departamento de Genética, Santiago - Chile.*

*e.mail: durang15@yahoo.com*

Los defectos de remetilación son errores innatos del metabolismo, caracterizados por hipometioninemia, hiperhomocisteinemia y aciduria metilmalónica. Reportamos tres casos de presentación infantil de diferente etiología.

**Caso 1.** A los 18 días inicia apneas, convulsiones, hipotonía y encefalopatía. Se agrega hiporeactividad luego hipertonia. Evoluciona con severo RDMS y trastorno de deglución. A los 3 meses destaca hipometioninemia (4  $\mu\text{mol/l}$ ) e hiperhomocisteinemia



(113  $\mu\text{mol/l}$ ). Se agrega hipoventilación central e infiltrado pulmonar inespecífico que motiva conexión a ventilación mecánica, pesquisándose hidrocefalia. Se inicia aporte de Betaina (200 mg/k/día), recuperando la conciencia al 5° día con mejoría progresiva y disminución de niveles de homocisteína (47  $\mu\text{mol}$ ). El estudio sobre fibroblastos confirma el defecto de Cobalamina G.

**Caso 2.** Desde los primeros días presenta hipoactividad, llanto débil, hipoalimentación, seguido de somnolencia, mal incremento ponderal, lesiones descamativas en piel y convulsiones. Al ingreso presenta severa desnutrición, deshidratación, aspecto séptico, soporoso, intensa descamación fina generalizada, profundas fisuras radiadas en boca, cabello seco y ralo, leucopenia y trombocitopenia. En su estudio destaca AMM en plasma elevado (74  $\mu\text{mol/l}$ ), hiperhomocisteinemia (341  $\mu\text{mol/l}$ ) e hipometioninemia (4  $\mu\text{mol/l}$ ). Evoluciona con falla multiorgánica y fallece sin confirmación del defecto.

**Caso 3.** A las 2 semanas de vida presenta mal incremento ponderal y dificultad para alimentarlo, se agrega somnolencia y vómitos. Al ingreso está letárgico, hipotónico, deshidratado con progresivo compromiso hasta el coma. Destaca pancitopenia, cetosis, masiva excreción de AMM en orina (12.369  $\mu\text{g}$ ), hipometioninemia (<5  $\mu\text{mol/l}$ ) e hiperhomocisteinemia (87,5  $\mu\text{mol/l}$ ). A los 2-3 días de Betaina, OHcbl, Ac. Fólico y l-carnitina, presenta mejoría progresiva hasta recuperación completa. La homocisteína disminuye a 23  $\mu\text{mol}$  y el AMM a 33  $\mu\text{g}$ . El estudio sobre fibroblastos confirma el defecto de Cobalamina C.

**Conclusión.** La experiencia de tres casos en un breve período de tiempo nos permiten recomendar la determinación de homocisteína en plasma en todo paciente con compromiso neurológico sin causa conocida, ya que el diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado mejora el pronóstico de estos defectos.

PN-41  
EVOLUCION FAVORABLE DE 20 PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

**González, Jaime; Gómez, Verónica; Burón, Verónica; Devilat, Marcelo.**

*Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital L. Calvo Mackenna.*

**Introducción.** La epilepsia refractaria es un desafío que obliga al empleo de todos los medios disponibles, entre ellos los antiepilepticos, con el objeto de disminuir la frecuencia de las crisis.

**Objetivos.** Describir las características clínicas de

20 niños con epilepsia refractaria, que respondieron en forma satisfactoria a una nueva intervención de tipo farmacológica, determinar el lapso previo de resistencia hasta la intervención farmacológica y el resultado de ella.

**Material y métodos.** De 108 pacientes refractarios se analizaron 32 fichas clínicas con pacientes que respondieron a un antiepileptico (AE), de los cuales 17 fueron AE noveles y 3 AE tradicionales. Se eliminaron 12 por carecer de información adecuada. El promedio de crisis previo a la intervención farmacológica fue de 62,3 al mes y el lapso de seguimiento alcanzó en promedio a 2.85 años (6 meses a 9 años). Todos los pacientes tenían calendario de crisis o un registro expreso de ellas.

**Resultados.** De los 20 pacientes, 12 presentaron crisis parciales complejas y 8 generalizadas, con edades de inicio de la epilepsia en promedio de 5.5 años (1 mes a 9 años). La etiología fue criptogénica en 10, sintomática en 9 e idiopática en uno. El número de AE utilizados en cada paciente fue en promedio de 3.4 (2 a 7).

El tiempo de refractariedad previo a la intervención farmacológica fue en promedio de 4,9 años (1-12 años).

El porcentaje de reducción de crisis fue de 100% en 7 niños y de 82 a 99% en 13.

**Conclusión.** Se destaca que la mayoría tenía crisis parciales y criptogénicas, un prolongado lapso de refractariedad previa y la utilidad de los nuevos antiepilepticos en estos pacientes.

PN-42

COSTO MEDICO DIRECTO DE LA EPILEPSIA AUSENCIA INFANTIL

**Wicki, Alvaro; Gómez, Verónica; Sepúlveda, Juan Pablo; Devilat, Marcelo.**

*Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile*

*e.mail: awicki@terra.cl*

**Introducción.** El cuidado de la epilepsia depende en gran medida de factores económicos. En nuestro país existe escasa información acerca del costo real de la enfermedad.

**Objetivo.** Determinar el costo médico directo de la epilepsia ausencia infantil en un grupo de pacientes.

**Material y Método.** Se incluyeron niños con epilepsia ausencia infantil atendidos en el Centro entre 1991 y 2002, que respondieron bien a la monoterapia con ácido valproico y exentos de comorbilidades. La muestra es de 24 pacientes, cuyo promedio de edad

fue de 6 años (4 a 10). Diez y ocho niños tenían ausencias simples y 6, ausencias complejas. El grupo fue observado por un tiempo promedio de 27 meses (18 a 56).

Para el cálculo del costo médico directo se determinaron las siguientes unidades de costo: consulta médica, EEG, TAC cerebral, nivel plasmático, hemograma, hoja hepática y ácido valproico.

**Resultados.** El costo promedio por paciente por unidad de costo durante el tiempo de observación fue de: consulta médica \$ 25.156; EEG \$ 25.113; nivel plasmático \$ 819; TAC cerebral \$ 5.185; hemograma/hoja hepática \$ 932; ácido valproico \$116.850. El costo promedio mensual por paciente fue \$6.447 y el costo promedio total del grupo durante el tiempo de observación fue de \$ 174.055. El 67,2% correspondió al costo por ácido valproico.

**Discusión.** El costo médico directo reveló que el más relevante es el medicamento. Una proyección al lapso de 2 años, lo sitúa en ca. \$ 154.728, lo que destaca la necesidad de evitar tratamientos más prolongados sin justificación.

**Resumen.** Se determina el costo médico directo de un grupo de niños con ausencias infantiles que resultó ser de \$ 6.447 mensuales.

PN-43

DIFERENCIAS MARCADAS EN LA DISTRIBUCION DE PUNTAJES DEL TEST DE CONNERS EN ETNIAS ORIGINARIAS, RAPA NUI Y AYMARA.

**Rothhammer, Paula; Carrasco, Ximena; Henriquez, Hugo; Aboitiz, Francisco; Rothhammer, Francisco.**

*Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

*Programa de Genética Humana, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile*

En base a la hipótesis de que hay genes relacionados con la etiología del Síndrome déficit atencional (SDAH) y que estos presentan variaciones de frecuencia en distintas etnias, se evaluó a niños pertenecientes a las etnias Rapa Nui y Aymará. Se solicitó a los profesores jefes del Liceo de Rapa Nui y de la Escuela Agrícola de San Miguel de Azapa, que respondieran el test de Connors en relación a todos sus alumnos. Fueron examinados 861 y 396 respectivamente. La etnicidad de los sujetos fue establecida a partir del número de apellidos correspondientes a las etnias originarias, de tal manera que el grupo (0) está constituido por individuos chilenos, el grupo (1) por individuos mestizos y el grupo (2) por individuos aborígenes. Al comparar las frecuencias, se comprobó que existe

una relación inversa, estadísticamente significativa, entre las frecuencias de individuos que puntúan sobre 15 en el test. Es notable el hecho que los niños Aymaras (hombres y mujeres) presentan frecuencias cercanas al 3,5% en circunstancias que los niños y niñas pascuenses exhiben frecuencias del 15 y 32% respectivamente. Las grandes diferencias observadas se deben a una interacción entre factores genéticos y medio-ambientales cuya naturaleza está investigando nuestro grupo.

PROYECTO FONDECYT 1010816

NUCLEO MILENIO NEUROCIENCIAS INTEGRADAS.

PN-44

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN UNA POBLACION PEDIATRICA DE SANTIAGO.

**Márquez, Sonia; Mesa, Tomás; Santín, Julia; Cerfoglio, Claudia.**

*Departamento de Pediatría - Centro Médico del Sueño/ Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

*e-mail: smarquez@puc.cl*

**Objetivos.** Caracterizar la población pediátrica que consulta por problemas del sueño.

**Material y Método.** Análisis de fichas de pacientes evaluados en Centro Médico del Sueño (Universidad Católica) entre Julio 1996 y Agosto 2000. Variables: edad, sexo, N° de hijos, antecedentes perinatales, patologías asociadas, DSM, antecedentes familiares, hábitos de sueño, diagnóstico, tratamiento, exámenes complementarios y derivación.

**Resultados.** 286 pacientes, desde 1 mes a 16,3 años (promedio: 4,7 años); 40,2% mujeres; 59,8% hombres. 56,4% primer hijo; 63,3% hijo único. 27,5% con patología prenatal: SPP 7%, síntomas aborto 6%, CIE 4%, SHE 3,9%; alteraciones emocionales 3,2%. 21% con alteraciones neonatales: prematuridad 5,9%, hiperbilirrubinemia 5,2%; SFA 3,5%. 3,6% con DSM anormal. 34,6% sin morbilidad, principales patologías asociadas: respiratorias (29,3%), gastrointestinales (16,9%) y neurológicas (11,5%). 64,4% con antecedentes familiares neuro psiquiátricos: 16,8% alteraciones del sueño no especificadas; 9,1% trastornos del desarrollo; 8,04% enuresis; 6,6% insomnio y sonambulismo. Familia: 84% nuclear; 6,2% extendida; 9,8% separada. Hábitos: 73% duerme siesta; 70,3 % una; 24,8% dos; 4,5% tres al día (promedio: 75 minutos). Diagnósticos: 70,9% alteración del sueño por mal hábito; 5,6% disomnias (4,9% insomnio; 0,7% hipersomnia); 35,7% parasomnias (8,7% terrores nocturnos; 6,6% enuresis nocturna; 4,5% sonambulismo; 4,2% pesadillas; 2,8% jactatio capitis nocturna; 2,1% bruxismo); 29,7% patologías combinadas. 77%

recibió tratamiento farmacológico, principalmente Tioridazina (42%), Antihistamínicos (14,3%), Pericazina (8,7%). Exámenes complementarios: 20% (EEG 15%, PSG 2,4%). 23% derivado a especialistas (10,4% Psicología; 5,2% Psiquiatría; 2,8% Otorrinolaringología; 2,4% Nefrología).

**Conclusión.** En los niños predominan las alteraciones del sueño secundarias a malos hábitos. Una adecuada educación paterna podría mejorar gran porcentaje de estos trastornos.

PN-45

CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON EPILEPSIA REFRACTARIA.

*Triviño, Daniela; Devilat, Marcelo; Mena, Francisco; Gómez, Verónica.*

*Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.*

*e.mail: dtrivourzua@yahoo.com*

**Introducción.** Calidad de vida (CV): percepción subjetiva del paciente en relación a su salud y/o aspectos no médicos de su vida, incluye contexto social y situación socioeconómica.

La evaluación, realizada con escalas, en niños es difícil porque generalmente son contestadas por familiares. Existe escasa experiencia en evaluación CV en niños con epilepsia, especialmente en países de habla hispana.

**Objetivo.** Describir impacto de la epilepsia refractaria (ER) en la CV de niños.

**Material y Método.** De 116 niños con ER se seleccionaron 53 que cumplían criterios de inclusión: 14 años o menos, ER con al menos un EEG específico para epilepsia, presentar al menos 1 crisis durante tiempo analizado y ausencia comorbilidad crónica no neurológica.

Se utilizó Escala Calidad de Vida del Niño con Epilepsia (CAVE) y Canasta Básica Alimentaria (Mideplan).

Evaluación realizada personalmente al paciente y/o familiares por médico y/o enfermera entre Enero-Junio 2004.

Estudio descriptivo informa 32 de los 53 pacientes seleccionados.

**Resultados.** Edad promedio: 8 años (2-14), 14 hombres y 18 mujeres. Escolaridad: 5 no corresponde, 12 no asistían, 15 asistían. Síndrome epiléptico: 2 idiopático, 25 sintomático, 5 criptogénico. Un paciente en monoterapia, 31 politerapia, 5 dieta cetogénica + politerapia.

Escala CAVE: CV muy mala 5 pacientes, mala 19, regular 6, buena 2.

Nivel socioeconómico: indigentes 10 pacientes, pobreza no indigente 11, sobre línea de la pobreza 11.

**Conclusión.** La mayoría de los pacientes con ER tienen una mala CV.

Se sugiere asociación entre una mala CV y pobreza en pacientes con ER.

PN-46

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS EN NIÑOS VIH POSITIVO

*Muñoz, Tatiana; Kleinsteuber Karin; Avaria, María de los Angeles; Galaz, María Isabel; Skármeta, Marcos; Concha, Bárbara.*

*Unidad de Neurología Pediátrica, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.*

**Objetivos.** Detectar Alteraciones Neurológicas en población pediátrica VIH positivo.

**Introducción.** Dado el creciente aumento mundial de infección por el Virus de Inmuno-deficiencia Humana (VIH), al incremento exponencial de la transmisión del virus en la población pediátrica y de los conocidos efectos del virus en el sistema nervioso, es fundamental estudiar a estos niños desde el punto de vista neurológico.

**Materiales y Métodos.** 15 niños con infección VIH, controlados en el Servicio de Infectología del Hospital Roberto del Río. Fueron evaluados en base a: anamnesis, examen físico, pruebas neuropsicológicas y neuroimágenes.

**Resultados.** Retardo en el desarrollo psico-motor, encefalopatía, microcefalia, fueron algunas de las anomalías encontradas en esta serie; de magnitud variable y no siempre detectadas previamente.

**Conclusión.** La búsqueda dirigida de anomalías neurológicas niños HIV positivo, permite su detección precoz e implementación de intervenciones que pudieran modificar la evolución y calidad de vida de estos niños.

PN-47

MACROCEFALIA Y MALFORMACIONES VASCULARES. A PROPOSITO DE 2 CASOS.

*Troncoso, Mónica; Velásquez, Alvaro; Guerra, Patricio; Aguilar, Rosario; Bravo, Eduardo*

*Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital de Puerto Montt, Instituto de Neurocirugía Asenjo, Santiago, Chile.*

*e.mail: alvarovn@123.cl*

**Introducción.** Las malformaciones vasculares cerebrales constituyen un grupo heterogéneo de

anomalías estructurales de la vasculatura cerebral, su presentación clínica es variada siendo una de ellas la macrocefalia.

**Objetivo.** Reportar dos niños con MVC en los cuales la macrocefalia fue un signo clínico relevante.

**Pacientes:** Varón 5 años 7 meses. Desarrollo psicomotor normal, destacan perímetros craneales en controles sanos sobre percentil 98. Derivado para estudio de cefalea al ingreso se pesquisa: macrocefalia, circulación colateral en región frontal, frémito y soplo en región retro-auricular bilateral y síndrome piramidal predominio izquierdo. Estudio imagenológico: malformación aneurismática en vena de galeno, calcificación de ganglios basales y subcorticales.

Mujer 15 años, antecedentes retardo mental, sin estudio etiológico, con deterioro cognitivo y de la marcha, episodios convulsivos tónico clónico generalizados. Al examen se pesquisa macrocefalia, soplo craneal, alteración vascular en fondo de ojo. Estudio imagenológico: fístulas múltiples duropiales del seno longitudinal superior, hoz del cerebro, tentorio y calcificaciones subcorticales.

**Comentario.** Ambos niños presentaban macrocefalia progresiva, en ambos no fue considerado un signo importante en sus controles médicos. Al momento del diagnóstico ambas malformaciones eran severas, provocando en uno; insuficiencia cardíaca, impidiendo realizar un tratamiento quirúrgico adecuado, el cual pudiera haber sido realizado ante un diagnóstico precoz.

PN-48

DISPLASIA SEPTO-OPTICA: REVISION DEL TEMA Y PRESENTACION DE DOS CASOS CLINICOS.  
*Culcay Catalina, Dragnic Yuri; Jorquera Carolina; Gutiérrez José Miguel.*  
*Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.*

La Displasia Septoóptica o Síndrome de Morsier es una anomalía del desarrollo caracterizada por compromiso del sistema óptico, septum pellucidum y eje hipotálamo-hipofisiario. Se distinguen tipos con y sin esquizencefalia. Algunos autores la consideran como una forma leve de holoprosencefalia. Se ha relacionado con diversas mutaciones (gen HEXs1, citocromo b, otros.) Se describe asociación a edad materna menor de 20 años y consumo de drogas. Las manifestaciones clínicas son variables y dependenderán del grado de afectación de nervio óptico, sistema nervioso central y sistema hipotálamo-hipofisiario. Se aprecian compromiso visual desde parcial a ceguera completa y nistagmus. La disfunción hipotálamo hipofisiaria no suele ser el

signo guía pudiendo ser ésta de tipo progresivo. Es de gran importancia su diagnóstico temprano e instauración del tratamiento hormonal sustitutivo en los casos que lo requieran. Existe asociación a ictericia colestásica secundaria a hipopituitarismo reversible con terapia hormonal sustitutiva.

**Casos Clínicos. Primer caso:** Paciente sexo femenino de tres años de edad quien consulta a la edad de 6 meses de edad por retardo del desarrollo psicomotor leve, nistagmus multidireccional persistente y sospecha de ceguera. Se realiza RNM de cerebro que muestra marcada hipoplasia de nervios ópticos, hipoplasia de cuerpo calloso y agenesia de septum pellucidum. Estudio endocrinológico normal. Evoluciona con RDSM leve y déficit visual. **Segundo caso:** Paciente sexo masculino de 8 meses de edad con antecedente de RNPT36sPEG, consumo materno de cocaína hasta la 7ª semana gestación y diagnóstico ecográfico antenatal de malformación cerebral de línea media. Evaluación neurológica RN dentro de límites normales. RNM cerebro: displasia septoóptica. Estudio endocrinológico normal. Desde 4to mes de vida presenta síndrome convulsivo en tratamiento con fenobarbital. Evoluciona con RDSM moderado.

**Conclusión.** El Síndrome de Morsier presenta un amplio espectro clínico y debe considerarse su diagnóstico ante la presencia de las anomalías que le son propias.

PN-49

GUIA PRACTICA CLINICA SINDROME DE WEST. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.  
**González, Juan Enrique; Martínez, Anahi; Carvajal, Maritza; Avendaño, Marisol; Escobari, Javier; Schnitzler, Silvia; Tapia, Juan Carlos; Aliste, Miriam.**  
*Servicio de Pediatría, Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.*

**Introducción.** El Síndrome de West (SW) es una epilepsia generalizada sintomática o criptogénica siendo de difícil manejo ya que no responde a los fármacos antiepilépticos convencionales. Existen fármacos que han probado ser útiles en trabajos randomizados controlados según una extensa y reciente revisión de Cochrane. Sin embargo, no hay consenso cuál es el mejor fármaco, ni el mejor esquema con ese fármaco.

**Objetivo.** Diseñar una guía de práctica clínica para el manejo farmacológico del Síndrome de West de acuerdo a criterios basados en la evidencia y mostrar los primeros resultados de su uso en nuestro servicio.

**Material y Métodos.** Mediante criterios de medicina basada en la evidencia recopilada con trabajos

prospectivos randomizados y controlados analizados en la revisión de Cochrane año 2003 acerca del tema se confeccionó una guía de tratamiento farmacológico del Síndrome de West y se usó en 5 pacientes desde Febrero hasta Agosto 2004.

**Resultados.** Se confeccionó guía de tratamiento en la cual se define el ACTH en una cura de 1 mes, como el tratamiento de primera línea a dosis entre 10-30 UF, día (dosis baja) inicialmente diario, luego trisemanal y luego semanal por 2 semanas ,acompañado del uso de Acido Valproico. Como fármaco de segunda línea se recomienda Vigabatrina.

De 5 casos de SW, 4 fueron sintomáticos y 1 criptogénico. En los 5 cesaron los espasmos aunque en dos reaparecieron, requiriendo 2º esquema ACTH. En 4 se logró remisión de la hypsarritmia. En esta muestra no se requirió uso de Vigabatrina. En 2 casos se presentó hipertensión arterial que se resolvió con uso de furosemida a dosis bajas .

**Conclusión.** El esquema farmacológico con ACTH planteado como fármaco de primera línea para SW es factible de realizar, tanto en forma ambulatoria como hospitalizado.

El resultado con su uso es adecuado en cuanto eficacia, y bajo en efectos adversos.

PN-50

ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO PERINATAL (AVEP) EN RECIEN NACIDOS DE TERMINO (RNT). PERFIL CLINICO DE 9 CASOS.

**Arriaza, Manuel; Díaz, Marcela.**

*Servicio de Neonatología. Unidad de Neurología Infantil, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile. e.mail: manarriaza@hotmail.com*

**Introducción.** El AVEP en RNT se presenta en 1/4.000 RNT vivos. Existen factores maternos, placentarios y fetales involucrados. Su presentación clínica es diversa, diagnosticándose habitualmente sólo los casos sintomáticos.

**Objetivo, Material y Métodos.** Delinear la presentación clínica del AVE Perinatal en RNT, en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Sótero del Río. Revisión de fichas clínicas maternas y neonatales. Análisis retrospectivo de las características de RNT hospitalizados por AVEP entre el 1 de Enero de 2003 al 30 de Julio de 2004.

**Resultados.** Antecedentes prenatales: edad materna promedio de 26,5 años, todos embarazos controlados, 3/9 con patología del embarazo. Datos del parto y RNT: 3/9 cesárea, 3/9 APGAR <7 a los 5 minutos, peso promedio 3.424 grs. Sintomatología: Inicio de síntomas a las 25,7 hrs. en

promedio, convulsiones 8/9, hemiparesia 7/9, hipotonía 6/9, encefalopatía aguda 4/9.

TAC cerebro: 6/9 hipodensidad focal, 2/9 hemorragia, 5/9 compromiso hemisferio izquierdo, 2/9 bilateral, 2/9 derecho.

**Conclusiones.** En esta serie existe un predominio de los AVE isquémicos 7:2, especialmente en hemisferio cerebral izquierdo 5/9. Solo 2/9 relacionados a hipoxia-isquemia y la triada de presentación fue convulsiones, hemiparesia e hipotonía.

PN-51

TOXINA BOTULINICA EN MANEJO DE PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA

**Fuentealba, Mario; Valenzuela, Eduardo**

*Servicio de Neurología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile*

*e-mail: mariofu@chile.com*

**Objetivo.** Mostrar el uso de toxina botulínica tipo A en el manejo de Parálisis Cerebral Espástica (PCE).

**Metodología.** Se presentan dos casos clínicos de PCE en que se inyecta toxina botulínica bajo guía electromiográfica evaluándose el resultado clínicamente y con escala de espasticidad de Ashworth.

**Resultados. Caso 1:** Niña, 13 años, Toxoplasmosis cerebral, RM y PCE severa, antecedente de cirugía de caderas y tenotomía de aductores, patrón espástico: aducción de cadera y flexión de rodilla e intenso dolor asociado. Se inyecta toxina botulínica (300 u) con buena respuesta disminuyendo el dolor y la espasticidad de 5 a 3.

**Caso 2:** Niña, 15 años, Encefalopatía postanóxica, PCE moderada, CI normal, patrón espástico: aducción de Hombro, flexión de codo, extensión y desviación radial de mano y pie estriatal. Se inyecta toxina botulínica (500 u) con buena respuesta disminuyendo la espasticidad de 4 a 2 y aumentando la autonomía en actividades cotidianas.

**Conclusiones.** La inyección de toxina botulínica Tipo A es eficaz en el manejo de Parálisis Cerebral Espástica.

PN-52

EPIDEMIOLOGIA EN CEFALEA INFANTIL

**Valderrama, Gustavo; Aguirre, Eduardo; Culcay, Catalina; Dragnic, Yuri; Fontaine, Josiane; González, Patricia; Manríquez, Marcos; Menéndez, Pedro; Solari, Francesca; Venegas, Viviana; Caballero, Soledad; Morales, Ana María; Nieto, Daniela.**

*Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.*

e.mail: mgarciac@manquehue.net

La consulta por cefalea es muy frecuente en unidades de neurología infantil y en servicios de urgencia pediátricos. Se crea la Unidad de Cefalea, que inició atención en Enero de 2004.

**Objetivo.** Esta revisión, describe características epidemiológicas de los pacientes atendidos en esta unidad.

**Pacientes y Métodos.** Se evalúan pacientes derivados a especialidad, con entrevista estructurada, examen neurológico y exámenes complementarios cuando fue necesario. Se realizó seguimiento con controles programados, con calendario registro, clasificando cefalea de acuerdo a IHS 2004. Se ingresa información de pacientes atendidos entre enero y julio de 2004 en una base de datos, desde donde se obtienen los resultados.

**Resultados.** Fueron citados 153 pacientes, con una edad promedio de 10,4 años (SD:2,91), rango: 2 a 14 años, 78 niñas y 75 niños (51% vs 49%). De estos pacientes, 41 no asisten a entrevista inicial (26,8%), 28 abandonan seguimiento en diferentes etapas (18,3%), 24 fueron dados de alta por remisión de síntomas (15,7%), 5 pasan a seguimiento crónico (3,7%) y 55 están en control activo en unidad (35,7%). De los antecedentes familiares de 112 pacientes evaluados, destacan: migraña 65 casos y cefalea tensional 17 casos entre otros. El tiempo de evolución de síntomas fue mayor de 6 meses en 103 pacientes. La intensidad promedio fue valorada como leve en 7 casos, moderada en 43, severa en 35 y variable en 27 pacientes. El evento de cefalea interrumpió: el colegio a 64 niños, la actividad física a 90, las tareas o estudio a 74 y demanda la asistencia de urgencia a 54 niños. En 47 casos se planteó una variable psicopatológica en la anamnesis, realizándose evaluación a 39 (disfunción y conflictos familiares: 13; problemas en el ámbito escolar: 2; rasgos en la línea ansiosa: 11; rasgos en la línea depresiva: 4). Se clasificaron como Cefaleas Primarias 90 casos (Migraña sin aura 34, Migraña con aura 6, Cefalea tensional 34, Cefaleas Mixtas 14). Cefaleas Secundarias se clasificaron 9 casos. No se logró clasificar a 13 casos.

**Conclusiones.** Es necesario un abordaje integral en los pacientes con cefalea. Se presenta principalmente en escolares, sin diferencia por sexo. Hay un frecuente abandono de seguimiento, que no siempre se relaciona con la remisión de síntomas. Las cefaleas primarias son el principal motivo de consulta en un servicio de especialidad. Las variables psicológicas se presentan con frecuencia, se recomienda un enfoque multidisciplinario desde la

primera atención, para favorecer estrategias preventivas y de educación.

PN-53

ESTADO EPILEPTICO INFANTIL: CLASIFICACION Y PRONOSTICO NEUROLOGICO

*Hernández, Marta; Mesa, Tomás; Escobar Raúl; Rojas I.*

*Unidad neurología Infantil. Departamento de Pediatría. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

e.mail: mhernand@med.puc.cl

El estado epiléptico (EE) es una emergencia en la infancia con alta morbimortalidad, el pronóstico está determinado por el tipo de EE, edad y precocidad de tratamiento. La incidencia es alta a edades precoces de la vida donde las causas infecciosas son más frecuentes.

**Objetivos.** Clasificar los EE según etiología y tipo de crisis. Relacionarlos con la evolución neurológica. Este es un estudio retrospectivo con seguimiento prospectivo de 25 pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría de la Universidad Católica de Chile entre Enero 1998 y Diciembre 2003. donde se analizan las variables: tipo EE según crisis y etiología, edad, sexo, neuroimágenes y morbimortalidad. Se excluyeron los EE neonatales y las encefalopatías progresivas.

**Resultados.** La mediana para edad fue 33 meses (2-120 meses), relación M /F 14/11. La distribución según tipo de crisis fue: EE convulsivo 76%, EE no convulsivo 26%. La clasificación según etiología fue: EE de etiología Remota 44%, EE de etiología aguda 40%, EE febril 12% y EE etiología Idiopática 4%. No hubo mortalidad. La incidencia de secuelas en pacientes previamente sanos fue de 35%, las secuelas se relacionaron con la etiología y las alteraciones en neuroimágenes. Las secuelas se presentaron en niños menores de 1 año y con etiología aguda.

**Conclusiones.** El EE más frecuente según tipo de crisis es el EE Convulsivo y según etiología el EE de etiología remota. El pronóstico del EE en pacientes previamente sanos está determinado principalmente por la etiología.

PN-54

PRONOSTICO EN NIÑOS CON EPILEPSIA AL RETIRAR LA MEDICACION

*Peralta, Santiago; Gómez, Verónica; Carrisoza, Jaime; Devilat, Marcelo.*

*Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.*

**Objetivo.** Determinarla evolución con respecto a las crisis de un grupo de niños con epilepsia señalando el riesgo de recaídas, el momento de ocurrencia y los factores que podrían predecirlas.

**Material y Métodos.** Se analizaron retrospectivamente fichas clínicas de 88 pacientes a los que entre 1986 y 2001 se les habían suspendido los AE después de 2-3 años sin crisis. La mediana del inicio de la epilepsia fue de 48 meses y la de inicio de tratamiento fue de 0.0. La mediana para el lapso de tratamiento farmacológico sin crisis alcanzó 27 meses, el tiempo de suspensión progresiva 4 meses y el tiempo de observación después de retirar los AE fue de 24 meses. Setenta y siete fueron epilepsias idiopáticas o criptogénicas y 10 sintomáticas (1 sin información). El tipo de crisis se distribuyó en: generalizadas 51, parciales 29, mixtas e indistinguibles 8. Durante el tratamiento 42 tuvieron EEG específico para epilepsia.

**Resultados.** Recayeron 32 niños (36%), 10 durante la retirada de AE y 22 después de ella. Los porcentajes de recaídas a los 12, 24 y >25 meses fueron 26,1%, 29,54% y 36,4%. Las epilepsias sintomáticas y tener EEG específico al inicio de la suspensión resultaron ser significativos de recaídas ( $p < 0.05$ ). La curva de Kaplan-Meier mostró que la mayoría de recaídas se produjeron antes de los 30 meses y la probabilidad de mantenerse sin crisis en este punto era del 65%.

**Conclusión.** Un poco más de un tercio de los niños recayó. Un tercio de los que recaen lo hacen precozmente. Las epilepsias sintomáticas y un EEG específico al retirar los AE fueron factores significativos de recaída.

PN-55

COSTOS DEL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA EN UNA POBLACION CHILENA

*Mesa, Tomás; Mesa, José Tomás; Guarda, Jaime; Mahaluf, Francisco; Pauchard, Felipe; Undurraga, Francisco; Asmad, Claudia; Silva, Guillermo.*

*Liga Chilena Contra la Epilepsia, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile*

*e.mail: tmesa@med.puc.cl*

**Introducción.** La epilepsia es una de las enfermedades crónicas neurológicas más frecuentes, con una prevalencia: 5-8/1000 hbtes. En Chile, esta asciende a 17-21/1000 hbtes. En los últimos años, gran preocupación por los altos costos involucrados en su manejo. El objetivo del presente estudio es calcular los costos directos del tratamiento y manejo en una determinada población con epilepsia.

**Método.** Trabajo retrospectivo en 4 grupos de pacientes con epilepsia: a) Diagnóstico reciente (DR) b) Remisión (R) c) Crisis ocasionales (CO) d) Activos sin resistencia a fármacos (ASRF) e) Resistencia a tratamiento fármacos (RTF) f) Cirugía epilepsia (CIR). Se realizó: tabulación de datos, características y estudio económico de cada grupo considerando un año de tratamiento, a excepción del grupo DR. Se realiza comparación entre ellos y su promedio a la información internacional.

**Resultados.** 293 ptes. 52% masculinos. 76% adultos. 25% estudiantes. 16% trabajo estable. 55% crisis focales. Costos por grupo: (US\$/pcte/año): DR: (283). R: (318). CO: (418). ASRF: (722). RTF: (949). CIR: (4304). El costo más elevado por grupo (%): DR: 52% fármacos. R: 84% fármacos. CO: 89% fármacos. ASRF: 86% fármacos. RTF: 91% fármacos. CIR: 70% cirugía. El costo directo promedio del tratamiento epilepsia en esta población: 610 US\$/pcte/año.

**Comentarios.** Al diferenciar en grupos con epilepsia, el costo mayor promedio anual es en cirugía y el menor en el grupo de diagnóstico reciente, esto último debido al menor uso de medicamentos y un seguimiento temporal menor. En todos los grupos, excepto el de cirugía, el mayor gasto es en medicamentos (promedio 77%). En relación a otros países, nuestros costos directos son 5 veces menores que algunos países desarrollados y 3.5 veces superiores que en otros en vías de desarrollo. Estos datos son de interés para influir en esferas gubernamentales y financieras, pudiendo dar una mejor calidad de vida a las personas con epilepsia, especialmente bajando costos y tarifas para su tratamiento. Programas nacionales de Epilepsia y Cirugía de la epilepsia son necesarios.

PN-56

STATUS CONVULSIVO: EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SOTERO DEL RIO.

*Maldonado, Blanca; Margarit, Cinthya; Arriaza, Manuel; Zelada, Pamela; Donoso, Alejandro*

*Unidad de Cuidados Intensivos y Neuropediatría, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile.*

*e.mail: s.rubber@ctcinternet.cl*

El Status convulsivo constituye una emergencia neurológica en la cual es necesario tener claro su fisiopatología, etiologías, manejo del episodio agudo y de las recurrencias, evolución y pronóstico.

**Material y métodos.** Revisión de fichas de pacientes con diagnóstico de status convulsivo en el periodo comprendido entre 1993 y 2004.



**Resultados.** Durante los años 1993 y 2004 fueron ingresados a la unidad de cuidados intensivos pediátricos 78 pacientes con diagnóstico de status convulsivo. 64.5% era de sexo femenino. La edad promedio fue de 3 años. Dentro de las etiologías destacan: 15% status febril, 22% epilepsia, 16.6% sepsis, 8.8% infección del sistema nervioso central y 6.4% TEC. La mortalidad de este grupo fue de 10%.

**Comentario.** Es importante concluir que la morbimortalidad del status convulsivo en los pacientes pediátricos depende directamente de la etiología. Dentro de los pacientes con antecedentes de epilepsia una de las causas del status que vale la pena mencionar es el incumplimiento de tratamiento, lo cual nos hace reflexionar acerca de la importancia de conseguir una buena adherencia al control y tratamiento de la epilepsia en el niño.

PN-57  
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN SERVICIO PEDIATRIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.  
*León, Paola; Aldana, Pilar; Yuri, Dagnic. Universidad de Chile, Servicio Pediatría Hospital J.J. Aguirre, Santiago, Chile e.mail: paoale123@mail.cl*

La patología cerebrovascular infantil presenta incidencia 2 -3 /100.000 niños año, la mitad isquémicos, el resto hemorrágicos, mortalidad 7-28%, recurrencia 20% y 2/3 secueledos. El diagnóstico es habitualmente tardío, causas y factores de riesgo distintas a los adultos.

**Objetivo.** Revisar pacientes hospitalizados por accidente cerebrovascular, determinando sintomatología, antecedentes, estudio, terapéutica, diagnóstico y seguimiento.

**Material y Método.** Egresos del servicio Pediatría Hospital J.J. Aguirre 2002-2004, reuniendo 4 casos.

**Resultados.** Tres hemorrágicos, dos MAV, una etiología no precisada. Una TSV. Sin antecedentes previos. Síntomas de consulta fueron cefalea, vómitos, crisis convulsivas, ninguno focalizó al ingreso ni durante evolución, a todos se les realizó TAC cerebral al ingreso, se complementó con AngioRM, RM o Angiografía. Manejo fue quirúrgico y uno recibió embolización, la TSV resolvió espontáneamente. Sin controles post alta.

**Discusión y Conclusión.** Sospechar esta patología aunque los síntomas sean inespecíficos y no exista focalización, es útil contar con recursos imagenológicos de urgencia, permitiendo manejo oportuno, disminuyendo el riesgo secuelar. Sería útil optimizar seguimiento al alta para completar estudio, evaluar

factores de riesgo y prevenir recidivas.

PN-58  
CUANDO SE HOSPITALIZA UNA CONVULSION FEBRIL?  
*Sanz, Heydi; Quitral, Mireya; Suárez, Bernardita; Contreras, Juan; Cabello, Juan Francisco. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile e.mail: heysanz@hotmail.com*

**Introducción.** 4% de todos los niños presentaran una convulsión febril, la mayoría son de control ambulatorio, reservándose la hospitalización para manejo de sus posibles complicaciones.

**Objetivos.** Describir características clínicas de los niños hospitalizados con diagnóstico de convulsión febril (COFE), el tratamiento administrado y su evolución.

**Materiales y Métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría con diagnóstico de COFE entre los años 2000 al 2003.

**Resultados.** Se obtuvieron 20 casos, edades entre 7m y 6años, 12 hombres y 8 mujeres. 11 pacientes presentaron crisis subintraentes, 8 crisis prolongadas y 1 con crisis parcial.

Las causas de fiebre incluían; IRA altas 15; IRA baja 2; SDA 2.

Del total, 12 tenían antecedentes de COFE previas. Se indicó tratamiento anticonvulsivante en 12 siendo la duración máxima 2 años.

En 13 pacientes las crisis no se repiten, 4 presentan una nueva convulsión febril y 3 una convulsión afebril. Del grupo con tratamiento anticonvulsivante 5 presentan nuevas crisis convulsivas.

**Conclusiones.** Pese a la presencia de crisis prolongadas o múltiples, la gran mayoría de las COFE tienen evolución benigna, El adecuado manejo de estos pacientes permite reducir sus complicaciones y la ansiedad que provocan.

PN-59  
HIPERGLICINEMIA NO KETOTICA CLASICA PRESENTACION CLINICA Y ELECTROENCEFALOGRAFICA DE DOS CASOS.  
*Quitral, Mireya; Cabello, Juan Francisco; Rivera, Enzo; Sanz, Heydi; Suárez, Bernardita; Contreras, Juan. Unidad de Neuropsiquiatría, Unidad de Neonatología, Unidad de Neurofisiología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile. e.mail: mquitral@vtr.net*

**Introducción.** Hiperglicinemia no Ketótica (HNK) se caracteriza por convulsiones del neonato, EEG característico, elevación de glicina en plasma y LCR, evolucionando con grave daño neurológico.

**Objetivo.** Revisar clínica, EEG y bioquímica en 2 pacientes HNK.

**Método.** Reporte 2 casos con HNK clásica.

**Resultados. Caso 1:** RNT, consanguinidad, hipotonía progresiva, convulsiones mioclónicas. Screening infeccioso (-). RNM adelgazamiento de cuerpo calloso EEG estallido-supresión. Relación Glicina LCR/Plasma 0.19. Tratamiento: Benzoato de Sodio y FNB. Paciente evoluciona con espasmos masivos; EEG Hipsarritmia a los 3 meses. Actualmente persiste crisis convulsivas y daño neurológico.

**Caso 2:** RNT, sin consanguinidad, a las 12h inicia hipotonía generalizada y apneas, "hipo" persistente. Screening infeccioso (-), Eco cerebral hipoplasia de cuerpo calloso. EEG estallido-supresión. Se trata con FNB y Benzoato de Sodio. Relación Glicina LCR/Plasma 0.16. Evoluciona con mioclonías y espasmos masivos, EEG hipsarritmia a los 2 meses. Actualmente con daño neurológico.

**Conclusión.** La HNK es poco frecuente. De gran ayuda en la sospecha diagnóstica son las neuroimágenes y el EEG por sus hallazgos característicos, especialmente en aquellos casos en que no se observan convulsiones típicas sino que tienen como manifestación HIPO persistente.

La relación de Glicina LCR/Plasma es la que nos da el Diagnóstico bioquímico.

PN-60

EXPERIENCIA CLINICA EN 32 CASOS DE SINDROME DE WILLIAMS (SW).

**Carrasco, Ximena; Castillo, Silvia; Aravena, Teresa; Rothhammer, Paula; Aboitiz, Francisco**

*ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil, Dpto. Pediatría Oriente, Universidad de Chile; Sección Genética, Hospital Clínico Universidad de Chile; Dpto. Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

*e mail: xcarrasc@med.uchile.cl*

**Introducción.** SW es un cuadro multisistémico, causado por la delección hemiciótica del segmento 7q11.23, defecto sólo detectable mediante una sonda FISH específica.

**Objetivo.** Aportar elementos para un diagnóstico e intervención terapéutica más precoces y un apoyo familiar más documentado. Método: 101 pacientes con sospecha de SW fueron derivados a la Sección

Genética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile para efectuar test de FISH, confirmándose el diagnóstico en 49. Treinta y dos de ellos pudieron ser sometidos a entrevista clínica junto a sus padres y examen neuropediátrico, previa firma de consentimiento informado (Edades: 2 meses -18 años; Sexo: 18 Masculino, 14 Femenino).

**Resultados.** 1) Síntomas a la primera consulta más frecuentes: retraso del desarrollo, irritabilidad, trastornos del sueño y retardo de crecimiento. 2) Hallazgos del examen físico presentes a edad temprana más frecuentes: soplo cardíaco y dismorfias faciales. 3) Edad al diagnóstico clínico: 1 mes a 14 años; se evidencia una reducción en la edad a la cual se hace el diagnóstico presuntivo. 4) Presencia de severo retraso del desarrollo psicomotor global hasta edad escolar, incluyendo lenguaje (presentamos curvas de desarrollo). 5) Cognitivamente destaca, retardo intelectual, hipersociabilidad, hiperacusia, hiperactividad y déficit atencional, déficit visuo-construtivo e interés musical; el lenguaje no aparece tan sobresaliente como ha sido reportado. Proyecto FONDECYT 1010816.

PN-61

ESTUDIO ELECTROGRAFICO EN CONVULSIONES NEONATALES VERSUS ANALISIS DE AMPLITUDES.

**Menéndez, Pedro; Solari, Francesca; Venegas, Viviana.**

*Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.*

*e.mail: pedromenendez@vtr.net*

Las convulsiones neonatales (CN) pueden frenar el desarrollo neuronal, alterar la plasticidad e inducir reorganización sináptica aberrante. El EEG persiste como el método más efectivo para su diagnóstico y pronóstico (Rennie, 2003) Objetivos: Estudiar aporte cualicuantitativo de protocolo EEG en CN y correlato con estudio aislado de amplitudes. Material y método: 21 RN con CN (12 RNPT y 9 RNT) se estudian con 49 trazados según protocolo específico (Lombroso, 1997) realizados durante permanencia en UCI neonatal, entre 01-2003 y 08-2004. Se comparan con estudio de amplitudes bipolares concomitantes. Resultados: 4 convulsiones únicas, 17 recurrentes. 6 generalizadas, 9 clónicas parciales, 8 mioclónicas y 9 sutiles. Protocolo EEG: 3 registros de estado electrográfico, 8 trazados críticos. Patrones paroxísticos anormales: 89,2%, con correlato clínico/EEG del 73%. La descarga rítmica de baja frecuencia, patrón multifocal periódico y descarga focal tienen la mayor congruencia. La alteración de la organización topográfica y el retraso madurativo (índice delta en cepillo en sueño quieto) tienen el mayor correlato. El diagnóstico de estado comportamental, un 92,3%.

Sin significación: asimetría de frecuencia ni variantes de transientes lentos. El estudio de amplitud bi temporal se correlaciona positivamente en 7, dudoso en 9 y no se correlaciona o presenta correlato negativo en 33. Comentario: El estudio EEG con el constructo de Lombroso modificado tiene alta valor diagnóstico en CN. Se postula que el estudio con video monitoreo prolongado debe incrementar estas cifras, particularmente en prematuros. El análisis aislado de amplitudes en los pacientes y tiempos estudiados, no aporta al diagnóstico de CV ni al pronóstico.

PN-62

**EVALUACION DE DIETA CETOGENICA EN NIÑOS CON EPILEPSIA REFRACTARIA**

*Burón, Verónica; Mañín, Verónica; Raimann, Ximena; Ugalde, Amanda; Devilat, Marcelo*

*Servicio de Neurología y Psiquiatría, Unidad de Lactantes y Nutrición Clínica, Servicio de Alimentación, Hospital Luis Calvo Mackenna y Departamento de Pediatría Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

*e.mail: vero\_buron@hotmail.com*

La dieta cetogénica (CKG) es un tratamiento utilizado en las epilepsias refractarias a tratamiento farmacológico.

**Objetivo.** La evaluación prospectiva de pacientes que llevan al menos 1 año en DKG, en el Hospital Luis Calvo Mackenna, en cuanto a respuesta tratamiento estado nutricional y complicaciones.

**Pacientes y método.** Se estudiaron 22 niños que ingresaron entre 1999 y 2003 a DKG que se controlaron en el Policlínico de Epilepsia y de Nutrición, evaluándose su respuesta a tratamiento (% de reducción de crisis), estado nutricional y complicaciones (dislipidemias, complicaciones renales y gastrointestinales).

**Resultado.** Ingresaron 22 niños a DKG, 14 varones y 8 niñas con edad 5.8 años (6 meses a 17 años). Veintiun pacientes tenían epilepsia sinromática y uno criptogénica. Seis tenían antecedente de S. West. Al ingreso 8 tenían epilepsia multifocal, 4 L. Gastaut, 4 generalizadas sintomáticas, 5 parciales sintomáticas y uno parcial criptogénica. Cada paciente había utilizado en promedio 5.8 drogas antiepilépticas el número de crisis eran incontables en 6 pacientes, 5-20/día en 9, 2-4/día en 4, menos de 1/d en 3, pero todos más de 5/mes. A los 6 meses, 17 pacientes (77 %) continuaban en dieta, 2 fuera del hospital. De los 5 restantes, 1 fallece (por sepsis), 1 suspende por síntomas gastrointestinales y 3 por incumplimiento. En 8 de 16 pacientes hubo una disminución de crisis mayor de 90%, en 5 mayor al 50% y en 3

menor al 50 % o sin respuesta. Al año 14 pacientes continuaban en DKG y 12 tenían reducción >90%. El estado nutricional no varió significativamente ni a los 6, 12 o 18 meses; un 63% presentaba hipercolesterolemia. Dos pacientes presentaron litiasis renal debiendo ser intervenidos, y uno hipercalcúria. Dos pacientes presentaron durante la dieta hepatitis A, no se suspendió la dieta y evolucionaron sin complicaciones. El % total de niños que respondieron es 63%, actualmente 8 llevan más de 2 años en dieta, en 3 se ha logrado la suspensión con éxito, 3 presentaron aumento de crisis.

**Conclusión.** El programa de DKG del hospital Luis Calvo Mackenna, para las epilepsias refractarias, muestra un porcentaje de éxito y complicaciones similares a los reportes de la literatura.

PN-63

**CARACTERISTICAS NEUROGENETICAS EN PACIENTES CON ANEUPLOIDIA DE CROMOSOMAS SEXUALES .**

*Cortés, Fanny; Barrios, Andrés*

*Policlínico de Neurogenética. INTA. U de Chile.*

*Santiago, Chile*

*e.mail: agba@speedybasico.terra*

**Objetivos.** a) Conocer las características clínicas de pacientes con aneuploidías de cromosomas sexuales que consultaron en policlínico de Neurogenética en período 1995-2003. b) Evaluar los motivos de consulta neurogenética. c) Conocer las características neurológicas en relación a Desarrollo psicomotor, CI, conducta u otra patología asociada.

**Pacientes y Método.** Se revisaron todas las fichas clínicas de pacientes con aneuploidía de los cromosomas sexuales, que consultaron en el Policlínico de Neurogenética en el período 1995-2003.

**Resultados.** El número total de pacientes analizados fue de 14, distribuyéndose de la siguiente manera: Grupo I: Síndrome 47, XXY.

N° de pacientes: 5. Edad de la primera consulta entre 1 y 16 años, siendo el motivo de consulta principal el retraso psicomotor de predominio en lenguaje. Las características físicas principales: dismorfia craneofacial leve, desproporción de segmentos y microgenitalismo.

El retraso de la marcha y lenguaje se presentó en 4/5 pacientes. El CI se evaluó en 4 pacientes siendo anormal en un caso. La epilepsia se presentó en 3 pacientes.

Grupo II: Síndrome 47, XYY.

N° pacientes: 5. Edad de primera consulta entre 3 y 12 años. El motivo de consulta fue retraso psicomotor más dismorfias. Las características físicas principales

fueron dismorfia craneofacial, hiperlaxitud ligamentosa. El CI fue subnormal en 4/5 pacientes. La impulsividad, el SDA y la agresividad fueron los síntomas conductuales principales. La epilepsia se presentó en 1 paciente.

Grupo III: Síndrome 48, XYYY.

Nº pacientes: 2. Edad de consulta de 6 y 12 años.

Motivo de consulta principal fue Trastorno de conducta. El CI fue normal lento en ambos pacientes.

La desproporción de segmentos y dismorfias faciales leves fueron las características físicas principales. El fenotipo conductual fue el SDA, hiperactividad y agresividad.

Grupo IV: Síndrome 49, XXXXY

Nº pacientes: 2. Edad de consulta fue 9 meses.

Motivo de consulta: retraso psicomotor y dismorfias.

Las características físicas principales fue la dismorfia craneofacial e hipogenitalismo. CI no evaluado por edad de pacientes.

**Conclusiones.** El compromiso del lenguaje y dismorfias leves fueron el principal motivo de consulta. La conducta hiperactiva y el SDA se presentó en la mayoría de los pacientes. La conducta agresiva se asoció a la ganancia de cromosomas y la dismorfia craneofacial leve y la desproporción de segmentos fue el fenotipo casi constante. El microgenitalismo se asoció a la ganancia de cromosomas X.

## CASOS CLINICOS

CCN-1

UN CASO DE NEUORETINITIS POR BARTONELLA

*Sanz, Heydi; Quitral, Mireya; Contreras, Juan; Suárez, Bernardita; Cabello, Juan Francisco; María Elena, Morales.*

*Unidad Neuropsiquiatría Infantil, Servicio Oftalmología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.*

*e.mail: heysanz@hotmail.com*

**Introducción.** La neuroretinitis es un síndrome caracterizado por pérdida agudeza visual, edema de papila, exudado macular en patrón estelar.

La etiología infecciosa es la más frecuente, siendo Bartonella henselae el principal agente involucrado.

**Caso:** Niña de 11 años con antecedentes de cuadro febril autolimitado presentando 10 días después cefalea y disminución agudeza visual de ojo derecho (visión 20/20 Ojo izquierdo, luz Ojo derecho).

La evaluación oftalmológica demuestra defecto pupilar aferente y escotoma central en el ojo derecho. El fondo de ojo izquierdo fue normal. El derecho, demuestra edema de papila con infiltrado y elevación mácula, exudado en forma estrella.

La Resonancia Magnética de Encéfalo y órbitas y el Líquido Cefalorraquídeo fueron normales con bandas oligoclonales, negativas.

El estudio serológico muestra anticuerpos positivos para Bartonella henselae (IgG :1/256)

La paciente recibió tratamiento con Claritromicina por 14 días.

Recupera visión con resolución de edema paulatino en 6 semanas.

**Conclusión.** Es necesario distinguir la neuroretinitis de neuritis óptica por su asociación con causas infecciosas que requieren apropiado tratamiento antibiótico.

La presencia de la estrella macular no se desarrolla hasta 7-15 días de presentación inicial, por lo que se recomienda la reevaluación en pacientes con alta sospecha clínica.

CCN-2

SINDROME MIOCLONICO NEONATAL CON ESTALLIDOS DE SUPRESION DE BUEN PRONOSTICO INMEDIATO

*Wicki, Alvaro; Concha, Cecilia; Medina, Mirta*

*Servicio de Neurología, Servicio de Pediatría Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Angeles, Chile.*

*e.mail: awicki@terra.cl*

**Introducción.** El trazado electrencefalográfico denominado "Burst-Supresion" (Estallidos de Supresión) en el periodo neonatal, constituye la expresión de una severa afectación cerebral, obedeciendo a diferentes etiologías y se ha relacionado con un mal pronóstico.

**Objetivo.** Presentar el caso de un neonato con trazado electroencefalográfico de estallido de supresión hasta el segundo mes de vida que evoluciona con normalización del trazado y control de las crisis epilépticas.

**Caso Clínico.** Hijo de madre primigesta de 30 años, embarazo con síndrome hipertensivo, parto por cesárea de urgencia 15/06/04 por desprendimiento prematuro de placenta normo inserta RN término 39 semanas, masculino, AEG PN 3250 grs, talla 49 cm, CC 36 cm, Apgar 8-8-9-9. A las 2 hrs de vida presenta cianosis por lo que se traslada UTI Neonatología realizándose punción lumbar, por sospecha cuadro séptico, con LCR sanguinolento (Bioquímico normal). Se realiza TAC cerebro a las 48 hrs de vida sugeriendo de edema cerebral y hemorragia subaracnoidea (tercer ventrículo) quedando con fenobarbital. EEG a los 6 días de vida: En sueño espontáneo normal, llama atención periodos de depresión de voltaje más largos que lo habitual. Al octavo día de vida presenta 2 episodios de cianosis con desaturación de O<sub>2</sub> y mioclonías, cargándose con fenitoína. Nuevo EEG

(15 días de vida): Desorganizado, períodos de depresión de voltaje de hasta 2 segundos y patrón de reclutamiento que se inicia a derecha y que luego generaliza con clínica de chupeteo. Se agrega piridoxina y midazolam. Comienza a presentar en forma diaria y varias veces por día eventos bruscos de flexión de brazos, otros de desviación ocular con cianosis y mioclonías de extremidades. Resonancia magnética de cerebro al mes de vida Normal, Espectrometría de Masa en Tandem Normal. Finalmente con Acido Valproico y Clonazepam eventos convulsivos cesan y el EEG al mes 26 días de vida resulta con actividad de base normal, ausencia de actividad irritativa y sin estallidos de supresión, condición en la que se mantiene a la fecha.

**Discusión.** El trazado de salva supresión se asocia a un pronóstico vital y neurológico peyorativo siendo su etiología más prevalente la encefalopatía hipóxico isquémica. En las series publicadas los casos con buena evolución van de 0 a menos del 10% por lo que resulta de interés comentar este paciente.

CCN-3

SINDROME WALKER WARBURG: PRESENTACION CASO CLINICO.

*Erazo, Ricardo; Triviño, Daniela; Mujica, Máximo, Schulz, Marcela.*

*Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.  
e.mail: dtrivino@yahuoo.com*

**Introducción.** Síndrome Walker-Warburg (SWW) es un trastorno de la glicosilación de proteínas, herencia autosómica recesiva caracterizado por distrofia muscular congénita (DMC) asociada a malformaciones cerebrales y oculares.

Es la forma más severa de DMC con retardo mental. Cuadro de mal pronóstico, muchos fallecen en el período neonatal.

5% sobrevive más de 5 años.

Locus 9q34.1, mutación gen POMT1 codifica proteína O-manosiltransferasa 1

**Caso clínico.** Lactante de 8 meses sexo femenino con cuadro de dismorfias, alteración de la succión deglución, hipotonía e hipoactividad severa de inicio neonatal.

Antecedentes familiares: padres consanguíneos, hermana fallecida SWW.

Fondo ojo (1 mes): retina hipopigmentada con alteración vascularización.

TAC cerebral (1 mes): corteza gruesa, escasas circunvoluciones, colpocefalia, fosa posterior pequeña, malformación Chiari III y encefalocele occipital.

Examen (4 mes): no fija ni sigue con la mirada, llanto débil, hipotonía e hiporreflexia global, debilidad muscular proximal.

Evaluación oftalmológica: catarata subcapsular bilateral, alteración pigmentación retina.

RNM cerebral (4 mes): lisencefalia en empedrado, hidrocefalia cuadventricular, hipoplasia severa del tronco cerebral y cerebelo, agenesia cuerpo calloso y meningocele occipital.

CPK 3130 U/L.

Biopsia muscular: patrón distrófico, merosina (+), betadistroglicano (+)

Al 7 mes comienza con espasmos masivos, EEG hipsarritmia modificada, inicia tratamiento con ACTH y Acido Valproico con buena respuesta.

**Conclusiones.** Ejemplifica caso de SWW en que la Neuroimagen fue de gran importancia para el diagnóstico.

CCN-4

SINDROME DE LENNOX GASTAUT, COMO MANIFESTACION DE UN TUMOR FRONTAL.

*Ríos, Loreto; Wittig, Scarlet; Cuadra, Lillian; Zuleta, Arturo; Troncoso, Ledía.*

*Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Liga chilena contra la Epilepsia, Instituto de Neurocirugía, Santiago, Chile.  
E-mail: lríos@ija.cl*

**Introducción.** El síndrome de Lennox Gastaut (SLG), es una encefalopatía epiléptica que representa el 1-4% de las epilepsias infantiles. Se caracteriza por presentar clínica y patrón electroencefalográfico característico. Sólo el 10% de los niños lo presentan tienen un DSM previo normal (SLG Idiopático).

**Objetivo.** Presentar caso clínico de niño con DSM previo normal quien inicia un SLG clásico y cuyo estudio revela tumor frontal izquierdo.

**Caso Clínico.** Paciente de 6 años, sano hasta los 2 años, en que inicia crisis de desconexión del medio (ausencias atípicas). A los 3 años se agregan crisis tónicas, atónicas y tónico clónicas generalizadas, presentando concomitantemente una regresión del desarrollo psicomotor, el cual es manejado con politerapia sin respuesta clínica. Evaluado a los 6 años muestra EEG compatible con un SLG y RNM cerebral que revela lesión neoplásica intra-axial frontal izquierda. Se realizó exéresis total del tumor. El paciente evoluciona sin crisis, con un síndrome frontal transitorio y lenta recuperación de hitos del desarrollo perdidos.

**Conclusión.** Destacar la importancia de las neuroimágenes, en el estudio etiológico de un SLG idiopático o criptogénico.

CCN-5

VARIANTE CERVICO FARINGO BRAQUIAL EN

#### SINDROME DE GUILLAIN BARRE. DESCRIPCION DE UN CASO CLINICO

*Schnitzler, Silvia ; Carvajal, Maritza; Avendaño, Marisol; Calvo, Maria Soledad; Amarai, Ana; Villenas, Rodolfo.*

*Unidad de Neurología, Unidad de Paciente crítico. Servicio de Pediatría, Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.*

**Introducción.** La neuropatía craneal múltiple aguda con mayor compromiso cervico faríngeo braquial es una entidad rara en la práctica clínica diaria, que corresponde a una variante atípica topográficamente circunscrita del Síndrome de Guillain Barré.

Se presenta de forma aguda, con debilidad progresiva de los músculos dependientes de los pares craneanos, sin compromiso relevante de extremidades superiores e inferiores. Algunos de estos casos se deben a agentes infecciosos.

**Objetivo.** Dar a conocer un caso clínico estudiado en la Unidad de Neurología del Hospital Exequiel González Cortés y discutir las distintas formas de presentación y los criterios de diagnóstico del cuadro clínico y diagnósticos diferenciales.

**Caso Clínico.** Escolar de 10 años, que inicia un cuadro agudo severo de trastorno de la deglución con disfagia, disartria, diparesia facial, paresia cervical y troncal acompañado de leve tetraparesia de predominio distal e hiporeflexia.

El LCR presenta una leve disociación albuminocitológica y la electromiografía muestra una neuropatía desmielinizante con daño axonal secundario de franco predominio proximal.

Estudio de *Campylobacter jejuni* +.

Recibe tratamiento con inmunoglobulina de 15 mg al día por 5 días, responde favorablemente desapareciendo primero el compromiso de pares craneanos bajos y solo mantiene la diparesia facial a los 15 días de completado el tratamiento.

**Comentario.** Se destaca la relevancia de la sospecha clínica para el diagnóstico de esta patología y la importancia de tener presente la variabilidad clínica de las poliradiculopatías desmielinizantes agudas. Diferentes variedades topográficas del S. Guillain Barre han sido descritas, incluyendo Síndrome de Fisher, Parálisis Cérvico faríngeo braquial, Paraparesia arrefléctica, Parálisis facial bilateral con parestesias, Poliradiculopatía lumbar bilateral con hiporreflexia.

CCN-6

#### ENFERMEDAD DE MACHADO JOSEPH (SCA 3), PRIMER REPORTE EN CHILE.

*Troncoso, Mónica; Zamora, José.*

*Servicio Neurología Infantil, Hospital Clínico San*

*Borja Arriarán, Santiago, Chile.*

*e.mail: pepitozamora@hotmail.com*

**Introducción.** SCA 3, enfermedad neurodegenerativa, autosómico dominante, causada por expansión anormal de trinucleótidos CAG en el gen MJD, locus 14q 24.3-q31, normalmente codifica la proteína ataxina 3. Existen tres fenotipos: tipo 1 inicio precoz, curso severo, con distonía, signos piramidales, oftalmoplejia externa, ataxia; tipo 2 del adulto medio con compromiso cerebeloso, piramidal, oftalmoplejia externa progresiva; tipo 3 curso menos severo, presentación tardía, con compromiso periférico y ataxia.

**Objetivo.** Presentar una niña diagnosticada en nuestro centro, hallazgos clínicos y peculiaridad genética.

**Caso:** Padres sanos consanguíneos con importante consanguinidad familiar; a los 8 años comienza con mal rendimiento escolar, agregándose desde los 14 años distonías, disartria, bradiquinesia, ataxia, y fasciculaciones linguales y periorales, necesitando silla de ruedas a los 17 años. Se confirmó SCA3 por la detección de una expansión patológica de tripletes CAG en el gen, revelando homocigosis con 76 repeticiones en alelo 1 y 70 repeticiones en alelo 2

**Comentario.** Destacan la severidad del fenotipo y precocidad de presentación lo que permite clasificarla en el tipo 1, además de la afectación de dos alelos (homocigosis) con extensa expansión de tripletes CAG (70 / 76), explicada por la alta consanguinidad familiar.

CCN-7

#### MELANOSIS NEURO CUTANEA. PRESENTACION DE CASO CLINICO.

*Martínez, Anahí; Carvajal, Maritza; Avendaño, Marisol; González, Juan Enrique.*

*Unidad de Neurología. Servicio de Pediatría, Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.*

*e.mail: jaimediazc@hotmail.com*

**Introducción.** La Melanosis Neurocutánea (NCM) es una rara facomatosis congénita no hereditaria que se asocia a lesiones dérmicas (nevus pigmentados múltiples de gran tamaño a veces pilosos) con acúmulo de células melánicas de carácter benigno o maligno en las leptomeninges.

Descrita por Rokitansky en 1861, el término NCM fue introducido en 1948 por Van Bogaert.

Desde la primera descripción se han publicado poco más de 150 casos en la literatura, 50% ocurren el primer año de vida, y sólo 8% en la segunda década de la vida y no se conocen casos publicados en nuestro medio.

Los criterios diagnósticos (FOX 1972), se basan en hallazgos clínicos e histología de las lesiones del SNC.

Recientemente se ha demostrado la utilidad de RNM en la detección del compromiso de la leptomeninges.

**Objetivo.** Dar a conocer un caso clínico estudiado en la Unidad de Neurología del Hospital Exequiel González Cortés y discutir las distintas formas de presentación y los criterios de diagnóstico del cuadro clínico.

**Caso Clínico.** Escolar de 13 años que cumple criterios diagnósticos con histología compatible para NCM, que debuta con compromiso de conciencia, crisis tónico clónica generalizadas e hipertensión endocraneana que requiere válvula derivativa ventrículo peritoneal. Evolución a con compromiso piramidal y extrapiramidal, y deterioro de sus funciones neurocognitivas. Como complicación del tratamiento presente compromiso hepático con ácido Valproico.

**Discusión.** Consideramos que las distintas formas de presentación de la enfermedad y su pronóstico depende de la precoz o tardía afectación de las leptomeninges. Así como que los hallazgos en RNM deben ser considerados como criterios diagnósticos de NCM asociados a los criterios clínicos e histológicos.

CCN-8  
ENCEFALITIS HERPETICA RECURRENTE. UNA FORMA INHABITUAL DE PRESENTACION.

*Poblete Loreto; González Marcela; Rojas Valeria; Pino Mariela; Rodríguez Jorge.*

*Servicio de Pediatría. Unidad de Neuropsiquiatría-Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.*

*e-mail: lpobletn@puc.cl*

Presentamos el caso de un escolar de 14 años que presentó una encefalitis herpética con una evolución en dos fases y con un debut caracterizado por agitación sicomotora y cefalea intensa. Su LCR fue compatible con encefalitis herpética, iniciándose tratamiento precoz con aciclovir ev. Durante los tres primeros días evolucionó con comportamiento bizarro, lenguaje incoherente, alucinaciones visuales y gran agitación. El diagnóstico fue confirmado con PCR de LCR (+) para VHS1, aún positivo al 11 día de tratamiento, completándose 21 días con Aciclovir ev. Fue dado de alta sin compromiso de conciencia ni alteraciones conductuales, con un tercer par derecho. Reingresa a los 11 días del alta, nuevamente por agitación sicomotora y compromiso de conciencia, reiniciándose tratamiento con aciclovir ev. y metilprednisolona ev. Evoluciona grave, con sopor profundo y mioclonías generalizadas a pesar de

anticonvulsivantes. Permanece en UCIP 31 días y 22 días en intermedio, completando 14 días de Aciclovir ev. En sala, recuperación progresiva de conciencia, control de crisis convulsivas y buena respuesta a rehabilitación motora. Mantiene conducta de fuerte desinhibición sexual, oposicionismo y coprolalia.

**Conclusión.** La encefalitis herpética puede presentar sintomatología variada. Síntomas conductuales pueden ser su manifestación inicial y/o secuelar. Las recaídas aún cuando poco frecuentes deben ser consideradas como posibles. Un mecanismo de persistencia viral o inmunoalérgico ha sido postulado en este tipo de recaídas.

CCN-9  
POLINEUROPATIA DE PACIENTE CRITICO: PRESENTACION DE UN CASO

*Wicki, Alvaro; Concha, Cecilia.*

*Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Angeles, Chile  
e.mail: awicki@terra.cl*

**Introducción.** Los pacientes en condiciones críticas ingresados en unidades de cuidados intensivos pueden desarrollar debilidad o parálisis en el curso de su enfermedad, habiéndose sugerido como causa la existencia de una polineuropatía axonal o una miopatía.

**Objetivo.** Presentar el caso de un paciente pediátrico con esta enfermedad atendido en Hospital Víctor Ríos Ruiz en julio de 2004.

**Caso Clínico.** Lactante sexo femenino de 1 año 3 meses de edad, antecedente de parto término 39 semanas, adecuada edad gestacional y desarrollo psicomotor normal. Ingresó por cuadro de bronconeumonía viral VRS (+) y ADV (+) con insuficiencia respiratoria, requiriendo conexión a ventilación mecánica por 10 días, evolucionando con inestabilidad hemodinámica sugerente de shock séptico. Para el mantenimiento de la ventilación mecánica requiere midazolam y vecuronio, recibe corticoides y como soporte vasoactivo dopamina además de acartex y cloxacilina. Al segundo día fuera de ventilador destaca hipotonía generalizada pero principalmente de extremidades inferiores con arreflexia y escasa motilidad espontánea o al estímulo. Las enzimas musculares son normales y la EMG evidencia patrón axonal sensitivo motor.

**Discusión.** Los casos descritos en niños son escasos por lo que resulta de interés comentarlo. En la literatura se menciona como factores precipitantes la falla multiorgánica, la sepsis, agentes bloqueantes neuromusculares y corticoides, indicándose que la manifestación más común es una polineuropatía

sensitivo motora de tipo axonal, condiciones todas presentes en esta paciente.

CCN-10

ENFERMEDAD DE MENKES Y PILI TORTI CANALICULI. CASO CLINICO.

*Flández, Ana; Rodríguez, Viviana.*

*Servicio de Pediatría y Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Regional, Valdivia.*

*e-mail: anitaflandes@hotmail.com*

**Introducción.** La enfermedad de Menkes o del cabello ensortijado se hereda con carácter recesivo ligado al cromosoma X. Existe un defecto en el transporte del cobre. Los síntomas comienzan a los pocos meses de vida con deterioro mental progresivo, crisis epilépticas, colecciones subdurales, hipotonía, hipotermia, osteoporosis, mal incremento pondero-estatural, hipopigmentación de la piel y del pelo, pili torti y alteraciones del tejido conectivo.

**Objetivo.** Comunicar un caso de este infrecuente error innato del metabolismo con demostración de pili torti canaliculi a la microscopía electrónica.

**Caso clínico.** Paciente de sexo masculino. Un hermano había fallecido a los 8 meses de edad con epilepsia refractaria y colecciones subdurales. A los 31/2 meses consultó por apnea. Estaba pálido, hipotónico e hiporreactivo con pelo y cejas ralas. Se descartó etiología infecciosa, aspirativa y metabólica. Electroencefalograma: frecuente actividad epileptiforme y lentitud bitemporal. Al cuarto día comenzó con crisis epilépticas. TAC: ESA amplio. Presentó convulsiones refractarias. Se confirmaron niveles de ceruloplasmina en 0. La cupremia y cupruria resultaron muy disminuidas. Se confirmó pili torti en microscopía electrónica. Inició tratamiento con cobrehistidina subcutáneo cediendo las convulsiones. 3 días después falleció por una neumonía.

**Conclusiones.** En el diagnóstico de una enfermedad infrecuente y hereditaria es fundamental la historia familiar. Un diagnóstico presintomático puede cambiar el curso de la enfermedad. La demostración de pili torti canaliculi en microscopía electrónica en Valdivia fue de gran utilidad y se complementó con el estudio enviado a centros de referencia para confirmar el diagnóstico.

CCN-11

NECROSIS ESTRIATAL UNILATERAL ASOCIADO A HEMICOREA.

*González, Juan Enrique; Vergara, Jorge; Avendaño, Marisol; Escobari, Javier; Martínez, Anahí.*

*Unidad de Neurología, Servicio de Pediatría, Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.*

**Introducción.** La Necrosis Estriatal es una condición infrecuente pero bien definida relacionada a etiologías muy variadas que se caracteriza por el compromiso de los ganglios basales dando origen como síntoma principal movimientos extrapiramidales.

**Objetivo.** Presentar un caso clínico de hemicorea aguda derecha, con lesión hipodensa unilateral en los ganglios basales, en el cual se diagnosticó necrosis estriatal aguda para/post infecciosa, relacionada con infección estreptocócica.

**Caso Clínico.** Preescolar de 3 años, con antecedente de varicela 1 mes previo, inicia 2 días antes del ingreso cuadro de fiebre, vómitos aislados, y aparición de movimientos coreicos en hemicuerpo derecho, lo que motiva su hospitalización (15/7/04). Al ingreso afebril, examen físico general y segmentario normal, consciente, orientado, y con fuerza normal, movimientos coreicos de extremidades derechas predominio superior, con resto del examen neurológico normal. En su evolución posterior permanece afebril, consciente muy hiperactivo presentando disminución gradual del corea en forma espontánea. TAC Cerebral muestra hipodensidad en ganglios basales izquierdos. Estudio muestra AELO = 1000 UI/ml, PCR baja, hemograma y exámenes bioquímicos normales. Frotis Faríngeo: Flora comensal, C3 y C4 Normales; FR(-) Ecocardiograma normal. RNM evidencia ausencia de compromiso de cápsula interna, con evidente aumento de la señal en núcleo caudado y putamen izquierdo, concordante con una Necrosis Estriatal Aguda unilateral asociada con infección estreptocócica y se indica Prednisona (2mg/kg/día) por 7 días evolucionando con desaparición total de corea.

**Discusión.** Ante la aparición de Corea aguda se debe realizar neuroimagen para detectar una lesión. El análisis clínico y la revisión de la RNM nos llevó a plantear como diagnóstico Necrosis Estriatal Aguda post infecciosa a estreptococo por el hallazgo de AELO elevado.

**Conclusión.** Se debe plantear como diagnóstico posible Necrosis Estriatal Aguda asociada a estreptococo en niños que presenten hemicorea aguda, AELO elevado y lesión en neuroimagen del Estriado.

CCN-12

INCONTINENCIA PIGMENTI: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.

*Llanos, Loreto; Amarales, Claudia*

*Servicio de Neuropsiquiatría infantil, Hospital Lautarro Navarro Avaria, Punta Arenas, Chile.*

*e.mail: loretolanos@hotmail.com,*

claudia\_amarales@hotmail.com

**Caso Clínico.** Niña sin antecedentes perinatales de importancia, derivada a los 11 días de vida a dermatología por presentar lesiones vesiculares en extremidades y cuero cabelludo, alopecia occipital, asociada a placas café-violáceas verrucosas planteándose diagnóstico de Incontinencia pigmenti. Antecedente de madre con epilepsia en periodo de lactante, con lesiones lineales hipopigmentadas en extremidades inferiores, anodoncia parcial. Abuela materna con anodoncia parcial, sin lesiones en piel. Examen neurológico con discreta hipotonía axial. TAC cerebral Normal. Rx columna normal. Evaluación oftalmológica con progresión de retinopatía proliferante de ojo izquierdo por lo que se traslada a Santiago para resolución oftalmológica.

**Comentarios.** Se presenta este caso con el fin de revisar características clínicas, forma de herencia y evolución de la enfermedad.

CCN-13  
MIELITISASOCIADA A POLIRADICULO-NEURITIS AGUDA.

**Avendaño, Leonor; Devaud, Claudia; Avendaño, Marisol; Schnitzler, Sylvia; Florea, Diana.**

Unidad de Neuropediatría, Hospital de Carabineros, Santiago, Chile.

e-mail: leoavendano@yahoo.com

**Objetivos.** Caso clínico de nuestro Servicio, para mostrar dos patologías que infrecuentemente se asocian.

**Material y Método.** Paciente 11 años, sexo femenino, previamente sana, 17 días antes ingreso presenta cuadro febril, romadizo, cefalea de 3 días de evolución. Posteriormente acusa dolor intenso interescapular, seguido de pérdida fuerzas EESS, luego EEII, incontinencia urinaria. Examen físico: Vigil, tetraparesia, arreflexia, sin nivel sensitivo, sin signos piramidales.

**Resultados.** 1. LCR (Ingreso 11/6): 100 glóbulos blancos (55% PMN); Albúmina 13; Glucosa 55.

2. Estudio neurofisiológico (17/6): Compromiso polineuropático agudo desmielinizante.

3. Resonancia Nuclear Magnética (16/6): Lesión medular hiperintensa C6-D1, sugerente de mielitis postinfecciosa.

4. Estudios inmunológicos normales.

5. Detección IgM V Ebstein-Barr positivo. Otros: negativos. 6. LCR: Sin bandas anormales.

**Discusión.** Se resalta antecedente de dolor interescapular severo, luego clínica de polineuropatía aguda con vejiga neurogénica. Se trató con

inmunoglobulina EV (2 grs/kg en 5 días). La persistencia de vejiga neurogénica, moderada respuesta a IG EV y resonancia, apoya diagnóstico mielitis postinfecciosa asociada, se trata con metilprednisolona EV con rápida respuesta.

**Conclusión.** Agente infeccioso involucrado sería virus Ebstein-Barr, situación descrita en otros casos publicados.

CCN-14

SINDROME DE LESCH NYHAN DE PRESENTACION ATIPICA

**Zapata, Camilo; Valenzuela, Bolívar; Bercoovich, Mariana.**

Servicio de Neurología y Psiquiatría, Servicio de Lactantes, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

e-mail: camilozapata@entelchile.net

**Introducción.** El Síndrome de Lesch-Nyhan es una alteración del metabolismo de las purinas que típicamente se presenta con retraso desarrollo psicomotor en que paulatinamente se presenta síndrome piramidal y extrapiramidal, evoluciona con retardo mental y autoagresión. Entre complicaciones médicas está la artropatía por cristales y nefropatía úrica, de inicio en 2ª ó 3ª década.

**Objetivo.** Presentar un caso de Lesch-Nyhan de presentación precoz, cuyas primeras manifestaciones fueron la nefropatía y artropatía, a la que se agrega posteriormente el cuadro neurológico.

**Caso Clínico.** Lactante de 1 mes sin antecedentes perinatales, con bajo incremento ponderal que en examen se pesquisa Insuficiencia Renal asociada a varios episodios de artritis gotosa. Acido Úrico de 23 mg % por lo que se trata con Alopurinol. A los 3 meses presenta paulatinamente signos piramidales y extrapiramidales, y a la edad de 12 meses conductas de autoagresión con mordidas de manos, labios y mejillas, lo que requiere uso de coderas. Actividad enzimática de HGPRT en eritrocitos <1%, lo que confirma Sd. Lesch Nyhan.

**Conclusión.** La Nefropatía puede ser primera manifestación de Sd. Lesch-Nyhan, aún antes del cuadro neurológico. Se destaca importancia de solicitar Acido Úrico dentro del estudio en un niño con RDSM y Síndrome Piramidal.

CCN-15

DEFICIENCIA DE COENZIMO Q10 Y ATAXIA CEREBELOSEA.

**Troncoso, Mónica; Troncoso, Ledía; Zamora, José; DiMauro, Salvatore.**

Servicio Neurología Infantil, Hospital Clínico San



*Borja Arriarán, Santiago, Chile.  
Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, USA.  
e.mail: pepitozamora@hotmail.com*

**Introducción.** Coenzimo Q10 es un componente mitocondrial de la cadena transportadora de electrones. Se ha reportado la deficiencia de ésta asociado a diversas manifestaciones neurológicas con buena respuesta a su administración.

**Caso.** Niña de 5 años, hija única, padres sanos no consanguíneos, prematura de 36 sem, AEG, sin morbilidad perinatal, sin antecedentes familiares relevantes. Presenta retraso del DSM manifestado por inicio de la marcha a los 18 meses notándose desde entonces ataxia. Consulta a los 3 años presentando ataxia de la marcha, de extremidades y disartria. Sin regresión en hitos del desarrollo. La cuantificación muscular de coenzimo Q fue 14.9 ugr/ gramo de tejido (VN: 27,64+- 4.43 ug/ gramo tejido fresco). Se suplementa en forma progresiva con Coenzimo Q10 vía oral obteniendo una regresión casi completa de los síntomas con 500 mgrs/día.

**Comentario.** La deficiencia primaria de coenzimo Q 10 es una etiología que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de ataxias de causa no aclarada. Como se describe en la literatura la importancia de su diagnóstico radica en que con la suplementación de coenzimo Q 10 se obtiene una mejoría del cuadro clínico, como se evidenció en nuestro caso.

CCN-16  
DISECCION ARTERIAL Y AVE EN PEDIATRIA:  
PRESENTACION DE CASO CLINICO Y REVISION  
DE LA LITERATURA.  
*Culcay Catalina, Dragnic Yuri, Jorquera, Carolina;  
Gutiérrez José Miguel.  
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital San  
Juan de Dios, Santiago, Chile.*

La Disección Arterial (DA) es causa infrecuente de AVE en niños siendo su historia natural poco conocida. Se describe con una mayor frecuencia en el sexo masculino y la localización intracraneal como la más frecuente. La asociación a trauma condiciona casos de DA extracraneales.

**Objetivo.** Describir características clínicas, estudio, evolución y tratamiento en un niño con AVE recurrente en quien se diagnostica DA.

**Caso Clínico.** Paciente de 6 años de edad quien presenta a los 3 años TEC sin compromiso de conciencia, TAC cerebral normal. Cuatro días después: cefalea intensa, sopor, hemiparesia

izquierda, disartria y ataxia. RNM: infarto talámico derecho y cerebeloso izquierdo más infarto antiguo cerebeloso derecho. Estudio complementario: angio RNM cerebro, eco doppler carotídeo y vertebral, estudio trombofilia, inmunológico, metabólico: normales. Se asume caso como AVE Idiopático y se inicia terapia con AAS 80 mg día. Evolución con remisión manifiesta de sintomatología neurológica, manteniendo hiperactividad significativa. Asintomático hasta febrero 2004 en que presenta cuadro caracterizado por: cefalea intensa, déficit motor izquierdo y disartria. TAC cerebro sin nuevas lesiones. Días después cuadro similar con nuevo TAC sin cambios. Se interpreta como crisis isquémica transitoria decidiéndose inicio de terapia anti-coagulante con heparina de bajo peso molecular. Angio RNM cerebro: infarto cerebeloso izquierdo y derecho en fase aguda. Angio RNM de vasos cervicales: estenosis severa segmentaria de arteria vertebral derecha. Ecocardiografía transtorácica: coartación aórtica leve. Estudio trombofilia y otros coagulación: normales. Se realiza Angiografía convencional que concluye: disección de arteria vertebral izquierda en segmento V3 con estenosis secundaria e irregularidad o plicatura en segmento V3 de arteria vertebral derecha. Evoluciona a la fecha en forma satisfactoria manteniendo terapia anticoagulante. En principio se considera sin indicación neuroquirúrgica.

**Conclusión.** El estudio de un accidente cerebrovascular en el niño debe incluir la sospecha de una Disección Vasculosa siendo el examen de elección la angiografía convencional.

CCN-17  
HIPERTENSION INTRACRANEANA IDIOPATICA: A  
PROPOSITO DE UN CASO.  
*Llanos, Loreto; Amarales, Claudia.  
Unidad de Neuropsiquiatría infantil, Hospital Lautaro  
Navarro Avaria, Punta Arenas, Chile.  
e.mail: loretollanos@hotmail.com,  
claudia\_amarales@hotmail.com*

**Introducción.** La Hipertensión Intracraneana Idiopática se caracteriza por la elevación de la presión intracraneana, sin etiología precisada, en ausencia de proceso expansivo intracraneano y LCR normal. Por ser infrecuente en niños menores de 11 años, presentamos este caso de nuestro hospital y se analiza características clínicas de este cuadro en prepúberes .

**Caso Clínico.** Varón de 6 años, con cefalea intensa, vómitos de 2 semanas de evolución. Se asocia, a la tercera semana, fiebre, dolor abdominal, otalgia. Ingresa al Servicio de Pediatría, evaluación por Neurocirujano y TAC cerebral: normal. Punción

Lumbar: citoquímico normal. Evaluación neurológica posterior: paciente sin cefalea, edema papilar bilateral. Evaluación otorrino: otitis y sinusitis, Se inicia antibióticos. No se deja acetazolamida por sugerencia de oftalmólogo. No se realiza campimetría. Se indica control oftalmológico semanal. Control neurológico al mes, destaca persistencia de edema papilar. Campimetría: aumento de mancha ciega bilateral. Se inicia acetazolamida, mejoría de campimetría a la semana de tratamiento. RNM cerebral (normal) y evaluación neurooftalmológica: ARF edema papilar bilateral. Se mantiene acetazolamida. Campimetría de control muestra mejoría.

Actualmente, asintomático, disminuyendo gradualmente acetazolamida.

**Comentarios.** Se analiza importancia de sospecha clínica y campimetría para no retrasar inicio de tratamiento médico y disminuir posibilidad de compromiso visual permanente.

#### CCN-18

DISTROFIA MUSCULAR CONGENITA CON ESPINA RÍGIDA DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA.

*Erazo, Ricardo; Avila, Daniela.*

*Unidad de Neuromuscular. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.*

*e.mail: davila@puc.cl*

**Introducción.** Una de las formas de distrofia muscular congénita merosina-positiva es la distrofia muscular congénita con espina rígida. Esta se presenta con hipotonía y debilidad los primeros meses de vida, rigidez espinal temprana y escoliosis progresiva y severa. La debilidad es estable o sólo lentamente progresiva. La creatinquinasa puede ser normal o mínimamente elevada. El gen implicado, en el cromosoma 1p35-36, codifica la selenoproteína N.

**Caso clínico.** Paciente de un año y medio de vida, sano y con un desarrollo psicomotor normal hasta los 3 meses. A los 4 meses logra sostén cefálico parcial. Posteriormente su desarrollo motor se entorpece y nunca logra sedestación estable. A los 10 meses inicia pérdida de algunas habilidades motoras como disminución de capacidad de tomar objetos y del sostén cefálico. Consulta a los 11 meses, destacando al examen cefaloparesia, espina rígida, debilidad proximal, reflejos osteotendíneos normales e hiperlaxitud distal. Se plantea diagnóstico de distrofia muscular congénita con espina rígida. Se hospitaliza a las pocas semanas de esta primera consulta, por una bronconeumonía, que requirió conexión a ventilación mecánica. Se realiza creatinfosfoquinasa de 1724 UI/lt, biopsia muscular

que fue compatible con distrofia muscular congénita merosina positiva y resonancia nuclear magnética encefálica que fue normal.

Evoluciona con deterioro progresivo de su cuadro y compromiso de musculatura respiratoria que ha impedido desconexión de ventilación mecánica hasta hoy. Actualmente al examen presenta cefaloparesia severa, diparesia facial, hipotonía, hiporreflexia global y marcada debilidad global de predominio proximal. Se ha tratado con kinesioterapia respiratoria y motora, órtesis y creatina 2 gr/día.

**Conclusión.** Presentamos un caso atípico de distrofia muscular congénita con espina rígida de evolución rápidamente progresiva, que plantea dudas respecto a pronóstico y su relación etiológica con el locus 1p. Por ello están en proceso estudios genéticos para lograr un diagnóstico definitivo.

#### CCN-19

CASO CLÍNICO: DEFICIENCIA DE 3-HIDROXIACILCO A DESHIDROGENASA DE CADENA LARGA (LCHAD): SÍNDROME REYE-LIKE Y CRISIS MIOPÁTICAS.

*Flandez, Ana; Ponce, Mauricio; Ríos, Richard.*

*Servicio de Pediatría; Hospital Clínico Regional. Valdivia, Valdivia, Chile.*

*e-mail: anitaflandez@hotmail.com*

**Introducción.** El primer caso reportado está descrito en 1989 (Lancet). En el año 2002, se publicó la mayor serie con un total de 50 pacientes cuya mortalidad a los tres meses era de un 38% (Pediatrics). De los trastornos de la  $\beta$ -oxidación, éste sería el tercero más frecuente.

**Caso clínico.** Lactante mayor sano, producto de un embarazo fisiológico. Inició cuadro de vómitos, diarrea y fiebre constatándose confuso, letárgico, con intensa deshidratación, hepatomegalia y ausencia de signos meníngeos. Se planteó un síndrome de Reye. Se constató encefalopatía estadio II, hipotonía axial sin flapping. Sin antecedentes de ingestión de aspirina, varicela ni influenza.

Laboratorio: GSA y anión gap normales, sin cetonuria, pruebas hepáticas alteradas y LCR normal. Glicemia: 65mg/dl, con solución glucosalina. Se descartó un trastorno del ciclo de la urea con amonio de 109ug/dl, TAC sin edema. Se envió muestra para acylcarnitinas a Neogenscreening. Con tratamiento fue despertándose, pero débil e hipotónico. Presentó importante compromiso miopático: CKT de 4318UI/lt y LDH de 2233UI/lt. 4 días después avisan resultado muy sugerente de LCHAD y horas después envían análisis del DNA confirmando la mutación del gen (G1528C).

A los 10 días lograba bipedestación con apoyo y a los 24 días estaba asintomático.

Ha presentado en el año 4 crisis miopáticas con pérdida de la marcha en relación a virosis, y niveles de CK sobre 5000UI/lit. Responde al aumento del aporte de L-carnitina. Se maneja con dieta, L-carnitina y ácido docosahexanoico. No usa MCT oil. Actualmente, realiza una vida normal, presenta un leve retraso del lenguaje y tiene un depósito macular en el fondo de ojo.

**Conclusiones.** En el diagnóstico diferencial de un Sd Reye-like y crisis de debilidad muscular asociados a aumento de la CK se debe plantear un defecto de LCHAD, para así efectuar de manera oportuna el tratamiento y cambiar la historia natural de la enfermedad.

CCN-20

MELANOSIS NEURO CUTANEA. CASO CLINICO.

*Arriaza Ortiz, Manuel; Margarit Segura, Cynthia  
Unidad de Neurología Infantil. Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.*

**Introducción.** La melanosia neurocutánea es un síndrome poco frecuente, se han descrito alrededor de 100 casos en la literatura y es consecuencia de un error en la morfogénesis del ectodermo embrionario. Se consideran criterios diagnósticos la presencia de un nevus melanocítico congénito gigante (mayor o igual a 20 cm.) o nevus múltiples (3 o más lesiones) asociadas a melanosia o melanoma meníngeo, no metastático.

**Historia clínica.** Escolar de 6 años 8 meses, cognitivamente normal, que consulta en 2003 por hemiparesia derecha de larga evolución, al examen presenta múltiples nevus; uno de ellos gigante que se extiende desde tronco hasta muslos. Biopsia de piel 2003 nevus melanocítico intradérmico sin signos de malignización. La Resonancia Nuclear Magnética de Cerebro muestra lesiones en protuberancia y zonas temporomesiales compatibles con melanosia. El mismo año de su ingreso a neurología Infantil inicia Epilepsia, controlada con carbamazepina.

**Discusión.** El tratamiento de este síndrome es solo paliativo y el pronóstico descrito por la literatura es desfavorable, deben vigilarse las complicaciones neurológicas, especialmente el desarrollo de hidrocefalia o síntomas por compresión debido a la proliferación de células melánicas o malignización de las lesiones.

CCN-21

ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO 3 EN TERAPIA DE REEMPLAZO ENZIMÁTICO PRESENTACION DE CASO CLINICO

*Gamboa, Javier; Cabello, Juan Francisco;  
Raimann, Erna; Selman, Eliana.*

*Servicio de Pediatría, Hospital de Arauco, Arauco; Unidad de Neuropsiquiatría Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso; Unidad de Enfermedades Metabólicas, INTA Universidad de Chile; Servicio de Pediatría, Unidad de Genética, Hospital Clínico Regional Concepción; Centro de Excelencia Enfermedades Lisosomales. (www.centrodelisosomales.cl), Valparaíso, Chile  
e.mail: jfcabello@terra.cl*

La Enfermedad de Gaucher (EG) es una enfermedad por depósito lisosomal de herencia autosómica recesiva que se presenta con hepatoesplenomegalia, pancitopenia y compromiso óseo. Las formas neuronopáticas afectan a menos del 5% de los casos. La Terapia de Reemplazo Enzimático (TRE) es el único tratamiento específico disponible. Su rol es discutido en presencia de compromiso neurológico. Y.B.C. es un paciente de 2 años y 8 meses, con historia de cuadros respiratorios a repetición desde los 2 meses. Al año de vida se pesquisa escaso progreso de la talla, retardo en el desarrollo psicomotor y alteraciones de la oculomotricidad. Posteriormente se detecta hepatoesplenomegalia y pancitopenia. La biopsia hepática sugiere una EG. El diagnóstico se confirmó mediante determinación de la actividad enzimática en mancha de gota seca (Dr. N. Chamoles, Argentina). Se inicia la TRE el 14 de mayo de 2004. Luego de recibir cinco infusiones a una dosis de 60U/kg, se pudo evidenciar un recuento de plaquetas que dobló el valor reportado al inicio de la TRE. El paciente es capaz de tolerar el decúbito, con una evidente mejoría en su calidad de vida.

La TRE mejoró aspectos viscerales y hematológicos de la EG, así como la calidad de vida del paciente Y.B.C. Debe considerarse la TRE como una posibilidad de tratamiento en pacientes con EG tipo 3, en especial cuando

CCN-22

HEMANGIOMAS SEGMENTARIOS Y MALFORMACIONES CEREBRALES: SINDROME PHACE.

*Irrázaval, Sebastián; Campos, Verónica; Pizarro, M. Ester; Hernández, Marta; Mesa, Tomás; Escobar, Raúl*

*Unidad de Neurología Infantil. Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

*e.mail: mhernand@med.puc.cl*

Los hemangiomas de la infancia tienen una frecuencia de 10%. Aún cuando la mayoría son inocuos, algunos tienden a complicarse. Se ha usado una clasificación morfológica para ayudar a buscar factores de riesgo, clasificándose en 1. Localizados, Segmentarios y Multifocales. Los hemangiomas segmentarios tienen un pronóstico reservado por

su asociación a trastornos del desarrollo y compromiso de órganos vitales.

Entre los defectos del desarrollo de los hemangiomas segmentarios se describe el Síndrome PHACE, acrónimo de P: posterior fossa brain malformations, H: segmental cervicofacial hemangiomas, A: arterial anomalies, C: cardiac defects and coarctation of the aorta, and E: eye anomalies.

Describimos un lactante de 2 meses, cuya consulta neurológica fue gatillada por hemangiomas faciales. Este paciente nace parto normal, término, AEG. Apgar 9-9. Desde su nacimiento destacan hemangiomas segmentarios múltiples y marcador en columna lumbar sugerente de disrafia oculta.

En su examen neurológico al momento de la consulta destaca lactante vigil, fija la mirada y gorjea. Examen de pares craneanos hace evidente miosis y heterocromía del iris de ojo izquierdo. Su examen somatomotor es normal. Se hace diagnóstico de hemangiomas segmentarios asociado a Síndrome de Horner. Se solicita RNM cerebral más angio RNM la que informa malformación de Dandy Walker, hipoplasia de cuerpo calloso, sin malformación vascular cerebral aparente. Revisada la literatura y asociando hemangiomas segmentarios, malformación de Dandy Walker y anomalías oculares (Síndrome de Horner) se encuentra el Síndrome de PHACE que reúne todas las alteraciones descritas. Se presenta este caso clínico para destacar la importancia de la asociación de hemangiomas segmentarios y alteraciones del Sistema Nervioso Central, ya que este Síndrome es poco conocido, pero en la literatura se relata una frecuencia mayor que el Síndrome de Sturge-Weber. Además su asociación con malformaciones cardíacas nos debe dar una pauta para hacer un estudio de varios sistemas que pueden afectarse.

#### CCN-23

##### BOTULISMO INFANTIL: COMUNICACION DE UN CASO

**Escobar, Raúl; Córdova, Guiliana; González, Alvaro; Perret, Cecilia.**

*Departamento de Pediatría, P. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.  
rescobar@med.puc.cl*

Botulismo Infantil, enfermedad por bloqueo de placa motora, por toxina producida por *Clostridium botulinum* en intestino de lactantes menores, descrita en 1976. Pocos casos han sido publicados en Chile. Notificación obligatoria desde 2000, sin casos comunicados hasta ahora. Presentamos niño de 2 meses de edad, historia RNTAEG, sin antecedentes mórbidos, desarrollo normal, vacunación al día, alimentación exclusiva al pecho, ingesta en 1 oportunidad de agua de orégano. Dos días previo al ingreso disminución de succión, hiporreactividad,

llanto disfónico.

Se hospitaliza al constatarse hiporreactivo, hipotónico, midriasis bilateral, FTM lento.

Al intentar PL presentó depresión respiratoria, conectándose a ventilación mecánica (VM). En estudio inicial destacó: LCR, EEG TAC y RM cerebro y toxicológico normales. Evoluciona a parálisis flácida, ptosis palpebral y midriasis no reactiva. Día 4 se plantea, entre otros, botulismo. Electromiografía con test estimulación repetitiva (TER) a 10 Hz y test tensilon negativos. Día 16 se confirma C. botulinum y toxina tipo A en deposiciones. Día 50 se repite TER a 50 Hz, resultando positivo para bloqueo presináptico. Día 80 inicia recuperación de oftalmoplegia y motilidad extremidades. Se retira VM día 159, alta día 198, aún traqueostomizado. Reingresa 24 horas después por bronconeumonía por VRS. Aún hospitalizado, apoyo ventilatorio con sistema Downs, fuerza en mejoría paulatina.

Hay botulismo infantil en Chile. Recomendaciones de medidas de prevención son fundamentales.

Diagnóstico precoz requiere alto grado de sospecha. El TER se debe realizar con protocolo para edad pediátrica.

#### CCN-24

##### CASI AHOGAMIENTO POR INMERSION EN AGUA GELIDA, CASO CLINICO

**Llanos, Loreto; Amarales, Claudia; Amarales, Patricia; Brinkmann, Karin**  
*Unidad de neuropsiquiatría infantil, Servicio de Pediatría, Hospital Lautaro Navarro Avaria, Punta Arenas, Chile.*

*e.mail: loretollanos@hotmail.com,*

*claudia\_amarales@hotmail.com*

**Introducción.** En los últimos años se ha hecho evidente la importancia de la temperatura del agua en la fisiopatología y el pronóstico del casi ahogado. La baja temperatura corporal disminuye el metabolismo del cerebro lo que se convierte en un mecanismo protector de S.N.C. Sin embargo, la hipotermia puede provocar, por sí misma, la muerte. Se presenta un caso clínico ocurrido en nuestra región.

**Caso Clínico.** Varón de 5 años, mientras jugaba cae a río congelado. Trasladado por SAMU, con antecedente de 10 minutos sumergido bajo el agua. Se inicia ABC durante traslado. Llega en PCR al servicio de Urgencia, recibiendo adrenalina, bicarbonato y suero fisiológico tibio. Aparece latido cardíaco a los 6-7 minutos de ingresado. Se constata temperatura de 28°C. Ingres a UCIP (25°C), pupilas midriáticas, RFM(-), FC:102 PA:122/84. Con apoyo de drogas vasoactivas se logra temperatura de 37.5°C a las 19 horas de ingreso. Se mantiene 3 días en ventilación mecánica. TAC cerebral normal. EEG: lentitud difusa continua, reactiva. Evolución

neurológica favorable, sin déficits. Control neurológico a los 15 días del alta: normal, sin secuelas.

**Comentarios.** Se describe la fisiopatología en casos de hipotermia y sus efectos sobre el metabolismo cerebral.

CCN-25  
SINDROME DE SCHWARTZ JAMPEL EN UNA FAMILIA CHILENA

*Castiglioni, Claudia, Troncoso, Mónica; Troncoso, Ledia; Okuma, Cecilia.*  
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

**Objetivo.** Difundir el caso clínico de las hermanas con Síndrome de Schwartz Jampel (SSJ), desorden miotónico que no es canalopatía.

**Introducción.** SSJ es una enfermedad autosómica recesiva, con miotonías permanentes y displasia esquelética que resulta en talla baja, xifoesciosis, ensanchamiento de las diáfisis y epífisis. Se debe a mutaciones en el Perlecan (1p36.1), éste componente de membrana basal, cartílago y se expresa en endomisio.

**Caso clínico.** Hermanas de padres consanguíneos. FRO: 16 años de edad, a los 4 inicia trastorno progresivo de la marcha, consulta a los 6. A los 14 años contracturas múltiples en flexión de extremidades de predominio inferiores. EMG: miotonías.

Estudio molecular en Instituto de Miología, Francia pendiente.

VRO: 10 años de edad, desde los 4 meses con permanente contractura del orbicularis de la boca y desde los 4 años trastorno progresivo de la marcha con agrandamiento articular. A los 7 destaca fenotipo similar a hermana mayor.

**Conclusión.** Se presenta el caso clínico de dos hermanas, normales al nacimiento y que durante la etapa preescolar desarrollaron paulatinamente compromiso musculoesquelético, compatible con un Sd. Schwartz Jampel tipo 1A.

**TRABAJOS DE PSIQUIATRIA**

**COMUNICACIONES ORALES**

COP-1  
EFICACIA DE UN PROGRAMA MULTICOMPONENTE DE TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL IMPLEMENTADO EN CONTEXTO ESCOLAR PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CHILENOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR DEFICIT

DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)  
*Pizarro, Adonay; Carlos Valenzuela.*  
Clínica Infanto-Juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.  
e.mail: adonaypizarro@hotmail.com

**Objetivo.** Este estudio examinó la eficacia a corto plazo de un programa de tratamiento multicomponente (PTM) en el tratamiento de niños diagnosticados con TDAH. Participantes: 16 varones entre 8 - 11 años, estrato socioeconómico bajo, previamente diagnosticados con TDAH. Diseño Investigación: Corresponde a un diseño de grupo de caso - control con pre y post - test.

**Procedimiento.** Se utilizó un manual de tratamiento para conducir terapia cognitivo-conductual con niños en edad escolar que presentan TDAH. Este modelo contiene 3 componentes de entrenamiento dirigidos a niños, padres y profesores. La intervención fue implementada en la escuela durante 13 semanas. Instrumentos: Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y adolescentes y la Escala Multidimensional de la Conducta.

**Resultados.** El PTM aplicado no resultó ser superior en el manejo de los síntomas centrales del TDAH (desatención, hiperactividad) en comparación al tratamiento farmacológico usual. No obstante, el PTM evidenció mejoras significativas respecto a los síntomas asociados al desorden (especialmente depresión). También demostró ser superior en favorecer el funcionamiento prosocial, autoestima, autoeficacia, relación con padres y actitud hacia profesores.

COP-2  
DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES MEDIANTE PSICOTERAPIA GRUPAL

*Pemjean, Alejandra; Gaete, María Isabel.*  
Psicólogas UCH.  
Instituto de Neuropsiquiatría IPSI, Viña del Mar, Chile.  
e-mail: apemjean@yahoo.com

La psicoterapia grupal destinada al desarrollo de habilidades sociales es especialmente relevante en la adolescencia, que constituye un período crítico del desarrollo en cuanto a la conducta interpersonal. Se presenta el trabajo realizado desde el año 2000 a la fecha, con jóvenes con dificultades en el desarrollo de habilidades sociales.

**Objetivos.** Fomentar el autoconocimiento, la identificación y expresión emocional, el aprendizaje y la ejercitación de habilidades sociales adaptativas. Estimular la exposición social gradual en un ambiente protegido.

**Metodología.** Psicoterapia grupal en sesiones semanales durante 12 sesiones de dos horas de duración. Se emplearon técnicas específicas basadas en la acción, imágenes y técnicas verbales. Se utilizó apoyo audiovisual.

**Resultados.** Los resultados de estos cuatro años de trabajo han sido satisfactorios. Los resultados arrojados por un cuestionario aplicado pre y post grupo, identifican en todas las oportunidades al grupo como una herramienta eficaz.

La psicoterapia de grupo proporciona oportunidades en vivo que favorecen el sentimiento de pertenencia y la adquisición de habilidades destinadas a la integración social. La utilización de técnicas específicas y el apoyo audiovisual constituyen valiosas herramientas para la motivación, la percepción social y el modelaje.

#### COP-3

DEPRESION Y VIOLENCIA EN TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO: ¿SE ASOCIA A INTERACCION MATERNO-FETAL DE RIESGO RELACIONAL? RESULTADOS PRELIMINARES.

*González, Livia; Nuñez, Carlos; Oliver, Macarena; Soto, Yairé; Labbé, Mariana.*

*Departamento de Psiquiatría y Salud mental, Universidad de Chile, Campus Sur, Santiago, Chile. e-mail: ldgonzalez@vtr.net*

Embarazadas que sufren violencia y/o depresión tienen complicaciones obstétricas, riesgo de tener bebés bajo peso, estilo de crianza negligente, desarrollo de conductas violentas en niños. Por tanto, parece ser que estado mental y condiciones ambientales de la madre son fundamentales para el desarrollo del bebé.

**Objetivo.** Determinar prevalencia de violencia y trastornos depresivos en tercer trimestre del embarazo y su asociación con riesgo relacional en la interacción materno-fetal.

**Materiales y método.** Se entrevistó 51 embarazadas del consultorio Barros Luco, entre enero-mayo 2004. Se aplicó escala de Edinburgo, escala de violencia (AAS), escala Interacción materno-fetal. Análisis de datos con SSPS.

**Resultados.** Prevalencia síntomas depresivos, depresión, violencia y riesgo materno-fetal fueron 62,7%, 19,6%, 41,2%, 28,6% respectivamente. Se observó asociación entre violencia y síntomas depresivos 90,5% ( $\chi^2=0,001$ ), violencia y depresión 42,9% ( $\chi^2=0,000$ ). Asociación entre riesgo relacional y síntomas depresivos 78,6% ( $\chi^2=0,115$ ), riesgo relacional y depresión 42,9% ( $\chi^2=0,005$ ), riesgo relacional y violencia 57,1% ( $\chi^2=0,095$ ).

**Conclusión.** Se observa alta prevalencia de síntomas depresivos y depresión, su asociación a violencia es estadísticamente significativa. No se encontró asociación significativa entre riesgo relacional y otras variables estudiadas, pero se observa tendencia positiva.

#### COP-4

DEVELANDOLA ATENCION VISUAL A TRAVES DE LOS MOVIMIENTOS OCULARES: ADHD VS NORMALES

*López, Javier; Carrasco, Ximena; Rothhammer, Paula; López, Vladimir; Ortega, Rodrigo; Aboitiz, Francisco.*

*Departamento de Psiquiatría y Centro de Investigaciones Médicas, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa de morfología, Instituto de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

*e-mail: javlopez@puc.cl*

El estudio de los movimientos oculares (MO) se ha convertido en una poderosa herramienta para estudiar aspectos cognitivos y neurofisiológicos de desórdenes del desarrollo neural. También tiene potencial como estrategia para establecer, cuantitativamente, endofenotipos en investigaciones genéticas, y monitoreo en farmacoterapias. Estudios oculomotores previos en ADHD muestran una pobre supresión de la respuesta sacádica a eventos externos, sugiriendo un deterioro del sistema frontoparietal que regula la atención visual. Sin embargo, en nuestro trabajo no hemos buscado hallar más evidencias para la inatención en esta patología, sino más bien identificar a través de la Teoría de Control Moderna, las características de dos tipos de MO, sacádicos y de seguimiento suave, en dos poblaciones, ADHD y controles sanos. Hemos desarrollado un sistema de registro de MO mediante infrarrojos, conectado a un computador personal. Se registraron MO de 10 sujetos varones con ADHD (10.8±2.6 años), y 10 controles sanos pareados por edad, sexo y condición socioeconómica. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en la respuesta transiente y estacionaria de los MO entre poblaciones. En un proyecto futuro abordaremos la validación de esta prueba como herramienta diagnóstica alternativa para el ADHD. PROYECTO FONDECYT 1010816. NUCLEO MILENIO NEUROCIENCIAS INTEGRADAS.

#### COP-5

CARACTERIZACION DEL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES RURALES DE ENSEÑANZA MEDIA.

*Valdivia, Mario; Quevedo, Iván; Salazar, Pablo; Silva, Daniel; Torres, Silverio.*

*Departamento de Psiquiatría Universidad de Concepción; Hospital San Agustín de Florida, Santiago, Chile.*

**Objetivo.** Describir características del intento de suicidio adolescente en la comuna rural de Florida.

**Material y Método.** Cuarenta jóvenes con intento de suicidio obtenidos de una muestra de 244 estudiantes de enseñanza media de la comuna de Florida, fueron evaluados con un cuestionario para conocer las características de sus intentos.

**Resultados.** El 65% fue de sexo femenino, edades entre 14 y 19 años; el 30% cometió su intento en los últimos 12 meses, 37,5% antes de los últimos 12 meses y 32,5% en ambos periodos, originando un total de 68 intentos. Métodos más usados fueron lesiones cortantes (30.9%) e ingesta de medicamentos (29.4%). Finalidad más frecuente terminar con su vida (50%). Desencadenantes más frecuentes problemas familiares (55.9%) y problemas amorosos (10.3%). Sentimiento Post-intento predominante fue el arrepentimiento (51.5%). Se hospitalizó el 7,4%.

**Conclusión.** Predomina la utilización de métodos no letales. Responden a acciones impulsivas sin permanencia en el tiempo del deseo de morir. Estos resultados son importantes por tratarse de adolescentes rurales, grupo poco estudiado en nuestro país.

COP-6

SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL: EVIDENCIAS ELECTROFISIOLOGICAS DE DEFICIT EN LA INHIBICION DURANTE EL "ATTENTIONALBLINK".

*López, Vladimir; López, Javier; Ortega, Rodrigo; Sáez, Fabián; Pavez, Nicolás; Carrasco, Ximena; Rothhammer, Paula; Aboitiz, Francisco.*

*Departamento de Psiquiatría y Centro de Investigaciones Médicas, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa de Morfología, Instituto de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

*e.mail: vlopezh@puc.cl*

Evidencias recientes sugieren que un pobre control inhibitorio puede ser un factor central para explicar el patrón cognitivo del Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad (SDAH). El término "Attentional Blink" (AB) refiere a la incapacidad de discriminar estímulos visuales presentados en rápida sucesión (más de 10 hertz). Este fenómeno refleja procesos de inhibición y actualización de contexto en memoria de trabajo. El presente estudio explora el "Attentional Blink", conductual y electrofisiológicamente, en 10 niños (11.6±2.1 años) con

diagnóstico de Déficit Atencional y 10 niños sanos pareados por edad, con el objetivo de caracterizar la distribución temporal de recursos de atención en el SDAH y el rol de los mecanismos de inhibición. Los resultados electrofisiológicos (Potenciales Relacionados a Eventos, PRE) mostraron que en el grupo control aparecía el componente P300 solo para los estímulos correctamente identificados durante el AB, sin embargo, en el grupo con SDAH tanto estímulos identificados como no identificados generaban P300. Como este componente refleja actualización de contexto en memoria de trabajo, el fenómeno antes descrito sugiere una falla en los mecanismos inhibitorios de selección atencional en el dominio temporal en los niños con esta condición.

PROYECTO FONDECYT 1010816. NUCLEO MILENIO NEUROCIENCIAS INTEGRADAS.

COP-7

MEMORIA VISUAL Y VERBAL A CORTO PLAZO EN ADOLESCENTES CON ORGANIZACION LIMITE DE PERSONALIDAD.

*Campos, Ana; Ferreira, Maysa; Ruiz, Cecilia; Urrutia, Patricia; Barra, Patricia; Ruiz Yasna.*

*Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.*

**Introducción.** Las organizaciones límites del desarrollo de personalidad en adolescentes son entidades clínicas multisintomáticas. Numerosos autores sugieren existencia de alteraciones microestructurales centrales que se traducen en alteraciones psiquiátricas.

**Objetivos.** Describir memoria visual y verbal a corto plazo en adolescentes con organización límite del desarrollo de personalidad.

**Material y Método.** Se seleccionaron 11 pacientes entre 12-18 años, 4 hombres y 7 mujeres, consultante al policlínico de Neuropsiquiatría Infantil, que presentaban una organización límite de personalidad, diagnosticada por entrevista clínica y Rorschach. Se aplicó el test de la Figura Compleja de Rey-Osterreith, y pruebas de memoria verbal de la batería neuropsicológica de Luria-Nebraska. Se incluyó memoria de sílabas sin sentido, memoria de palabras y memoria de frases con interferencia.

**Resultados.** En la memoria visual presentan diferencias significativas (p 0.05) respecto de la población normal. En memoria de sílabas sin sentido, ninguno de los pacientes tuvo un rendimiento adecuado; 7 de 11 presentaron signos de alteración. En memoria de palabras su rendimiento fue mejor, sólo un paciente presentó un grado significativo de compromiso. En memoria de frases, 7 mostraron una dificultad importante para recordar al aplicar



interferencia, con gran tendencia a la confabulación del recuerdo.

**Conclusiones.** Los adolescentes con organizaciones límites del desarrollo de personalidad presentan alteraciones de memoria visual y verbal que podrían indicar disfunción neuropsicológica a nivel temporal en ambos hemisferios cerebrales.

COP-8

DESORDENES PSIQUIATRICOS, DIAGNOSTICO PSICOSOCIAL Y DISCAPACIDAD EN ADOLESCENTES TEMPRANOS.

*De La Barra, Flora; Toledo, Virginia; Rodríguez, Jorge.*

*Facultad de Medicina. U. de Chile, Santiago, Chile.*

*e.mail: torbarra@rdc.cl*

**Introducción.** Se revisan los estudios de diagnósticos psiquiátricos en niños de población general y escolar.

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia de desórdenes psiquiátricos, comorbilidad, discapacidad y situaciones psicosociales anormales en niños de dos cohortes de 7 colegios del Area Occidente de Santiago. Explorar las diferentes causas de discapacidad

**Sujetos y Método.** Este trabajo forma parte de un estudio de seguimiento de dos cohortes de niños entre 1º y 6º básico. Becados de Psiquiatría efectuaron una evaluación psiquiátrica y diagnóstico multiaxial CIE-10 en 210 niños en 6º básico. La muestra es representativa de la población de 6º básico.

**Resultados.** La prevalencia de desórdenes psiquiátricos sin tomar en cuenta la discapacidad fue de 45,7%, 38 niños (18,1%) presentaban discapacidad psicosocial. Al ajustarse tomando en cuenta este criterio, la prevalencia de desórdenes psiquiátricos se reduce a 15,7%. Al analizar sólo los 38 niños con discapacidad; 33 de ellos tienen diagnóstico psiquiátrico, 3 presentan además un desorden del desarrollo y todos están sometidos a situaciones psicosociales anormales. Los 5 niños que no tienen diagnóstico psiquiátrico sindromático, están sometidos a situaciones psicosociales anormales severas. Los niños con diagnóstico psiquiátrico y discapacidad presentan significativamente más comorbilidad que la muestra total. Todos los desórdenes depresivos, 75% de los desórdenes mixtos depresivo/ conducta; 44,1% de los desórdenes ansiosos y emocionales; 31,3% de los desórdenes de conducta y 28,6% de los desórdenes mixtos de conducta y emociones; están acompañados por discapacidad.

**Conclusiones.** Es necesario ajustar la prevalencia agregando los criterios de discapacidad para diferenciar a aquellos niños que requieren atención especializada. Tanto los desórdenes psiquiátricos, como los trastornos de desarrollo y las situaciones psicosociales anormales contribuyen a causar discapacidad. El registro de los seis ejes de la clasificación CIE-10 permite al clínico entender mejor esta multicausalidad

COP-9

MODULACION ATENCIONAL FRENTE A ESTIMULOS BIMODALES EN EL SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL.

*Ortega, Rodrigo; López, Vladimir; López, Javier; Jeria, Alvaro; Silva, Felipe; Carrasco, Ximena; Rothhammer, Paula; Aboitiz, Francisco*

*Departamento de Psiquiatría y Centro de Investigaciones Médicas, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa de morfología, Instituto de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

*e-mail: rortega@med.puc.cl*

Hasta hoy la mayoría de las investigaciones sobre atención estudian una modalidad sensorial específica. Sin embargo, en la experiencia cotidiana nos exponemos a estímulos complejos que impactan en más de una modalidad sensorial. En el presente estudio se utiliza una tarea tipo Stroop en la cual la interferencia surge de la incongruencia entre una clave auditiva (palabra) que nombra un color y la visualización de un estímulo con un color diferente. En esta investigación se realizaron Mediciones de Tiempo de Reacción y Potenciales Relacionados a Evento y participaron 10 sujetos varones con diagnóstico de déficit atencional de tipo mixto (10.8±2.6 años), y 10 sujetos controles sanos pareados por edad, sexo y condición socio-económica. Los resultados evidencian la presencia del efecto de interferencia conductual en ambos grupos, tanto frente a estímulos auditivo-visuales como visuales-auditivos y una distribución diferencial de las negatividades de Potenciales Relacionados a Evento que se asocian a incongruencia, entre los grupos déficit atencional y control. Estos resultados aportan a una mejor comprensión de los mecanismos de distribución de recursos atencionales en el Síndrome de Déficit Atencional.

PROYECTO FONDECYT 1010816. NUCLEO MILENIO NEUROCIENCIAS INTEGRADAS.

## PRESENTACIONES POSTER

PP-1

SOCIAL INSERTION OF BRAZILIAN ADOLESCENTS IMMIGRANTS IN CANADA.

*Maria Adélia Jorge Mac Fadden.*  
*Universidade Estadual de Campinas, São Paulo,*  
*Brasil.*  
*e.mail: mail:jmfadden@fcm.unicamp.br*

The purpose of this study is to analyze the social insertion and identity construction of young Brazilian immigrants. The data collection instrument used was a questionnaire. The sample was composed of young Brazilian immigrants, residing in Canada for 1 to 5 years. These youngsters were between the ages of 16 and 20 years and resided in Toronto and Montreal. Out of 100 questionnaires distributed, only 20 questionnaires were returned. The results revealed that these youngsters regret the affective losses caused by immigration; have difficulties inserting into a new social and cultural universe. Although they criticize Canadian individualism and the difficulty encountered in building friendships, they confirm that they do not feel discriminated in this new community. These young immigrants are faced with the difficult task of personality integration with a culture of different values that separates them from their partners in their original group and imposes the need to develop new linguistic, cultural and educational resources so that they can be accepted in their new country as well as overcome familial dependence in order to attain maturity. These evidences suggest the need for more time to effectively elaborate their struggle and the new incorporations demanded by the new culture.

PP-2  
 CONSEJERIA EN SEXUALIDAD Y TOMA DE  
 DECISIONES VIDEO EDUCATIVO

*Angel, Lilianette; Silva, Francisca; Paredes, Eric;*  
*Calderón, Verónica.*

*Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil*  
*Occidente, Universidad de Chile. Consultorio R.*  
*Yazigi y Unidad de Adolescencia de Clínica Alemana,*  
*Santiago, Chile.*  
*e-mail: lnagel@med.uchile.cl*

**Introducción.** La experiencia de la sexualidad involucra diversos ámbitos de expresión, donde los adolescentes toman variadas decisiones. La esfera de la sexualidad pone en el tapete distintos escenarios de riesgo que los adolescentes resuelven en un contexto cultural y subjetivo, donde están inmersos sus creencias, valores e ideales. Desde esta perspectiva, surge la consejería, como elemento de apoyo. Se muestra un video educativo para ser utilizado por profesionales de la salud, de educación y estudiantes universitarios, realizado como parte del Diplomado en Docencia.

**Objetivos.** Que los participantes desarrollen estrategias en relación a la consejería en sexualidad en adolescentes, evaluando la capacidad de toma

de decisiones de los adolescentes en estas materias.

**Descripción.** En el video se muestra una pareja de adolescentes (ella de 15 y él de 18) que ya ha iniciado actividad sexual, sin protección. Deciden consultar a una matrona para que les dé "pastillas".

**Metodología.** Este video puede ser trabajado en una sesión de 45 minutos, en el contexto de una metodología participativa. Se sugiere que el facilitador revise previamente el material de consejería y toma de decisiones, que tiene los conceptos que se pretende trabajar. Se muestra el video (12 minutos). Luego los alumnos discutirán su contenido en grupos, comentando primero libremente y luego basándose en una pauta adjunta, en un clima de respeto y confidencialidad, tratando de no emitir juicios de valor. Posteriormente se realiza una plenaria con las conclusiones donde el docente enfatiza los aspectos más relevantes.

**Discusión.** La pauta a discutir es la siguiente:

- 1) En un caso como éste, ¿cuál cree Ud. que debe ser el rol que debe asumir el profesional de salud -en este caso la matrona- frente a la pareja de adolescentes?
- 2) ¿Cuáles serían las cualidades recomendables para la persona que hace consejería?
- 3) ¿Qué aspectos deberían estar presentes en una consejería en sexualidad? Objetivos, acciones, claves.
- 4) Define el concepto de autonomía en el adolescente
- 5) Al estar presente en esta historia una menor de edad, ¿cómo evalúa la profesional de salud la competencia en la toma de decisiones de la adolescente?
- 6) ¿Cómo cree que manejó la matrona el tema de la confidencialidad?
- 7) ¿A que se refiere el consentimiento informado?
- 8) ¿Cómo se maneja el tema ético en su lugar de trabajo con respecto a la anticoncepción en menores de edad?

**Conclusiones.** A través de un video con fines docentes, que muestra una visión realista de la sexualidad adolescente, se introducen conceptos de consejería y evaluación de la toma de decisiones como tema de discusión.

PP-3  
 PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN  
 ESCOLARES ADOLESCENTES DE DOS COLEGIOS  
 DE SANTIAGO DE CHILE.

*Flores, Mariana; Zarronandía, Antón; Gellona,*  
*José; Muñoz, Rodrigo.*

*Universidad de los Andes, Santiago, Chile.*  
*e-mail: anzarronandia@uandes.cl*

**Resumen.** La depresión en adolescentes es una patología prevalente, con importantes repercusiones en múltiples ámbitos, siendo una importante causa de morbimortalidad. Este trabajo busca determinar prevalencia y distribución de síntomas depresivos y su asociación al antecedente de consulta previa a profesional de la salud mental en una población determinada.

**Método.** El grupo en estudio correspondió a adolescentes de 12 a 18 años de dos colegios privados del sector oriente de Santiago de Chile. Fue aplicada la versión adaptada para Chile del Inventario de Beck.

**Resultados.** En una muestra total de 363 alumnos, se observaron síntomas depresivos en un 13,8 % de la población, con un 19,8 % en mujeres y 7,4 % en hombres ( $p < 0,001$ ). No se mostró diferencia estadística entre los grupos etarios. Los síntomas depresivos sí se asociaron con el antecedente de consulta previa ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** La cifras obtenidas son similares a las encontradas en la literatura, los síntomas depresivos son prevalentes, más frecuentes en mujeres y están asociados al antecedente de consulta previa. No podemos diferenciar si estos síntomas corresponden a la propia etapa de la adolescencia o a una psicopatología, por lo que sería interesante seguir estos alumnos en el tiempo.

#### PP-4

SINDROME DE DEFICIT DEL HEMISFERIO DERECHO: COMORBILIDAD E IMPLICANCIAS PEDAGOGICAS EN UNA POBLACION DE CONSULTANTES CON TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE NO-VERBAL.

*Carlos Sciolla Donoso*

*Consultorio adosado de Psiquiatría, Servicio de Salud Aconcagua, V Región, Chile.*

*e-mail: csciolla@hotmail.com*

Su presenta un estudio prospectivo, de un grupo de niños consultantes derivados de la APS, inicialmente catalogados como Trastorno de Conducta y que posteriormente son catalogados como un probable Síndrome de Déficit del Hemisferio Derecho (fallas en la interconexión intra e interhemisférica). Se observa además la sobreposición de diversos diagnósticos, todos de la esfera del desarrollo: T. Descontrol de Impulsos, T. Oposicionista-desafiante, T. Aprendizaje, T. Lenguaje, Síndrome Déficit Atencional, T. Eliminación. Llama la atención la relación 8:1 a favor de los hombres. Este estudio incluye una exhaustiva evaluación neuropsicológica (Prueba de Rastreo de Sedo, Prueba de Integración Viso-Motriz de Beery, entre otras), el uso de instrumentos de evaluación por docentes y entrevista

semiestructurada al apoderado.

Se asocia el cuadro con antecedentes de alteraciones del parto y embarazo, signos neurológicos blandos, torpeza motriz, trastorno del sueño, cambios bruscos de genio, hiperestesia cutánea, inestabilidad propioceptiva y finalmente una falla en la adquisición de una dominancia cerebral después de los 6 años. Esto último tiene repercusiones serias en relación a la adquisición de aprendizajes no-verbales (dominio de habilidades lingüísticas, de habilidades sociales y del espacio) y por ende problemas de dominio de las tareas escolares: lectoescritura, cálculo, geometría y manejo de normas sociales implícitas. Todo lo anterior se refleja en una retraso de su desarrollo, carencias de estrategias para resolver problemas en el ambiente escolar y en situaciones que sobrepasen su nivel de tolerancia. Generalmente rinde menos académicamente de lo esperado. Se discuten las repercusiones pedagógicas y sociales. Se presenta un plan piloto de apoyo neurocognitivo (uso psicofármacos, coordinación con el establecimiento escolar, monitoreo tareas lúdico-pedagógicas en el hogar). Se pretende mantener un seguimiento de estos casos, respecto de comprobar efectos futuros en la aparición de psicopatología secundaria: problemas de relaciones o hábitos, inserción escolar y laboral, etc.

#### PP-5

DEFICIT ATENCIONAL, DINAMICA FAMILIAR Y EVOLUCION CLINICA

*Pizarro Cristián*

*Unidad de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile.*

*e-mail: cristitian@hotmail.com*

En este trabajo se revisan los aspectos relacionales de las familias de niños con Déficit Atencional (DA) y cómo ellos influyen en la evolución de este cuadro clínico. Lo anterior se ejemplifica con la revisión retrospectiva y presentación de 3 casos clínicos cuya evolución se relaciona con dinámicas familiares disfuncionales. Tanto en la bibliografía revisada como en los casos expuestos se observa que cuando las familias de niños con D.A. son aglutinadas y con estilos de crianza con límites rígidos y difusos, presentan una dinámica familiar donde se evidencia progresivo rechazo y estigmatización del menor, conflicto entre los padres, problemas con los hermanos y deterioro de la relación conyugal. Esta situación se asocia a las dificultades que tenga la familia para hacer la distinción entre las características del DA, los problemas de conducta frecuentemente asociados y las dificultades de su propio funcionamiento. Se concluye la importancia de incorporar al tratamiento multimodal la terapia familiar, como intervención psicoterapéutica en niños con DA y disfunción familiar.

PP-6

## BÚSQUEDA DE FACTORES PRECOCES EN NIÑOS CON VALOR PREDICTIVO EN ESQUIZOFRENIA

*Muñoz, Patricia; Valverde, Oriana; Arriagada, Mario Instituto Psiquiátrico Dr. J. Horwitz B.**Santiago, Chile.**e.mail: orianavalverde@mi.cl*

La búsqueda de factores de riesgo es fundamental en relación al diagnóstico precoz de las enfermedades. En esquizofrenia encontrar estos factores predictivos a temprana edad que permitan prevenir o interrumpir lo más precozmente posible este proceso es de gran relevancia.

Se presenta un caso clínico: F.P.R., sexo masculino, 10 años, (4° Básico). Se evalúan riesgos genéticos, perinatales y ambientales. Se realiza una descripción psicopatológica clínica, en cuanto a signos positivos y negativos presentes. Una evaluación de estructura de personalidad y evaluaciones neurocognitivas. Se considera la importancia de reconocer factores precoces de riesgo y principalmente los trastornos o déficits cognocitivos en esquizofrenia por ser de inicio muy temprano en este proceso. Se describen alternativas de tratamiento en esta patología de inicio en niños y adolescentes.

PP-7

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ADOLESCENTE INFRACTORES DE LEY Y DROGODEPENDIENTES DE LA OCTAVA REGION.

*Ebner, Daisy; Trujillo, Lorena; Gómez, Tatiana; González, Paula; González, Andrea; Cárdenas, Jorge; Alvarez, Mitzy.**Chile**e.mail: debner@udec.cl*

**Objetivos.** Describir características socioculturales, de consumo de drogas y de Salud Mental en adolescentes infractores de ley.

**Material y Método.** Estudio descriptivo de una muestra de 85 jóvenes infractores de ley de la red SENAME de la VIII Región, efectuada entre septiembre del 2003 y agosto de 2004 evaluada en forma ambulatoria o en centros de detención por profesionales, educadoras, sociólogos, asistente social, psicólogo y psiquiatra.

**Resultados.** 76,9% ingresos anteriores red SENAME, 78.5% no insertos en sistema educacional, 69.2% antecedentes familiares de consumo de drogas, 20% tratamiento consumo de drogas anterior. Edad Primer consumo 19.7% 10 años, Primer consumo alcohol 49.2% marihuana 22% y neopren 16.9% 27.7% robo con fuerza, 21.5% robo con violencia, 20% robo con intimidación, 9.2% hurto,

4.2% infracción a ley de drogas. 70.8% síndrome de dependencia, 16.9% síndrome de abstinencia, 12.3% episodios depresivos, 90.8% trastorno disocial.

**Conclusiones.** La realidad individual y sociocultural permiten orientar el diseño de intervenciones específicas para las necesidades que esta población requiere.

PP-8

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RETRACTACION DEL MENOR EN PERITAJE POR ABUSO SEXUAL

*Concha, Marcela; Inzunza, Carla; Espinosa, Oriana. Servicio Médico Legal, Santiago, Chile.*

**Objetivos.** Identificar elementos de la retractación del niño en pericia por abuso sexual. Optimizar condiciones de evaluación disminuyendo la victimización secundaria y la retractación.

**Material y método.** Se confecciona protocolo de investigación que se aplica a peritajes por abuso sexual. Se revisan 50 casos evaluados durante el 2004.

**Resultados.** Se identifican factores prevalentes en la retractación: Abuso sexual intrafamiliar, falta de apoyo de la madre o padre en creer lo que el menor refiere, permanecer en riesgo de abuso, percepción negativa del alcance de la develación, impacto emocional de la develación en los padres, el mayor tiempo transcurrido desde la develación relacionado con juicios largos, testificaciones reiteradas y testimonios puestos en entredicho.

**Discusión.** Menores desprotegidos se retractan. Procesos judiciales largos y reiteradas evaluaciones contribuyen al proceso de victimización secundaria. Evaluaciones tardías disminuyen la efectividad de la metodología pericial. El impacto familiar no abordado se relaciona con retractación y peor pronóstico.

**Conclusiones.** Evaluar precozmente respecto a la develación, en contexto de protección para el menor y de apoyo psicosocial para la familia y los niños.

PP-9

## PROYECTO: TRABAJEMOS EN EQUIPO PARA MEJORAR LAS CAPACIDADES DE NUESTROS EDUCANDOS.

*Haquin, Carlos; Martínez, Susan.**Hospital de Calama; Escuela Básica E-21 Toconao, Fundación Minera Escondida, Chile**e.mail: chaquin1@123mail.cl*

**Objetivos Generales.** Implementar, desarrollar y evaluar la atención integral de los alumnos por equipo

multidisciplinario, Diseñar y evaluar una estrategia metodológica de mejoramiento del Lenguaje y de la comunicación de los alumnos, basada en enfoque de psicosis y generar y fortalecer redes de apoyo que ayuden en el desarrollo de este proyecto y asegurar su continuidad e irradiación a distintas Escuelas de la comuna.

**Sujetos de Atención.** 31 alumnos de la Escuela Básica E-21, derivados por sus profesores por mal rendimiento escolar, y/o problemas de conducta en la escuela, y/o problemas de lenguaje.

**Resultados.** La ejecución de este proyecto permitió, entre otros: instalación de capacidades en los docentes (talleres de capacitación), integración de las familias con la escuela (talleres y reuniones para padres), atención de alumnos en su escuela por equipo multidisciplinario (psicólogo, psicopedagogo, asistente social y fonoaudiólogo) y atención preferencial de alumnos por especialistas del Hospital de Calama, destacando la detección y apoyo terapéutico especializado para casos de maltrato infantil, abuso sexual, embarazo producto de incesto e hipotiroidismo congénito diagnosticado sin tratamiento.

PP-10  
ALUCINACIONES AISLADAS PERSISTENTES A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.  
*Camponovo, Daniela; Martínez, Juan Carlos; González, Claudia.*  
*Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile.*

**Introducción.** La prevalencia de las alucinaciones en la población general infantil es cercano al 8%. De éstos, sólo un tercio presenta patología psiquiátrica según el DSM III.

**Objetivos.** Revisar el concepto de las alucinaciones aisladas persistentes en niños y discutir su pronóstico.

**Método.** Se presenta el caso clínico de un paciente de 12 años de edad que desde los 5 años presenta fenómenos alucinatorios sin ningún contexto clínico o psicopatológico

**Conclusión.** En la literatura se han descrito numerosos casos de niños con alucinaciones en ausencia de otros síntomas psicóticos o de un impedimento funcional mayor. Dichos niños raramente han sido seguidos hasta la edad adulta, para determinar si estos síntomas son precursores o no de una esquizofrenia o de otro tipo de psicosis; sin embargo, estudios han reportado que la tasa para psicosis en este grupo es 16 veces superior a lo

reportado en la población general.

PP-11  
REVISION DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.  
*García, Ricardo; Abufhele, Marcela; Obreque, Carolina; Cortéz, Carolina.*  
*Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile, Santiago, Chile.*  
*e-mail: rgarcia@ns.hospital.uchile.cl*

**Objetivos.** Revisión epidemiológica acerca de la prevalencia en Chile de problemas de salud mental y trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes menores de 18 años.

**Material y métodos.** Revisión bibliográfica de trabajos publicados en revistas nacionales y presentados a congresos SOPNIA. Se agrupan los trabajos en tres categorías: 1) Población escolar, 2) Población consultante a Servicios de psiquiatría infanto-juvenil y 3) Niños y adolescentes hospitalizados por patología psiquiátrica.

**Resultados. Grupo 1:** En un total de 8 trabajos se encontró prevalencia de problemas conductuales de aprox. 15% y una prevalencia de trastornos psiquiátricos que fluctúa entre 24,2% y 38,1%.

**Grupo 2:** En un total de 10 trabajos, destaca concordancia en las principales categorías diagnósticas que incluyen: Tr. por déficit atencional, Tr. Adaptativos, Tr. Conducta y Tr Ansiosos, con variaciones según edad y sexo.

**Grupo 3:** En un total de 4 trabajos, destaca como motivo de hospitalización: conducta suicida, tr. Depresivo mayor, tr. Afectivo Bipolar, Tr, psicóticos, tr. Alimentación y Abuso de sustancias. Es frecuente la comorbilidad con trastornos del desarrollo de la personalidad.

**Discusión.** Existe gran heterogeneidad en los estudios realizados en Chile, en relación a origen muestral, edades e instrumentos utilizados. Esto hace complejo extraer conclusiones de prevalencia extrapolables a población chilena global.

PP-12  
ANALISIS RETROSPECTIVO DE EGRESOS DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN CLINICA PSIQUIATRICA UNIVERSITARIA, PERIODO JULIO 2003 A JUNIO 2004: RESULTADOS PRELIMINARES  
*Arab, Elías; Sandoval, Cecilia; Herskovic, Viviana.*  
*Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile, Santiago, Chile.*  
*e.mail: vivianahm@hotmail.com*

Este estudio tiene como objetivo realizar un análisis retrospectivo de los egresos hospitalarios de la Clínica Psiquiátrica Universitaria en el período Julio 2003 a Junio 2004, a través de la revisión de las fichas clínicas.

**Resultados.** 64 egresos distribuidos en 42 hombres y 22 mujeres, con un promedio de estadía de 20,17 días (DS 20,25). Se tuvo acceso a 48 fichas (75% de la muestra). Se realizaron 94 diagnósticos psiquiátricos de egreso, cuya distribución es la siguiente: 10 trastornos depresivos mayores; 7 trastornos afectivos bipolares; 8 trastornos psicóticos; 9 consumo de sustancias (en 6 pacientes); 8 trastornos adaptativos; 7 trastornos alimentarios; 6 trastornos conductuales; 2 trastornos generalizados del desarrollo; 5 otros diagnósticos de eje I; 31 trastornos de personalidad y 1 retardo mental. Los motivos de ingreso fueron: 17 conductas suicidas, 7 fracaso de tratamiento, 12 estudio diagnóstico y 11 por otros motivos. Al alta se prescribieron en promedio 2,29 (DS 0,96) psicofármacos por paciente; 28 benzodiazepinas; 38 antipsicóticos; 27 antidepresivos; 17 estabilizadores del ánimo. Un paciente egresó sin indicación de psicofármacos, 8 con indicación de monoterapia y 39 con dos o más fármacos.

#### PP-13

#### DIFERENCIAS DE GENERO EN PREADOLESCENTES EN RESPUESTA A CONDICIONES DE ADVERSIDAD FAMILIAR

*Félix Cova Solar.*

*Universidad de Concepción, Chile.*

*e.mail: fecova@udec.cl*

**Objetivo.** Se evaluó la existencia de una vulnerabilidad diferencial en adolescentes hombres y mujeres a desarrollar comportamientos desadaptativos internalizados y externalizados en condiciones de adversidad familiar.

**Método.** Se tomó una muestra de 133 niños y niñas de 11 a 13 años, elegidos al azar en 6 escuelas de alta vulnerabilidad social de Concepción. A través de una entrevista semiestructurada desarrollada por la OMS, se evaluó la situación familiar se construyó un Indicador Global de Adversidad Familiar. Las conductas desadaptativas externalizadas e internalizadas fueron evaluadas a través de la batería de Achenbach, aplicadas a madres (CBCL), profesores (TRF) y a los propios chicos y chicas (YSR).

**Resultados.** Cuando se consideraron los autoinformes, se observó que las chicas en condiciones de adversidad incrementan su informe de comportamientos desadaptativos, y, en particular, de comportamientos internalizados, en forma

proporcionalmente más significativa que los chicos. Los chicos presentan una tasa base más alta de comportamientos externalizados que las chicas, pero no se observa un efecto de interacción entre género y a diversidad en este tipo de conductas.

**Conclusiones.** Los datos sugieren la existencia de una mayor vulnerabilidad de las chicas a experimentar y expresar sintomatología emocional en condiciones familiares negativas.

#### PP-14

#### EFFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE MANEJO CONDUCTUAL DE CONDUCTAS DISRUPTIVAS Y AGRESIVAS EN ALUMNOS DE ENSEÑANZA BÁSICA

*Pérez, Verónica; Fernández, Ana María; Rodríguez, Jorge; De La Barra, Flora.*

*Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.*

*e.mail: vperezv@vtr.net*

Se presentan los resultados preliminares de una estrategia de prevención de conductas disruptivas y agresivas en escolares de enseñanza básica. Se aplicó el Programa del Juego del Buen Comportamiento en cinco cursos de escuelas municipalizadas, de una comuna de la región metropolitana, durante primero y segundo básico (grupo en estudio) y se lo comparó con un grupo, no intervenido, de iguales características (grupo control) de acuerdo al perfil de riesgo psicosocial (Índice de Vulnerabilidad Escolar, JUNAEB, 2000). Se describe y fundamenta el programa del juego del buen comportamiento y se presentan la comparación de los resultados del seguimiento de la segunda cohorte respecto al comportamiento inicial en ambos grupos (en estudio y control).

La evaluación después de un año de iniciado el programa, sugiere que aquellos alumnos de 1° básico que tienen problemas de desobediencia y/o agresión o bien que su problema es de deficiencia cognitiva, muestran una mejoría significativa que la de aquellos niños donde la intervención no se realiza.

Las conductas de timidez, desconcentración y la evaluación de los padres son mejores en los alumnos intervenidos que en los no intervenidos, no alcanzando significación estadística, por lo tanto muestra una tendencia que debiera seguirse estudiando.

#### PP-15

#### PSICOSIS EN ADOLESCENTES. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DIURNO INFANTO JUVENIL

*Castillo, Fresia; Silva Verónica.*

*Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, Viña del Mar, Chile*

*e-mail: hmiraflorodia@ssvq.cl*

El objetivo es analizar y evaluar la evolución de 34 adolescentes con diagnóstico de Psicosis, ingresados al Hospital Diurno (septiembre 2002 / agosto 2004). Todos, prestadores de Fonasa y derivados desde la red del SSVQ, recibiendo evaluación y tratamiento multidisciplinario en estadía promedio de 10 meses. La edad media es de 15 años. El 62% es hombre.

Al ingreso, los diagnósticos CIE-10 fueron Esquizofrenia (53%), Depresión Psicótica (10%), Psicosis (6%), T. Bipolar (6%), Psicosis por RM (6%). Al egreso se disminuyeron los diagnósticos de Esquizofrenia (29%) y Depresión Psicótica (6%); el T. Bipolar aumentó (15%), y aparecieron: T. Esquizoafectivo, Psicosis por Droga, TGD y T. del Desarrollo de la Personalidad Límite.

La comorbilidad en el Eje I fue de 46% (20% trastorno del desarrollo de la personalidad límite) y en el Eje IV de 32% (90% polisintomático).

Destacable el Eje V: Se obtuvo 82% (relaciones intrafamiliares anormales y psicopatologías en familiares).

Este es el primer estudio nacional en un Hospital de Día para adolescentes psicóticos, mostrando la importancia de la comorbilidad. El estudio prolongado y multidisciplinario mejora el diagnóstico, disminuyendo el porcentaje de esquizofrenia.

PP-16

SPECT CEREBRAL EN SINDROME DE WILLIAMS Y SINDROME DE DOWN: ANALISIS COMPARATIVO

*Rojas, Juan; Schröter, Carolina; López, Javier; Mena, Ismael; Castillo, Silvia; Carrasco, Ximena; Rothhammer, Paula; Aboitiz, Francisco.*

*Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Departamento de Psiquiatría y Centro de Investigaciones Médicas, Pontificia Universidad Católica de Chile, Clínica Las Condes, Santiago, Chile*

*e-mail: juanpe@esfera.cl*

El Síndrome de Williams (SW) es una genopatía causada por microdelección del cromosoma 7q, que incluye al gen de la elastina, caracterizado por destacadas habilidades verbales y musicales y déficit en tareas visuoespaciales. El Síndrome de Down (SD) es una cromosomopatía caracterizada por retardo mental y una variedad de alteraciones. Se comparó la perfusión cerebral en reposo mediante neuroimágenes de SPECT. El objetivo es analizar y comparar la perfusión cerebral y correlacionar los hallazgos morfofuncionales en pacientes con SW y SD. Se estudiaron 4 pacientes con SW y 4 con SD (edades entre 5 y 18 años). Entre los resultados destaca en SW un patrón de perfusión cerebral caracterizado por hipoperfusión frontal ventral y orbitofrontal principalmente derecha y temporal izquierda a nivel del giro inferior; hiperperfusión

frontal dorsal anterior bilateral, mayor a derecha y a nivel del cíngulo anterior. En SD destaca una hiperfrontalidad y áreas de hiperperfusión sin una distribución uniforme. Los patrones de perfusión cerebral se pueden correlacionar con el déficit de los pacientes y así explicaren parte el perfil cognitivo de ellos.

PP-17

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO ADOLESCENTE EN UNA COMUNA RURAL DE LA PROVINCIA DE CONCEPCION.

*Valdivia, Mario; Quevedo, Iván; Silva, Daniel; Salazar, Pablo; Torres, Silverio*

*Departamento de Psiquiatría Universidad de Concepción, Hospital San Agustín de Florida, Chile. e-mail: mariovaldivia@yahoo.com*

**Objetivo.** Establecer la asociación entre intento de suicidio adolescente y distintos factores de riesgo.

**Material y Método.** Estudio caso-control. Una muestra de 244 individuos provenientes de un universo de 488 adolescentes de enseñanza media de la comuna de Florida, se dividió en grupo intentador (n=40) y no intentador (n=204 grupo control). Se efectuaron pruebas estadísticas para comparar el efecto de distintos factores en ambos grupos.

**Resultados.** Al comparar el grupo de intentadores con el grupo control estaban estadísticamente relacionados con la presencia de intento: consumo de tabaco, suicidalidad durante los últimos 12 meses, suicidalidad anterior a los últimos 12 meses, antecedente de intento familiar, disfunción familiar, autoestima, depresión y desesperanza; todos con  $p < 0.01$ . No demostraron estar estadísticamente relacionados con el intento de suicidio: sexo, consumo de alcohol, consumo de drogas, antecedente de suicidio familiar.

**Conclusión.** Los resultados, aunque semejantes a otras muestras nacionales urbanas, revelan ciertas características particulares de este grupo rural.

PP-18

CARACTERISTICAS DE LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL EN EL CENTRO MEDICO DE LA UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN EN EL MARCO DEL CONVENIO DE COLABORACION DEM-CMUSS.

*González, Luis; Sepúlveda, Jaime; Maldonado, Claudia; Villarroel, Claudia.*

*Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Chile*

*e-mail: lgonzale@uss.cl*

Este estudio describe el sistema de atención generado en el marco del convenio DEM-CMUSS, que incorpora la atención gratuita y obligatoria pediátrica, oftalmológica y psicológica, para todos los niños derivados a atención en el CMUSS desde el DEM por sintomatología afectiva y/o conductual, en el primer convenio de este tipo entre una Universidad Privada y una entidad pública.

**Objetivos.** El presente estudio pretende describir el alcance del sistema de atención integral en salud implementado en colaboración entre la Universidad San Sebastián y la Dirección de Educación Municipal de Concepción. Muestra. 76 pacientes de ambos sexos con edades entre 5 y 18 años derivados desde los colegios por medio del DEM, pertenecientes a los niveles socioeconómicos bajo y medio bajo.

**Resultados y Conclusiones.** El 51.3% de la muestra recibió entre 11 y 27 atenciones del área de salud mental y médica. Además, la moda en el número de atenciones en ambas áreas fue 12 (10.5%). El 44.7% de los pacientes fue atendido entre 9 y 25 veces en el área de salud mental, dentro de las cuales, el 14% tuvo como mínimo 9 atenciones. El 34% de los pacientes fue dado de alta en el período. En cuanto a las atenciones pediátricas, el 52.6% de los pacientes recibió al menos 1 de ellas. Dentro de las atenciones oftalmológicas, el 27.6% de los pacientes obtuvo al menos 1 de ellas. Respecto de las atenciones totales del área médica (pediatras y oftalmólogos), el 21.1% recibió 1; el 19.7% recibió 2 y el 11.8% recibió 3.

PP-19  
ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE REPRESENTACIONES Y SIGNIFICADOS DE LA NOCIÓN DE "CONFIANZA" EN JOVENES DE CUARTO MEDIO Y DESERTORES DEL SISTEMA ESCOLAR EXCLUIDOS SOCIALMENTE  
*Pérez, Verónica; Huepe, Gabriela*  
*Facultad de Psicología Univ. del Desarrollo, Chile*  
*e.mail: vperez@vtr.net*

Estudios evidencian que los seres humanos, especialmente en la adolescencia, serían más felices y desarrollarían mejor sus capacidades cuando piensan que tras ellos, hay una o más personas dignas de confianza que acudirán en su ayuda si surgen dificultades. La persona en la que se confía proporcionaría a su compañero a una base segura desde la cual operar, la que sería necesaria durante las distintas etapas del desarrollo, incluso en adultos maduros. Por el contrario la falta de seguridad y confianza entre las personas y en las instituciones sociales es un problema que afectaría no sólo la calidad de vida de los seres humanos y el capital social del país, sino también la salud mental de las

personas.

El diseño corresponde a un estudio descriptivo, con metodología cualitativa, utilizando la técnica de grupo focal (8 grupos focales) dirigida a identificar la noción valoración y significados en torno las relaciones de confianza y colaboración, construidos por jóvenes, hombres y mujeres en distintas situaciones sociales (nivel alto, medio y bajo). Puesto que, los significados son construidos en las prácticas sociales, este estudio tiene también un carácter de acción en la medida que pretende contribuir a promover a través de espacios colectivos relaciones de confianza y amistad entre la juventud y hacia el mundo adulto.

PP-20  
USO DE CLOZAPINA EN ADOLESCENTES CON ESQUIZOFRENIA REFRACTARIA  
*Castillo, Fresia; Gallardo Maritza.*  
*Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile*  
*e-mail: gallardoarenas@123.cl*

El objetivo es mostrar la respuesta al uso de Clozapina en 3 adolescentes con diagnóstico de Esquizofrenia Refractaria.

Previamente, todos recibieron antipsicóticos típicos y Risperidona en dosis máxima por un período de ocho semanas.

Se administró Clozapina en dosis promedio de 250 mg día.

En el primer caso, la paciente presentaba diskinesia tardía, la que revirtió, parcialmente, en ocho semanas de tratamiento. Los hemogramas semanales (18) y mensuales hasta hoy (9) han sido normales, sin mostrar efectos secundarios.

En el segundo caso, no ha existido alteración hematológica (22 hemogramas), pero se han manifestado síntomas secundarios que han limitado la vida diaria, tales como salorrea, taquicardia sinusal e infecciones frecuentes.

En el tercer caso, se utilizó Clozapina por un período de 16 semanas, debiendo interrumpirse su uso por presentar 4 alarmas grado dos (Neutropenia Severa). Este es un primer reporte que muestra los resultados del uso de este fármaco en adolescentes, siendo además escasa la literatura mundial.

Aunque en los tres casos la mejoría clínica fue dramática, los efectos secundarios han sido de importancia significativa.

PP-21  
PSIQUIATRIA DE ENLACE.  
*Muñoz, Mauricio; Muñoz, Francisca; Parra, Camila; Gutiérrez, Adriana.*  
*Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil, CDT Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile*  
*e.mail: munozchiu@yahoo.es*

**Introducción.** El equipo de salud mental infanto-

juvenil del HBLT realiza dos tipos de enlace en el HEGC.

1. Enlace tradicional: lo solicita el pediatra a través de una interconsulta, el psiquiatra expresa su opinión y resuelve problemas puntuales.
2. Enlace integral: se realiza en alianza al pediatra y al equipo de la sala de hospitalización. Las áreas de interacción comprenden la asistencial, enseñanza, investigación e interrelaciones entre el personal.

**Material y método.** Análisis de interconsultas recibidas en el Servicio de psiquiatría infantil provenientes del HEGC entre octubre de 2003 y junio de 2004.

**Resultado.** Total de interconsultas: 77. Mujeres: 51 y Hombres: 26. Rango etario: Menores de 5 años: 6. Entre 6-10 años: 15. Entre 11-13 años: 23. Entre 14-18 años: 28. Unidad que solicita la interconsulta: Il Infancia: 31. Cuidados Intermedios: 15. UCI: 8. Otros: 24. Diagnóstico: Intoxicación farmacológica: 30. Ansiedad-depresión: 9. Abuso sexual: 6 Trastornos alimentarios: 3. Otros: 29.

**Discusión.** La incorporación del equipo de salud mental en el tratamiento de niños hospitalizados es necesaria, destaca que el modelo tradicional es solicitado preferentemente por las unidades de Il Infancia y Cuidados Intermedios en patología predominantemente aguda. Este resultado es consecuencia de que en otras unidades, las cuales atienden a niños con patologías crónicas (Oncología, Nefrología, Cirugía Quemados, Broncopulmonar y Diabetes), cuentan semanalmente con enlace integral.

PP-22

TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES: ¿COMO PUEDEN INTERVENIR LOS PROFESORES?

**Peñaloza, Raúl; Radovic, Darinka; Romeu, Valentina.**

*Universidad Adolfo Ibáñez, Chile*

*e.mail: raulpenaloza6@hotmail.com*

En nuestro país, con mayor frecuencia los establecimientos educacionales, y en particular, los docentes se ven enfrentados a trabajar, en el aula, con adolescentes con cuadros depresivos. El trabajo, realizado en The Kent School, buscó sensibilizar a los profesores respecto de la importancia de su rol como agentes de cambio en la acción con adolescentes con trastornos depresivos y, además, se trabajó en el diseño de intervenciones psicoeducativas con éstos. En el transcurso de cinco sesiones de noventa minutos, cada una, y con el uso de diversas metodologías, los docentes llegaron a

delinear estrategias de trabajo con el alumno afectado, su familia, en el colegio y con su grupo de pares; otrosí, se generaron espacios de reflexión en torno a problemáticas de salud mental, aumentando la sensibilización de los profesores acerca de la importancia de su rol en la intervención y comprensión de los trastornos depresivos en adolescentes. En la exposición se presentarán las características de la intervención, los resultados de la evaluación realizada y las principales reflexiones que surgieron a partir de su realización.

PP-23

CORRELATOS NEURALES DE LA TEORIA DE LA MENTE Y HUMOR A TRAVES DE EEG/ERP: PERSPECTIVAS EN AUTISMO

**Kreither, Johanna; Rosas, Ricardo; López, Javier; López, Vladimir; Aboitiz, Francisco**

*Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián - Osorno; Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales; Departamento de Psiquiatría y Centro de Investigaciones Médicas, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile*

*e-mail: jkreither@uss.cl*

Un número importante de estudios han demostrado la relación entre Teoría de la Mente (TM) y autismo. Incluso se plantea que comprender otras mentes, distinguiéndolas de las propias, es una capacidad ausente en la mayoría de los desórdenes del espectro autista, es decir, que sería el déficit específico el que explicaría este desorden. Sin embargo, existen muy pocas investigaciones orientadas a develar las bases neurofuncionales de la TM. Con el fin de contribuir en ésta línea de investigación buscamos los correlatos neurales de la TM y el Humor, en personas normales, a través de EEG/ERP. La pregunta de investigación fue: ¿Estímulos graciosos con TM producen una actividad electrofisiológica evocada por la corteza cerebral distinta de aquellos sin TM? Se utilizaron tiras cómicas que contenían TM (falsa creencia y engaño táctico), otras que contenían incongruencia "pura" que evocaban humor, y tiras controles que terminaban en un final incoherente, sin humor. Se observó una distribución dipolar en el EEG distinta para estas categorías, sugiriendo un correlato neural diferente entre humor con TM y sin ésta. El siguiente paso será proyectar estos resultados en autismo.

PP-24

RECONOCIMIENTO DE LA EXPRESION FACIAL EMOCIONAL EN ADOLESCENTES CON ORGANIZACION LIMITE DE PERSONALIDAD.

**Ruiz Cecilia; Urrutia Patricia; Campos Ana; Ferreira Maysa; Barra Patricia; Ruiz Yasna.**

*Servicio de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.*



e.mail: [bliruiz@yahoo.es](mailto:bliruiz@yahoo.es)

**Introducción.** En adolescentes, las organizaciones límites del desarrollo de personalidad son una entidad discutida. Sin embargo, en práctica clínica se utilizan como herramientas de trabajo para diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Distintos estudios muestran que sujetos con otras patologías psiquiátricas tienen más dificultades que controles para reconocer la expresión facial de emociones.

**Objetivos.** Describir la capacidad de adolescentes con organización límite de desarrollo de personalidad de leer emociones a partir de la expresión facial.

**Material y Métodos.** Se seleccionaron 11 pacientes entre 12 y 18 años, 4 hombres, 7 mujeres, consultantes al Policlínico Neuropsiquiatría Infantil, que presentaban una organización límite de personalidad diagnosticada por entrevista clínica y Rorschach. Se les mostró en forma individual 6 fotografías de emociones básicas de Eckman y Friesen, debiendo seleccionar de una lista la emoción que correspondía a la fotografía. Las respuestas se tabularon categorialmente (correcta- incorrecta). Se obtuvieron frecuencias absolutas para cada categoría.

**Resultados.** Del total de expresiones presentadas, fueron reconocidas exitosamente 68% de ellas, mientras que el error alcanzó 31.8%. El total de la muestra reconoció la alegría, mientras que asco y angustia fueron las más difíciles de reconocer.

**Conclusiones.** Los pacientes de nuestra muestra presentan dificultad para reconocer adecuadamente las emociones negativas, especialmente la angustia, siendo los porcentajes de error aún más altos que aquellos encontrados en otros estudios en pacientes con esquizofrenia. Los resultados permiten abrir una investigación respecto a las dificultades en la lectura del lenguaje no verbal y en la capacidad empática descrita en estos pacientes.

PP-25  
COMPARACION DE VIVENCIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO Y ALTO DE LA PROVINCIA DE CONCEPCION

*Alomar, Francisca; Concha, Angela; Sepúlveda, Marcela; Valdivia, Maruzella; Villalta, Marco*  
Universidad del Desarrollo, Chile  
e.mail: [mavaldivia@udec.cl](mailto:mavaldivia@udec.cl)

**Objetivo.** Conocer y comparar vivencias subjetivas de adolescentes embarazadas pertenecientes a niveles socioeconómicos bajo y alto de la provincia de Concepción.

**Material y Método.** Estudio cualitativo orientado por la Grounded Theory. A través de entrevista a seis adolescentes embarazadas o puérperas de nivel socioeconómico alto y bajo de la provincia de Concepción y dos grupos focales con adolescentes de ambos sexos de estrato alto y bajo de la provincia de Concepción. Durante el año 2003.

**Resultados.** Todas las adolescentes experimentaron sentimientos de angustia, temor a la reacción de sus padres y desesperación al recién conocer sobre su embarazo; mas, pasada esta etapa las jóvenes de nivel bajo, comienzan a aceptar su futuro hijo sintiendo que éste viene a darle un nuevo sentido a su vida. Sin embargo, las adolescentes de estrato alto, continúan angustiadas, tristes, irritables y desilusionadas de si mismas; presentando algunos síntomas depresivos; y evaluando a su futuro hijo como un obstáculo para su vida.

**Conclusiones y Discusión.** Existen diferencias en cuanto a la vivencia que tienen la madre adolescente, según el nivel socioeconómico al que pertenece.

PP-26  
FUNCIONES DE ATENCION EVALUADAS CON LA PRUEBA DE STROOP EN ESCOLARES DE LA REGION METROPOLITANA.

*Alvarez, Karla; Urteaga, Carmen; Pinheiro, Anna Christina.*

*Clínica Psiquiatría del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Departamento de Nutrición. Escuela de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

E-mail: [apinheiro@med.uchile.cl](mailto:apinheiro@med.uchile.cl)

Conocer las funciones de atención en escolares permite la detección precoz de problemas neuropsicológicos asociados a cuadros psicorgánicos y lesiones hemisféricas.

**Objetivos.** Evaluar funciones de atención en escolares de distintos niveles socioeconómicos, utilizando el test de colores y palabras Stroop.

**Método.** Fueron estudiados 281 escolares, ambos sexos, con distribución homogénea entre estratos socioeconómicos ABC1, C2 y C3D (Casen 2002), seleccionándose 2 escuelas por estrato y considerando el puntaje del test de Conners abreviado. Se aplicó el Stroop en forma individual y en su corrección se utilizaron los criterios de Golden 2001. Se analizó el desempeño frente a los estímulos palabra, color, palabra-color y se configuraron perfiles de respuesta de atención selectiva e interferencia. Fueron utilizados Anova y (2; aceptado  $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Edad promedio 9,9 (0,8 años. 70% de

la muestra presenta perfil normal de atención y tolerancia a la distractibilidad, independiente del nivel socioeconómico. Las escuelas de estrato alto fueron significativamente mejores en lectura de palabras y las escuelas C2 presentaron rendimiento normal. No se observaron diferencias significativas para los demás estímulos.

**Discusión.** La capacidad de tolerar la interferencia, la atención selectiva y la capacidad de inhibir respuestas automáticas fueron homogéneas en la muestra demostrando patrones de normalidad.

PP-27

INFLUENCIA DE UN DESAYUNO DE PRUEBA EN LA FUNCION COGNITIVA DE ESCOLARES DE LA REGION METROPOLITANA

*Urteaga, Carmen; Pinheiro, Anna Christina; Álvarez, Karla.*

*Departamento de Nutrición. Escuela de Nutrición. Clínica Psiquiátrica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

*E-mail: apinheiro@med.uchile.cl*

El estudio de la influencia del desayuno en la función cognitiva de escolares ha entregado resultados contradictorios.

**Objetivo.** Determinar el impacto de un desayuno de prueba (Desayuno Inteligente) en las funciones visoperceptuales, atención, memoria y percepción.

**Método.** Fueron estudiados 281 escolares, ambos sexos, con distribución homogénea entre estratos socioeconómicos ABC1, C2 y C3D (Casen 2002) seleccionándose 2 escuelas por estrato. Los escolares fueron divididos en dos grupos (experimental/control).

*Experimental:* Recibió en ayuna un desayuno estándar (cereal, yogurt, jugo, frutas secas). La ingesta fue pesquisada por encuesta alimentaria por pesada.

*Control:* Ingesta pesquisada por encuesta alimentaria de recordatorio. En los dos grupos la ingesta alimentaria previa a la prueba (registro 2 días) fue realizada por la madre y chequeada por entrevistador. A ambos grupos se aplicaron las subpruebas de la escala de Weschler y el test palabra-color de Stroop en las dos horas posteriores a la ingesta del desayuno (experimental/control). Fueron utilizados Anova y (2; aceptado  $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Edad promedio 9,9 (0,8 años). Ingesta del desayuno en grupo experimental: 254 (157 kcal) y en grupo control: 297 (193 kcal). No hubo diferencia significativa en el rendimiento asociado a la ingesta energética promedio de dos días. No se observaron diferencias significativas en el desempeño de las

pruebas Stroop en las escuelas del estrato bajo y medio en ambos grupos. Capacidad de integración e inhibición de respuesta automática y funciones visoperceptuales y memoria visual a largo plazo fueron significativamente superiores en el grupo experimental del estrato alto. En razonamiento numérico el grupo experimental fue significativamente superior en los estratos medio y alto.

**Discusión.** Se observó influencia del desayuno de prueba en las funciones mencionadas. Se enfatiza la importancia del tipo de desayuno en las funciones visoperceptuales y de atención.

PP-28

CUENTO DE ANIMALES COMO TECNICA DE APOYO A LA EXPLORACION DE LA PERSONALIDAD JUVENIL. DIFERENCIAS CUALITATIVAS ENTRE ANOREXIA NERVIOSA Y GRUPO CONTROL.

*Sandoval, Angélica; Elias, Arab; Herscovic, Viviana; Sommer, Katerina; Abhufele, Marcela; Almonte, Carlos.*

*Clínica Psiquiátrica U. de Chile. Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil, Clínica Psiquiátrica U. de Chile, Santiago, Chile.*

*E-mail: angececimay@hotmail.com*

Según resultados publicados en trabajos previos, la técnica de creación de cuentos de animales constituiría una herramienta útil, de bajo costo, de fácil aplicación y motivante para los niños y/o adolescentes con objeto de evaluar diferentes aspectos de su mundo interno. Se tomó una muestra de 10 pacientes asistentes a nuestro Servicio, cuyas edades fluctuaron entre los 11 años y 16 años 11 meses con diagnóstico de anorexia nerviosa y un grupo control de 10 sujetos randomizados por sexo y edad. Se solicitó a cada participante la realización de un cuento de animales. Se analizaron variables cualitativas como tipo de personaje central, secuencia, coherencia lógica, presentación, letra, presencia de trastorno de escritura, temáticas primarias y secundarias, presencia de conflicto, resolución de éste, consecuencias constructivas o destructivas para el héroe, relaciones interpersonales, tipo de animales, tipo de vínculo (triádico, diádico, etc.), registro de emociones, registro de acciones, manejo de la agresión, tipificación sexual, clima emocional, visión familiar. Finalmente, se compararon ambos grupos. En este trabajo, se analizaron los resultados, tomando en cuenta las semejanzas y diferencias encontradas en los cuentos, con objeto de aportar en una línea de investigación en pro de encontrar herramientas que nos apoyen en el diagnóstico y tratamiento de anorexia nerviosa.

PP-29

UNA APROXIMACION A LA INTERVENCION TEMPRANA.

Castro, Elena; Kohan, Alberto; Jaar, Eduardo.

Centro de Estudios de la Temprana Infancia (CETI).  
e-mail : eduardojaar@123mail.cl

La Intervención Temprana es una aplicación del Psicoanálisis en el campo de los trastornos vinculares. Es una psicoterapia breve, centrada en la interacción de los padres con el bebé.

**Objetivo general.** Entregar una descripción de nuestros hallazgos en torno a una experiencia clínica grupal de dos años en Intervenciones Tempranas. Los pacientes fueron atendidos en las consultas de los especialistas y éstos, a su vez, han tenido una supervisión estable por parte del resto del equipo. Se atendieron 23 familias: 1 mujer atendida desde el embarazo y la edad del niño varió desde los 15 días hasta los 4 años. Se utilizó la metodología del caso clínico.

Los motivos de consultas más frecuentes fueron los trastornos de la alimentación y del sueño. Los síntomas se resolvieron en el 91,3% casos. Sobresale la espectacularidad de los cambios que se suscitan a nivel familiar e individual, a pesar de lo breve de la intervención. Se interviene en un momento sensible del desarrollo, donde la dificultad vincular no está aún asentada lo que facilita su resolución. Es una labor que tiene un fuerte impacto preventivo en la formación de la personalidad del niño.

PP-30

PROGRAMA DE REDUCCION DE DAÑOS: UN DESAFIO TERAPEUTICO EN LA OCTAVA REGION.

Ebner, Daisy; Trujillo, Lorena; Alvarez, Mitzy; González, Andrea; González, Paula; Gómez, Tatiana; Cárdenas, Jorge.

Fundación Tierra Esperanza  
Concepción, Chile.

**Introducción.** Los adolescentes infractores de ley y drogodependientes necesitan un abordaje aún desconocido en nuestro país. El modelo de reducción de daños reconoce la abstinencia como resultado ideal pero acepta alternativas postulando que los efectos perjudiciales del consumo de drogas puede situarse en una graduación continua.

**Objetivos.**

1. Precisar características del modelo de reducción de daños.
2. Evaluar eficacia de este modelo terapéutico.

**Material y Método.** Entre septiembre el 2003 y septiembre del 2004 se evaluó y se intervino

terapéuticamente con el modelo de reducción de daños a un total de 85 jóvenes de entre 14 y 18 años, drogodependientes e infractores de ley de la VIII Región, en forma ambulatorio o centros de detención por profesionales educadoras, sociólogo, asistentes sociales, psicólogas y psiquiatra.

**Resultados.** El 13.6% de los jóvenes ingresan a tratamiento sin voluntad, en el 62.3% de las atenciones se realizan intervención terapéutica individual y grupal, 22.2% atención comunitaria, el 15% intervención familiar. El 47.7% egresa con los objetivos propuestos para la intervención de su consumo y durante el año de ejecución de este proyecto desertan el 9.4% de los jóvenes.

**Conclusiones.** El modelo de reducción de daño es una alternativa de Salud Pública, una oferta de servicio que puede intentarse realizar en adolescentes en nuestro país.

PP-31

ESQUIZOFRENIA COMO TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

Camponovo, Daniela; Martínez, Juan; González, Claudia.

Unidad de Psiquiatría, Hospital Dr. Félix Bulnes, Santiago, Chile .

e-mail: danielacamponovo@hotmail.com

**Introducción.** Después de la descripción de Kanner del autismo infantil en los años 40, la psicosis del niño se bifurca en dos caminos principales, el de la esquizofrenia y el de los trastornos generalizados del desarrollo, diferenciándose estos últimos por lo precoz del compromiso y la estructuración profundamente distorsionada del individuo.

**Objetivo.** Describir un cuadro de difícil diagnóstico que se ajusta a la teoría de la esquizofrenia como trastorno del neurodesarrollo.

**Método.** Se presenta el caso de un menor con un compromiso del desarrollo predominante en el área del lenguaje y de la relación social pero no a la manera autista ya que siempre ha mantenido una actitud alerta hacia los demás incluso autoreferente, a los 9 años manifiesta productividad psicótica franca evidenciable en la conducta.

**Conclusión.** La teoría del neurodesarrollo de la esquizofrenia, nos resulta útil para explicar un como este, y acerca los conceptos de esquizofrenia y trastorno generalizado del desarrollo.

Un adecuado análisis psicopatológico fue decisivo para discriminar entre ambos cuadros.

PP-32

"PROGRAMA AYLLU": TRATAMIENTO INTEGRAL MULTIDIMENSIONAL PARA ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DE RIESGO.

*Acuña, Julia; García, Ricardo; Dünner, Paola; Salas, Natalia; Wettling, Marcelo.*

*Programa Centro "Ayllú", Santiago, Chile.*

#### Objetivos.

- Describir programa para la atención integral de adolescentes con trastornos psiquiátricos severos y conductas de riesgo.
- Identificar procesos terapéuticos y evolutivos.
- Valorar las ventajas del modelo descrito.

#### Método.

1. Descripción del modelo de intervenciones personalizadas (Psiquiátrica, Terapia Familiar, Psicoterapia Individual, seguimiento terapéutico intensivo, otros)
2. Revisión del proceso de diagnóstico, de tratamiento y evolución de 9 casos tratados.

#### Resultado.

- Adolescentes presentan diagnósticos en los que prevalecen los trastornos del desarrollo y de personalidad, asociado a trastornos afectivos.
- Las conductas de riesgo observadas fueron: Intento de suicidio, consumo de sustancias, deserción escolar, conductas agresivas y descontrol de impulsos.
- El estudio de las características de los sistemas familiares revela disfunción parental ligada a disfunción conyugal; los casos con familias severamente disfuncionales, tuvieron más mala evolución.
- Ejes centrales del tratamiento: múltiples intervenciones, intensivas, que incluyen: tratamiento psiquiátrico, psicoterapia, intervenciones ambientales, reuniones de trabajo del equipo profesional a cargo.

**Conclusiones.** El diagnóstico tratamiento integral multidimensional del adolescente severamente perturbado que presenta conductas de riesgo resulta indispensable para ofrecer un oportunidad de intervención real de este tipo de pacientes; se plantea que el modelo de trabajo propuesto protege a los profesionales involucrados en él, del desgaste y burnout profesional.

### INDICE DE AUTORES NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

---

*Autor*

*Trabajo*

---

#### A

Abuhfele, Marcela      PP-28

Aboitiz, Francisco

Abuhfele, Marcela

Acuña, Julia

Aguayo, Luis

Aguilar, Rosario

Aguilera, Liliana

Aguire, Eduardo

Aldana, Pilar

Aliste, Myriam

Almonte, Carlos

Alomar, Francisca

Álvarez, Karla

Alvarez, Mitzy

Amarai, Ana

Amarales, Claudia

Amarales, Patricia

Andrade, Lucila

Arab, Elías

Aravena, Teresa

Araya, Fanny

Aros, Sofia

Arredondo, Fernando

Arriagada, Mario

Arriaza, Manuel

Asmad, Claudia

Avaria, M. de los Ang.

Avendaño, Leonor

Avendaño, Marisol

Avila, Daniela

Ayala, Norma

#### B

Bacco, José Luis

Barra, Lisseth

Barra, Patricia

Barría, Mauricio

Barrios, Andrés

Basante, Gladis

Becker, Anette

Bercovich, Mariana

Bertrand, Pablo

Boisier, R.

Borax, Joanna

Bracho Fernando

Bravo, Eduardo

Brinkmann, Karin

Burón, Verónica

#### C

Caballero, Soledad

Cabello, Juan Fco.

Calderón, Verónica

Calvo, María Soledad

Camponovo, Daniela

Campos, Ana

COP-6, CON-7, COP-9,  
PP-16, PP-23, PN-43, PN-60

PP-11

PP-32

CON-6

PN-47

CON-4

CON-4, PN-52

PN-57

PN-34, PN-49

PP-28

PP-25

PP-26, PP-27

PP-7, PP-30

CCN-5

PN-2, PN-14, CCN-12, CCN-

17, CCN-24

CCN-24

PN-18, PN-30

PP-12

PN-60

PN-30

CON-9

PN-35

PP-6

PN-3, PN-35, PN-50, PN-56,

CCN-20,

PN-55

CON-9, PN-16, PN-19, PN-23,

PN-46

CCN-13

PN-34, PN-49, CCN-5, CCN-

7, CCN-11, CCN-13

CCN-18

PN-13

PN-30

PN-7

COP-7, PP-24

CON-2

PN-20, PN-63

PN-20

PN-3

CCN-14

PN-33

PN-19

PN-16

PN-3

PN-47

CCN-24

PN-41, PN-62

PN-52

PN-6, PN-58, PN-59, CCN-1,

CCN-21

PP-2

CCN-5

PP-10, PP-31

COP-7, PP-24

Campos, Verónica	PN-25, CCN-22	Elias, Arab	PP-28
Cárdenas, Jorge	PP-7, PP-30	Enríquez, Marcos	PN-48
Carlos Sciolla	PP-4	Erazo, Ricardo	PN-10, PN-13, CCN-3, CCN-18
Carlos Valenzuela	COP-1	Escobar, Raúl	PN-5, PN-25, PN-33, PN-37, PN-40, PN-53, CCN-22, CCN-23
Carmona, Orieta	PN-7, PN-30	Escobari, Javier	PN-34, PN-49, CCN-11
Carrasco, Ximena	COP-4, COP-6, CON-7, COP-9, PP-16, PN-43, PN-60	Espinosa, Oriana	PP-8
Carrera, Jorge	CON-3, PN-20, PN-26	<b>F</b>	
Carrisoza, Jaime	PN-54	Fernández Magdalena	PN-3
Carvajal, Maritza	PN-34, PN-49, CCN-5, CCN-7	Fernández, Ana María	PP-14
Casals, Miguel	PN-10	Fernández, Rodrigo	PN-26
Cassorla, Fernando	CON-9	Ferreira, Maysa	COP-7, PP-24
Castiglioni, Claudia	CON-1, CON-8, PN-4, PN-9, PN-12, PN-15, PN-20, PN-24, PN-29, CCN-25	Flández, Ana	CON-2, CCN-10, CCN-19
		Florea, Diana	CCN-13
Castillo, Fresia	PP-15, PP-20	Flores, Carla	PN-5
Castillo, Silvia	PP-16, PN-60	Flores, Mariana	PP-3
Castro, Elena	PP-29	Fontaine, Josiane	PN-52
Cattani, Andreina	PN-37	Fuentealba, Mario	PN-51
Caviedes, Evelyn	PN-17	Fuentes, Patricio	PN-48
Cerfaglia, Claudia	PN-44	<b>G</b>	
Chateau, Bernardita	PN-1	Gabriela, Repetto	PN-40
Chávez, Eduardo	PN-28	Gaete, María Isabel	COP-2
Claverie, Ximena	PN-3	Galaz, María Isabel	PN-46
Collazo, Leslie	PN-17	Gallardo Maritza	PP-20
Colombo, Marta	PN-31	Gamboa, Javier	CCN-21
Concha, Angela	PP-25	García, Jennifer	PN-30
Concha, Bárbara	PN-46	García, Ricardo	PP-11, PP-32
Concha, Cecilia	CCN-2, CCN-9	Gejman, Roger	PN-4, PN-15
Concha, Marcela	PP-8	Gellona, José	PP-3
Conley, Mary	CON-9	Gladrosich, Vinka	PN-31
Contreras, Elba	PN-23	Gloria, Durán	PN-40
Contreras, Juan	PN-6, PN-17, PN-18, PN-31, PN-58, PN-59, CCN-1	Godoy, Jaime	PN-14
		Gómez, Tatiana	PP-7, PP-30
Córdova, Guiliana	CCN-23	Gómez, Verónica	PN-13, PN-41, PN-42, PN-45, PN-54, CCN-8
Córdova, Marcela	PN-3		CCN-23
Coria, Carolina	CON-6, PN-38	González, Alvaro	PP-7, PP-30
Cortés, Fanny	PN-63	González, Andrea	CON-2
Cortés, Carolina	PP-11	González, Carlos	PP-10, PP-31
Cova, Félix	PP-13	González, Claudia	PN-3
Cox, Christopher	CON-9	González, Felipe	PN-41
Cuadra, Lilian	PN-21, PN-22, CCN-4	González, Jaime	PN-34, PN-49, CCN-7, CCN-11
Culcay, Catalina	CON-4, PN-52	González, Juan E.	PP-3
De La Barra, Flora	COP-8, PP-14	González, Livia	COP-3
		González, Luis	PP-18
<b>D</b>		González, Patricia	PN-52
Devaud, Claudia	CCN-13	González, Paula	PP-7, PP-30
Devilat, Marcelo	PN-13, PN-36, PN-41, PN-42, PN-45, PN-54, PN-62	Guarda, Jaime	PN-55
		Guerra, Patricio	CON-3, PN-26, PN-47
Di Mauro, Salvatore	CCN-15	Guevara, Gladys	PN-28
Díaz, Alejandra	CON-1	Gutiérrez, Adriana	PP-21
Díaz, Marcela	PN-50	Gutiérrez, José M.	PN-48, CCN-16
Donoso, Alejandro	PN-56	Gutiérrez, Rodrigo	PN-48
Dragnic, Yuri	CON-4, PN-8, PN-48, PN-52, CCN-16		
		<b>H</b>	
Dünner, Paola	PP-32	Haquin, Carlos	PP-9
Durán, Gloria	PN-1	Henríquez, Hugo	CON-7, PN-43
<b>E</b>			
Ebner, Daisy	PP-7, PP-30		

Hemández, Alejandra	PN-28	Méndez, Felipe	PN-19
Hemández, Américo	PN-8	Menéndez, Pedro	CON-4
Hemández, M. I.	PN-37	Menéndez, Pedro	PN-8, PN-52, PN-61
Hemández, Marta	PN-1, PN-25, PN-37, PN-53, CCN-22	Mesa, José Tomás	PN-55
Herskovic, Viviana	PP-12, PP-28	Mesa, Tomás	PN-14, PN-25, PN-44, PN-55, PN-53, CCN-22
Holmgren, Nils	PN-33	Mills, James	CON-9
Huepe, Gabriela	PP-19	Morales, Ana María	PN-52
<b>I</b>		Mujica, Máximo	CCN-3
Inzunza, Carla	PP-8	Muñoz, Ana	PN-7
Irrázaval, Sebastián	PN-25, CCN-22	Muñoz, Felipe	CON-6
<b>J</b>		Muñoz, Francisca	PP-21
Jaar, Eduardo	PP-29	Muñoz, Mauricio	PP-21
Javier, Kattan	PN-40	Muñoz, Patricia	PP-6
Jeria, Alvaro	COP-9	Muñoz, Patricio	CON-6
Jorge Mac Fadden	PP-1	Muñoz, Rodrigo	PP-3
Jorquera, Carolina	PN-48, CCN-16	Muñoz, Tatiana	PN-46
Juez, Gabriela	PN-25	<b>N</b>	
<b>K</b>		Nangel, Lilianette	PP-2
Klebanoff, Mark	CON-9	Nieto, Daniela	PN-52
Kleinsteuber, Karin	CON-1, CON-9, PN-4, PN-15, PN-19, PN-23, PN-38, PN-46	Núñez, Carlos	COP-3
Kohan, Alberto	PP-29	<b>O</b>	
Kreither, Johanna	PP-23	Obreque, Carolina	PP-11
<b>L</b>		Okuma, Cecilia	PN-27, CCN-25
Labbé, Mariana	COP-3	Oliver, Macarena	COP-3
Lama, José Luis	PN-3	Ortega, Rodrigo	COP-4, COP-6, COP-9
Lastra, Alejandro	PN-3	Ortiz, Verónica	PN-20
Lavanchy, Joyce	PN-32	<b>P</b>	
León, Doris	CON-8, PN-12	Paredes, Eric	PP-2
León, Paola	PN-57	Parra, Camila	PP-21
Llanos, Loreto	CCN-12, CCN-17, CCN-24	Parra, Patricia	PN-29
López, Javier	COP-4, COP-6, COP-9, PP- 16, PP-23	Pauchard, Felipe	PN-55
López, María	PN-9,	Paulina, Toso	PN-40
López, Vladimir	COP-4, COP-6, COP-9, PP-23	Pavez, Nicolás	COP-6
<b>M</b>		Pemjean, Alejandra	COP-2
Mabe, Paulina	CON-3	Peñaloza, Raúl	PP-22
Mahaluf, Francisco	PN-55	Peñan, S.	PN-19
Maldonado, Blanca	PN-56	Peralta, Santiago	PN-22, PN-54
Maldonado, Claudia	PP-18	Pérez Marcelo	PN-38
Manríquez, Marco	CON-4, PN-52	Pérez, Verónica	PP-14, PP-19
Margarit, Cynthia	PN-3, PN-35, PN-56, CCN-20	Perret, Cecilia	CCN-23
María Elena, Morales	CCN-1	Pinheiro, Anna Chris.	PP-26, PP-27
Marín, Verónica	PN-62	Pino, Mariela	CCN-8
Márquez, Sonia	PN-44	Pizarro Cristián	PP-5
Marta, Hernández	PN-40	Pizarro, Adonay	COP-1
Martínez, Anahí	PN-34, PN-49, CCN-7, CCN- 11	Pizarro, Eugenia	PN-3
Martínez, Juan Carlos	PP-10, PP-31	Pizarro, Lorena	CON-1, PN-4, PN-9, PN-15, PN-20
Martínez, María Ang.	PN-20	Pizarro, María Ester	PN-25, CCN-22
Martínez, Susan	PP-9	Poblete Loreto	CCN-8
Medina, Mirta	CCN-2	Ponce de León, Sonia	PN-13, PN-22
Mena, Francisco	PN-45	Ponce, Mauricio	CCN-19
Mena, Ismael	PP-16	<b>Q</b>	
Mena, Patricia	PN-35	Quevedo, Iván	COP-5, PP-17
		Quijada, Carmen	PN-11
		Quiral, Mireya	PN-6, PN-17, PN-18, PN-31, PN-32, PN-58, PN-59, CCN-1

**R**

Radovic, Darinka PP-22  
 Raimann, Erna CCN-21  
 Raimann, Ximena PN-62  
 Rauch, Erna PN-22, PN-36  
 Reyes, M. L. PN-37  
 Reyes, Pablo PN-15, PN-39  
 Ríos, Loreto CON-5, PN-2, PN-12, PN-27, PN-39, C CN-4  
  
 Ríos, Richard CCN-19  
 Rivera, Enzo PN-59  
 Rodríguez, Jorge COP-8, PP-14, CCN-8  
 Rodríguez, Viviana CCN-10  
 Rojas I. PN-53  
 Rojas Valeria PN-7, PN-30, PN-32, C CN-8  
 Rojas, Juan PP-16  
 Romeu, Valentina PP-22  
 Rosas, Ricardo PP-23  
 Rothamer, Francisco CON-7, PN-43  
 Rothhammer, Paula COP-4, COP-6, CON-7, COP-9, PP-16, PN-43, PN-60  
  
 Ruiz, Yasna COP-7, PP-24  
 Ruiz, Cecilia COP-7, PP-24

**S**

Sáez, Fabian COP-6  
 Salas, Natalia PP-32  
 Salazar, Cristian PN-18  
 Salazar, Pablo COP-5, PP-17  
 Salinas, Luis PN-5  
 Samamé, Margarita CON-4  
 Sánchez, Ignacio PN-33  
 Sandoval, Angélica PP-28  
 Sandoval, Cecilia PP-12  
 Santander, Paola CON-8, PN-12, PN-24  
 Santin, Julia PN-14, PN-44  
 Sanz, Heydi PN-6, PN-17, PN-18, PN-30, PN-31, PN-32, PN-58, PN-59, CCN-1  
  
 Schnitzler, Sylvia PN-34, PN-49, CCN-5, CCN-13  
  
 Schröter, Carolina PP-16  
 Schulz, Marcela CCN-3  
 Selman, Eliana CCN-21  
 Sepúlveda, Jaime PP-18  
 Sepúlveda, Juan P. PN-42  
 Sepúlveda, Marcela PP-25  
 Serra, Leonardo PN-14  
 Siebert, Alejandra PN-2, PN-29  
 Silva Verónica PP-15  
 Silva, Daniel COP-5, PP-17  
 Silva, Felipe COP-9  
 Silva, Francisca PP-2  
 Silva, Guillermo PN-55  
 Skármeta, Marcos PN-46  
 Solari, Francesca CON-4, PN-8, PN-52, PN-61  
 Sommer, Katerina PP-28  
 Soto, Yairet COP-3  
 Suárez, Bernardita PN-6, PN-17, PN-18, PN-31, PN-32, PN-58, PN-59, CCN-1

**T**

Talesnik, E. PN-37  
 Tapia, Juan Carlos PN-34, PN-49  
 Toledo, Virginia COP-8  
 Tonk, Lily PN-17  
 Torres, Silverio COP-5, PP-17  
 Triviño, Daniela PN-45, CCN-3  
 Troncoso, Ledia CON-3, CON-5, PN-12, PN-15, PN-24, PN-28, PN-29, PN-39, C CN-4, CCN-15, CCN-25  
  
 Troncoso, Mónica CON-3, CON-8, PN-2, PN-4, PN-9, PN-12, PN-24, PN-27, PN-29, PN-39, PN-47, CCN-6, CCN-15, CCN-25  
  
 Trujillo, Lorena PP-7, PP-30

**U**

Ugalde, Amanda PN-62  
 Undurraga, Francisco PN-55  
 Urrutia, Patricia COP-7, PP-24, PP-26  
 Urteaga, Carmen PP-27

**V**

Valderrama, Gustavo PN-52  
 Valdivia, Mario COP-5, PP-17  
 Valdivia, Maruzzella PP-25  
 Valenzuela, Bolívar CCN-14  
 Valenzuela, Eduardo PN-51  
 Valenzuela, Marcela PN-10  
 Valenzuela, Rodrigo PN-7  
 Valverde, Oriana PP-6  
 Vargas, Lorena PN-13  
 Vásquez, Jessica CON-4  
 Velásquez, Alvaro PN-11, PN-47  
 Venegas Viviana CON-4, PN-52, PN-61  
 Vergara, Jorge CCN-11  
 Vielma, Juan PN-18  
 Villalta, Marco PP-25  
 Villarroel, Claudia PP-18  
 Villenas, Rodolfo CCN-5  
 Vivanco, Guillermo CON-4

**W**

Weitzman Mariana PN-19  
 Wetling, Marcelo PP-32  
 Wicki, Alvaro PN-42, CCN-2, CCN-9  
 Witting, Scarlet CON-5, PN-12, CCN-4

**Y**

Yuivar, Rosa PN-17  
 Yuri, Dragnic PN-57

**Z**

Zamora, José CCN-6, CCN-15  
 Zapata, Camilo PN-21, CCN-14  
 Zarraonandia, Antón PP-3  
 Zelada, Pamela PN-56  
 Zuleta, Arturo CCN-4



## Reconocimiento a los mejores trabajos presentados al XXII Congreso

En el XXII Congreso se entregó reconocimiento a los mejores trabajos presentados de Neurología y Psiquiatría.

### PREMIOS DE NEUROLOGIA

#### Primer Premio al trabajo:

“INTERACCION GENOTIPICA ENTRE ALELOS DE DAT-1 Y DRD-4 EN PORTADORES DE DEFICIT ATENCIONAL”, de los autores Carrasco, Ximena; Henríquez, Hugo; Rothhammer, Paula; Aboitiz, Francisco; Rothhamer, Francisco.

#### Primera Mención Honrosa al trabajo:

“ANORMALIDADES ULTRASONOGRAFICAS Y SECUELAS NEUROLOGICAS EN EL PREMATURO”, de los autores, Coria, Carolina; Muñoz, Patricio; Aguayo, Luis; Muñoz, Felipe.

#### Segunda Mención Honrosa al trabajo:

“EFECTOS DEL ALCOHOL IN UTERO SOBRE EL SISTEMANERVIOSOPERIFERICO”, de los autores, Avaria, María de los Angeles; Kleinsteuber, Karin; Mills, James; Aros, Sofía; Conley, Mary; Cox, Christopher; Klebanoff, Mark; Cassorla, Fernando

#### Tercera Mención Honrosa al trabajo:

“DIVERSIDAD CLINICA DE LA MUTACION A3243G DNA MITOCONDRIAL”, de los autores, Troncoso, Mónica; Santander, Paola; Castiglioni, Claudia; León, Doris

### PREMIOS DE PSIQUIATRIA

#### Primer Premio al trabajo:

“DEPRESION Y VIOLENCIA EN TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO: ¿SE ASOCIAN A INTERACCION MATERNO-FETAL DE RIESGO RELACIONAL? RESULTADOS PRELIMINARES”, de los autores, González, Livia; Nuñez, Carlos; Oliver, Macarena; Soto, Yairet; Labbé, Mariana.

#### Primera Mención Honrosa al trabajo:

“DESORDENES PSIQUIATRICOS, DIAGNOSTICO PSICOSOCIAL Y DISCAPACIDAD EN ADOLESCENTES TEMPRANOS”, de los autores, De La Barra, Flora; Toledo, Virginia; Rodríguez, Jorge

#### Segunda Mención Honrosa al trabajo:

“CUENTO DE ANIMALES COMO TECNICA DE APOYO A LA EXPLORACION DE LA PERSONALIDAD JUVENIL. DIFERENCIAS CUALITATIVAS ENTRE ANOREXIA NERVIOSA Y GRUPO CONTROL”, de los autores, Sandoval, Angélica; Elias, Arab; Herscovic, Viviana; Sommer, Katerina; Abhufele, Marcela; Almonte, Carlos.

#### Tercera Mención Honrosa al trabajo:

“PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ESCOLARES ADOLESCENTES DE DOS COLEGIOS DE SANTIAGO DE CHILE”, de los autores, Flores, Mariana; Zarranonandia, Antón; Gellona, José; Muñoz, Rodrigo.



Primer Premio Neurología. Recibe la Dra. Ximena Carrasco.



Primera Mención Honrosa Neurología. Recibe la Dra. Carolina Coria.



Segunda Mención Honrosa Neurología. Recibe el Dr. Felipe Méndez.



Tercera Mención Honrosa neurología. Recibe la Dra. Paola Santander



Primer Premio Psiquiatría. Reciben Dra. Macarena Oliver y Dra. Yairét Soto



Primera Mención Honrosa Psiquiatría. Recibe la Dra. Flora de la Barra.



Segunda Mención Honrosa Psiquiatría. Recibe la Dra. Cecilia Sandoval.

## Reuniones y Congresos

ACTIVIDADES 2005.  
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE  
LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (SOPNIA).

1. **SIMPOSIOS** (estas actividades son sin costo para los socios con sus cuotas al día).

**10 de Junio (Neurología)**  
**"Manejo del accidente vascular encefálico**

**agudo".**  
Organiza: Unidad de Neurología Infantil, Pontificia Universidad Católica  
Lugar: Centro de Extensión Universidad Católica de Chile.  
Directores: Dr. Tomás Mesa, Dra. Marta Hernández.  
Horario: 08.30 a 13.30 hrs.

**17 DE JUNIO (PSIQUIATRIA)**

**“Controversias y avances en el diagnóstico y tratamiento de los desarrollos anormales de personalidad en niños y adolescentes”**

Organiza: SOPNIA  
Directora: Dra. Cecilia Ruiz

**5 - 12 - 19 - 20 de Agosto (Psiquiatría)  
Curso “Adolescencia”**

Organiza: Clínica Psiquiátrica Univ. de Chile  
Director: Dr. Carlos Almonte  
Coordinadora: Dra. Muriel Halpern

**27 de Agosto (Neurología y Psiquiatría)**

**Jornadas de Reflexión “Función ejecutiva, desde la visión del Grupo de Trastornos del Desarrollo”**

Organiza: Grupo Trastornos del Desarrollo  
Lugar: Hotel Neruda

**2. CONSULTORIAS EN REGIONES**

**Simposio Internacional Regional “Trastorno del ánimo: Evolución en el ciclo de vida”,** que se realizará el día Viernes 6 de Mayo en el salón Picadilly del Centro de Eventos del Casino Viña del Mar, de 09.00 a 17.00 hrs., y que está a cargo de la Dra. Begoña Sagasti.

**3. PATROCINIOS**

La Sociedad además está patrocinando los siguientes cursos:

**“Curso Manejo del niño hiperactivo”,** que se realizará el día 20 de Mayo en el Edificio Corporativo de Laboratorios Recalcine, Av. Pedro de Valdivia 295, Santiago, y está siendo organizado en conjunto por la Sociedad Chilena de Pediatría y la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.

**“IV Seminario Internacional de Salud Mental Perinatal”,** que se realizarán los días 28 y 29 de Julio en el Aula Magna de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Chile, Santiago, y que están siendo organizadas por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campos Sur de la Universidad de Chile.

**“V Jornadas Invernales de Epilepsia”,** que se realizarán los días 3 y 4 de Junio del 2005, en Santiago, y que están siendo organizadas por la Sociedad de Epileptología de Chile.

**“I Curso de Avances y Desafíos en el Tratamiento de la Espasticidad”,** que se realizará el día 21 de Octubre del 2005, en Santiago, y que está siendo organizado por el Departamento de Neurocirugía en conjunto con

la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación y la Dirección Académica de Clínica Las Condes.

**4. CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES**

**IX Jornadas Anuales de la Asociación Nacional de Ligas Chilenas contra la Epilepsia (ANLICHE)**

8 al 10 de Abril, Termas de Quinamávida  
Organiza: Liga Chilena contra la Epilepsia  
Preside: Dr. Jorge Förster  
Informaciones: Fono: 699.2288

**52° Annual Meeting American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)**

18 al 23 de Octubre  
Toronto, Ontario, Canada, Sheraton Centre Toronto  
Informaciones:  
3615 Wisconsin Avenue, N.W., Washington DC.  
20016-307, Fono: 202 - 9662891  
Email: meeting@aacpa.org

**LX Congreso Chileno de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía**

17, 18 y 19 de Noviembre de 2005  
Gran Hotel Pucón  
Informaciones:  
Fono: 234.2460 - 232.9347 - 335.4437  
e.mail : secretariagr@123.cl  
Pág. Web: www.sonepsyn.cl

**XLV Congreso Nacional de Pediatría de la Sociedad Chilena de Pediatría**

8 al 12 de Noviembre de 2005, La Serena  
Fonos: 237 1598 - 237 9757, Fax: 238 0046  
e.mail: sochipe@terra.cl  
Pág. Web: www.sochipe.cl

**XXIII CONGRESO SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

**Fecha:** 10, 11 y 12 de Noviembre de 2005.  
**Lugar:** Hotel Villa del Río, Valdivia.

**INVITADOS EXTRANJEROS**

**Neurología:**  
Carsten Bonnemann, MD.  
Ass. Professor, Div. Of. Neurology  
The Children Hospital of Philadelphia  
Philadelphia, USA.

Alexis Arzimanoglou, MD.  
Chair of the 26th. Int. Epilepsy Congress Paris 2005.  
Epileptic Disorders Editor in Chief

París, Francia

Dr. Jaime Compistol  
Servicio de Neurología, Hospital Sant Joan de Deu,  
Barcelona, España.

Dra. Odile Boespflug-Tanguy  
Faculté de Medecine, Francia

Dr. Alain Tanguy, Neuroortopedista, Francia

#### **Psiquiatría**

Professor Dorothy Otnow Lewis, MD.  
Department of Psychiatry  
New York University School of Medicine,  
New York, USA.

F. Xavier Castellanos, MD.  
Brooke and Daniel Neidich Professor of Child and  
Adolescent Psychiatry.  
Director, Institute for Pediatric Neuroscience  
Director of Research NYU Child Study Center, New  
York, USA.

Dra. Matilde Maddaleno  
Psiquiatra  
Organización Panamericana de la Salud, Washing-  
ton, Estados Unidos.

#### **COMITE ORGANIZADOR**

##### **Presidenta Congreso:**

Dra. Ledia Troncoso Azócar.

##### **Director Neuropediatría Valdivia:**

Dra. Ana Flandes

##### **Director Psiquiatría Valdivia:**

Dra. Cecilia Navarro

##### **Director Comité Científico Neurología:**

Dra. Mónica Troncoso

##### **Director Comité Científico Psiquiatría:**

Dra. Muriel Halpern

#### **Comité Organizador**

**Dr. Manuel Campos,**  
Neurocirujano, Pontificia Universidad Católica

**Dra. Lilian Cuadra,**  
Neuróloga Infantil, Instituto de Neurocirugía

**Dra. Dolly Figueroa,**  
Psiquiatra Infantil, P. Universidad Católica

**Dr. Jorge Förster,**  
Neurólogo Infantil, Hosp. S. del Río, P. U. Católica

**Dr. Ricardo García,**  
Psiquiatra Infantil, Clínica Psiq. U. de Chile

**Dr. Patricio Guerra,**  
Neurólogo Infantil, Puerto Montt

**Dra. María Luisa Guzmán,**  
Psiquiatra Infantil, Hospital de Valdivia

#### **Dra. Anahí Martínez,**

Neuróloga Infantil, Hosp. Exequiel González Cortés

#### **Dra. Carmen Quijada,**

Neuróloga Infantil, Hosp. Cl. San Borja Arriarán

#### **Dra. Loreto Ríos,**

Neuróloga Infantil, Hosp. Cl. San Borja Arriarán

#### **Dra. Cecilia Ruiz,**

Psiquiatra Infantil, Hosp. Cl. San Borja Arriarán

#### **Dr. Jorge Sobarzo,**

Psiquiatra Infantil, Hospital Sótero del Río

#### **Dra. Patricia Urrutia,**

Psiquiatra Infantil, Hosp. Cl. San Borja Arriarán

### **ACTIVIDADES CIENTIFICAS**

#### TEMARIOS

#### **Actividades Neurología**

##### **Curso precongreso (miércoles)**

“El aprendizaje del niño y sus trastornos:  
enfrentamiento práctico”

1ª parte: 3 módulos

2º parte: 2 talleres

##### **Simposios**

1. Epilepsia
2. Neuroimagenología
3. Neuromusculares
4. Genética - Metabólicas
5. Neurorehabilitación - Neuroortopedia
6. Trastornos desarrollo
7. Controversias
8. Series Clínicas
9. Medicina Integrativa
10. Neurocirugía
11. Ética en los Medios de Comunicación

#### **Actividades Psiquiatría**

##### **Plenarias**

1. Desde la liberación económica: cambios en la conducta del sujeto
2. Violencia: Modelos de intervención específica
3. La soledad de la familia en el mundo globalizado

##### **Módulo I**

- Violencia
  - Controversias en trastornos farmacológicos de la conducta violenta
  - Violencia y género
  - Imputabilidad-pruebas de veracidad-discriminamiento
- Identidad - Sexualidad
- Controversias en tono a la elección vocacional
- Etnia y psicopatología-diferencias anteriores
- Déficit Atencional-Comorbilidad-Trastornos personalidad

- Eficacia y suicidalidad de trastornos con ISRS
- Desafíos de la especialidad= autocuidado en profesionales de salud mental

**ACTIVIDADES SOCIALES**

**Miércoles 09 Noviembre**

Cocktail Inaugural. Coro J. S. Bach. Hotel Villa del Río.

**Jueves 10 de Noviembre**

Cena de Camaradería. Cervecería Kunstmann. Amenizada por un "Grupo de Tuna".

**Viernes 11 de Noviembre**

Cena de Clausura. Catamarán Marqués de Mancera.

**Sábado 10 de Noviembre**

Visita al Santuario de la Naturaleza

Se están programando otras actividades sociales las cuales se informarán oportunamente.

**VALORES DE INSCRIPCION**

	Hasta el 31/08/2005	Después del 31/08/2005
Socios:	\$ 55.000	\$ 65.000
Becados:	\$ 45.000	\$ 55.000
No Socios:	\$ 70.000	\$ 80.000

La fecha de recepción de temas libres será impostergablemente hasta el 31 de Agosto de 2005. La Sociedad se preocupará de poder ofrecerles a los asistentes alternativas de alojamientos de costos rebajados.

**Informaciones e Inscripciones:**

Secretaría Sociedad, Fono: 56.2 - 632.0884  
e.mail: [sopnia@terra.cl](mailto:sopnia@terra.cl) / pág. Web : [www.sopnia.com](http://www.sopnia.com)

**GRUPOS DE DESARROLLO**

**• Grupo Chileno de Trastornos del Desarrollo**

Se reúnen el último Sábado de cada mes a las 09.00 hrs., en las dependencias de la Corporación Farmacéutica Recalcine, Av. Pedro de Valdivia 295, Providencia, Santiago.

**Directorio Grupo Trastornos del Desarrollo**

**Presidenta:** Dra. Carmen Quijada  
**Vice-Presidenta:** Flga. Sra. Marcia Cabezas  
**Secretaria:** T.O. Sra. María Elena Argomedo  
**Tesorerera:** Prof. Dif. Sra. Gloria Valenzuela  
**Past-President:** Dr. Jorge Förster  
**Directores:** Dra. Claudia Herrera, Flgo. Sr. Marcelo Díaz

**PROGRAMAS DE REUNIONES MENSUALES, AÑO 2005**

**30 de Abril**

Síndrome de Gilles Tourette y Comorbilidad Psiquiátrica.

Mesa Redonda

Psiquiatra Infantil, Dra. Esperanza Habinger

Neuróloga Infantil, Dra. Mónica Troncoso

Psicopedagoga, Sra. Gloria Valenzuela

**28 de Mayo**

Actualización en Esquizofrenia.

Bases Biológica, Dr. Francisco Aboitiz.

Avances en diagnóstico y tratamiento, Dra. Cecilia Ruiz.

**25 de Junio**

El Niño frente a la Sociedad Actual

Aspectos Psiquiátricos, Dra. Muriel Halpern

Aspectos Sociales, Sociólogo Sr. Nelson Escobar

**30 de Julio**

Actualización en Síndrome de Landau Kleffner, Dra. Isabel López.

**27 de Agosto**

Jornadas de Reflexión

Función Ejecutiva, desde la visión del Grupo de Trastornos del Desarrollo.

**24 de Septiembre**

Apego Madre Hijo

Apego Temprano, Dra. Mónica Kimelman

Neurobiología del Apego, Dr. Fernando Pinto

**29 de Octubre**

Adquisición del Lenguaje Temprano

**Noviembre**

Simposio en Congreso SOPNIA, Valdivia

**17 de Diciembre**

Controversias en Autismo, Asperger, Disfasia

Mesa Redonda

Dr. Ricardo García

Ps. Sra. Sandra Moyano

Flgo. Sr. Marcelo Díaz

Flga. Sra. Marcia Cabezas

**• Grupo de Estudio Psicopatología Clínica**

Se reúnen en la Clínica Los Tiempos / Genaro Benavides 5795 - La Reina, a las 10.30 hrs.

El Dr. Juan Enrique Sepúlveda es el Coordinador de este Grupo.

PROGRAMA REUNIONES MENSUALES, AÑO 2005.

**Sábado 14 Mayo**

Expone: Equipo Salud Mental, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Dra. Cecilia Ruiz

Tema: "Alteraciones neuropsicológicas en niños con organización límite"

**Sábado 18 Junio**

Expone: Dr. Francisco Aboitiz. Tema: "La Conciencia"

**Sábado 3 Septiembre**

Expone: Dr. Juan Carlos Martínez

Tema: "Antidepresivos, suicidio y la problemática con la FDA".

**NOTICIAS**

En el XXII Congreso de SOPNIA, en la Asamblea de Socios se entregó oficialmente el certificado de ingreso y la insignia de la Sociedad a los nuevos miembros, le damos la más cordial bienvenida a Dra. Keryma Acevedo, Flga. Marcia Cabezas, Dr. Patricio Guerra, Dra. Daphne Ribera, Dra. Loreto Ríos, Dra. Francesca Solari, Dra. Daniela Camponovo, Ps. Ana Campos, Dra. Claudia Herrera, Dra. Carla Inzunza, Ps. Myriam George, Dra. María Eugenia Moneta, Ps. María Elena Montt, Dr. Juan Mosca, Ps. Adonay Pizarro, Dra. Mailin Ponce



*También se hizo entrega en la Asamblea la insignia de la SOPNIA a todos los socios antiguos y se les tomó el juramento oficial.*

*La Directiva de la Sociedad le hizo un reconocimiento especial a la Dra. Flora De La Barra, Presidenta del XXII Congreso, en representación del Comité Organizador, Comité Científico y Comité Local.*



# Instrucciones a los autores

(Actualizado en Agosto de 2004)

Estas instrucciones han sido preparadas considerando el estilo y naturaleza del Boletín y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas" establecidos por el International Comité of Medical Journal Editors, actualizado, en noviembre de 2003 en el sitio web [www.icmje.org](http://www.icmje.org)

Se enviará el manuscrito en su versión completa, incluidas tablas y figuras, en cuatro copias de buena calidad, dirigidas a: Dra. Freya Fernández, Directora del Boletín SOPNIA, Esmeralda 678 of. 303, Santiago Centro, Santiago, Chile (Teléfono: (562) 6331955, (562) 6396171, Fono-Fax (562) 6391085, e-mail: [sopnia@terra.cl](mailto:sopnia@terra.cl)). Se incluirá una carta que identifique al autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, Fax, dirección de correo electrónico.

El texto se enviará en papel tamaño carta, a doble espacio, con letra Arial 12 y márgenes de 2,5 cm por ambos lados. Para facilitar el proceso editorial, todas las páginas serán numeradas consecutivamente, comenzando por la página de título en el ángulo superior derecho.

Se adjuntará disquet o CD debidamente etiquetado con el nombre del artículo, autor principal y programa utilizado en su confección, que incluirá el archivo completo.

El envío del manuscrito se considerará evidencia de que ni el artículo o sus partes, tablas o gráficos están registradas, publicadas o enviadas a revisión a otra publicación. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente citada, o permisos cuando el caso lo amerite. Todos los manuscritos serán sometidos a revisión por pares. Los manuscritos rechazados no serán devueltos al autor.

## Publicaciones duplicadas

Podrán publicarse artículos publicados en otras revistas con el consentimiento de los autores y de los editores de estas otras revistas.

Las publicaciones duplicadas, en el mismo u otro idioma, especialmente en otros países se justifican y son beneficiosas ya que así pueden llegar a un mayor número de lectores si se cumplen las condiciones que se detallan a continuación:

1. Aprobación de los editores de ambas revistas.
2. En algunos casos puede ser suficiente una versión abreviada.
3. La segunda versión debe reflejar con veracidad los datos e interpretaciones de la primera versión.
4. Un pie de página de la segunda versión debe informar que el artículo ha sido publicado totalmente o parcialmente y debe citar la primera

referencia Ej.: Este artículo esta basado en un estudio primero reportado en (Título de la revista y referencia).

## Página de título

El título debe ser breve e informativo. Se listará a continuación a todos los autores con su nombre, apellido paterno, principal grado académico, grado profesional y afiliación a instituciones. Las autorías se limitarán a los participantes directos en el trabajo. La asistencia técnica se reconocerá en nota al pie. En párrafo separado se mencionará donde se realizó el trabajo y su financiamiento, cuando corresponda. Se agregará aquí si se trata de un trabajo de ingreso a SOPNIA. Se agregará un pie de página con nombre completo, dirección y correo electrónico del autor a quien se dirigirá la correspondencia.

## Resumen

En hoja siguiente se redactará resumen en español e inglés, de aproximadamente 150 palabras cada uno, que incluya objetivos del trabajo, procedimientos básicos, resultados principales y conclusiones.

## Palabras claves

Los autores proveerán de 3 a 5 palabras claves o frases cortas que capturen los tópicos principales del artículo. Para ello se sugiere utilizar el listado de términos médicos (MeSH) del Index Medicus.

## Texto

El texto se redactará siguiendo la estructura usual, sugerida para artículos científicos, denominada "IMRAD" (introduction, methods, results and discussion). En artículos de otros tipos, como casos clínicos, revisiones y editoriales, podrá utilizarse otros formatos.

## Introducción

Se aportará el contexto del estudio, los objetivos y las hipótesis probadas. Los objetivos principales y secundarios serán claramente precisados. Se incluirá en esta sección sólo aquellas referencias estrictamente pertinentes.

## Método

Se incluirá exclusivamente información disponible al momento en que el estudio o protocolo fue escrito. Toda información obtenida durante el estudio pertenece a la sección Resultados.

## Selección y descripción de participantes

Se describirá claramente la selección de pacientes,

controles o animales experimentales, incluyendo criterios de elegibilidad y de exclusión y una descripción de la población en que se toma la muestra. Se incluirá explicaciones claras acerca de cómo y porqué el estudio fue formulado de un modo particular.

#### **Información técnica**

Se identificará métodos, equipos y procedimientos utilizados, con el detalle suficiente como para permitir a otros investigadores reproducir los resultados. Se entregará referencias y/o breves descripciones cuando se trate de métodos bien establecidos, o descripciones detalladas cuando se trate de métodos nuevos o modificados. Se identificará con precisión todas las drogas o químicos utilizados, incluyendo nombre genérico, dosis y vía de administración.

#### **Estadísticas**

Se describirá los métodos estadísticos con suficiente detalle como para permitir al lector informado el acceso a la información original y la verificación los resultados reportados. Se cuantificará los hallazgos presentándolos con indicadores de error de medida. Se hará referencia a trabajos estándares para el diseño y métodos estadísticos. Cuando sea el caso, se especificará el software computacional utilizado.

#### **Resultados**

Se presentará los resultados en una secuencia lógica con los correspondientes textos, tablas e ilustraciones, privilegiando los hallazgos principales. Se evitará repetir en el texto la información proveída en forma de tablas o ilustraciones, sólo se enfatizará los datos más importantes. Los resultados numéricos no sólo se darán en la forma de derivados (p.e. porcentajes) sino también como números absolutos, especificando el método estadístico utilizado para analizarlos. Las tablas y figuras se restringirán a aquellas necesarias para apoyar el trabajo, evitando duplicar datos en gráficos y tablas. Se evitará el uso no técnico de términos tales como: "al azar", "normal", "significativo", "correlación" y "muestra".

#### **Discusión**

Se enfatizará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que de ellos se derivan. No se repetirá en detalle la información que ya ha sido expuesta en las secciones de introducción o resultados. Es recomendable iniciar la discusión con una descripción sumaria de los principales hallazgos para luego explorar los posibles mecanismos o explicaciones para ellos. A continuación se comparará y contrastará los resultados con aquellos de otros estudios relevantes, estableciendo las limitaciones del estudio, explorando las implicancias de los hallazgos para futuros estudios y para la práctica clínica. Se vinculará las conclusiones con

los objetivos del estudio, evitando realizar afirmaciones o plantear conclusiones no debidamente respaldadas por la información que se presenta. En particular se sugiere no hacer mención a ventajas económicas y de costos a menos que el manuscrito incluya información y análisis apropiado para ello.

#### **Referencias bibliográficas**

Siempre que sea posible, se privilegiará las referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por un número pequeño de referencias a trabajos originales que se consideren claves. Deberá evitarse el uso de abstracts como referencias. Cuando se haga referencia a artículos no publicados, deberán designarse como "en prensa", "en revisión" o "en preparación" y deberán tener autorización para ser citados. Se evitará citar "comunicaciones personales" a menos que se trate de información esencial no disponible en forma pública.

#### **Estilo y formato de referencias**

Las referencias se numerarán consecutivamente, según su orden de aparición en el texto. Las referencias se identificarán con números árabes entre paréntesis. Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo al estilo usado en el Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov>)

#### **Artículo de revista científica**

Enumerar hasta los primeros seis autores seguidos por et al., en el siguiente formato:

Ejemplo: Salvo L, Rioseco P, Salvo S: Ideación suicida e intento suicida en adolescentes de enseñanza media. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 1198;36:28-34.

#### **Más de 6 autores**

Ejemplo: Barreau M, Ángel L, García P, González C, Hunneus A, Martín A M, et al. Evaluación de una unidad de Atención Integral del adolescente en un clínica privada. Boletín SOPNIA. 2003;19(2):25-32

#### **Cuando se cita el capítulo de un libro.**

Ejemplo: Pinto F. Diagnóstico clínico del Síndrome de Déficit Atencional (SDA). En: López I, Troncoso L, Förster J, Mesa T. Editores. Síndrome de Déficit Atencional. Santiago, Chile: Universitaria;1998. p.96-106.

Para otro tipo de publicaciones, atégase a los ejemplos dados en los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas".

#### **Tablas**

Las tablas reúnen información concisa y la despliegan en forma eficiente. La inclusión de información en tablas, contribuye a reducir la longitud del texto.

Las tablas se presentarán a doble espacio, cada una

en hoja separada y se numerarán consecutivamente según su orden de aparición. Se preferirá no usar líneas divisorias internas. Cada columna tendrá un corto encabezado. Las explicaciones y abreviaciones se incluirán en pie de página. Para los pie de página se usarán los siguientes símbolos en secuencia:

\*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡

Se identificará medidas estadísticas de variación (desviaciones estándar o errores estándar de medida).

#### **Ilustraciones**

Las figuras serán dibujadas o fotografiadas en forma profesional. También podrán remitirse en forma de impresiones digitales con calidad fotográfica. En el caso de radiografías, TAC u otras neuroimágenes, así como fotos de especímenes de patología, se

enviará impresiones fotográficas a color o blanco y negro de 127x173 mm. Las figuras deberán ser, en lo posible, autoexplicatorias, es decir contener título y explicación detallada. Las figuras serán numeradas consecutivamente de acuerdo a su orden de aparición en el texto. Si una figura ha sido publicada previamente, se incluirá un agradecimiento y se remitirá un permiso escrito de la fuente original, independientemente de su pertenencia al propio autor.

#### **Abreviaciones y símbolos**

Se usará abreviaciones estándar, evitando su uso en el título. En todos los casos, se explicitará el término completo y su correspondiente abreviación precediendo su primer uso en el texto.