

especial énfasis en la dieta materna y medicaciones administradas durante la gestación^{5,6}. En nuestra serie la exposición materna más frecuentemente asociada con este fenómeno son los antiinflamatorios no esteroideos como está descrito en la literatura¹, pero encontramos otros como la hidroxilcloroquina que no estaba descrito hasta la fecha.

El diagnóstico precoz de la constricción precoz ductal intraútero y la identificación de su causa es esencial para revertir/minimizar las alteraciones hemodinámicas, ya que si la situación progresa se puede producir insuficiencia cardiaca y muerte fetal.

Bibliografía

1. Shastri AT, Abdulkarim D, Clarke P. Maternal diclofenac medication in pregnancy causing in utero closure of the fetal ductus arteriosus and hydrops. *Pediatr Cardiol.* 2013;34:1925–7.
2. Zielinsky P, Manica JL, Piccoli Jr A, Nicoloso LH, Frajndlich R, Menezes HS, et al. Ductal flow dynamics and right ventricular size are influenced by maternal ingestion of polyphenol-rich common beverages in normal pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;30:397.
3. Choi EY, Li M, Choi CW, Park KH, Choi JY. A case of progressive ductal constriction in a fetus. *Korean Circ J.* 2013;43:774–81.
4. Enzensberger C, Wienhard J, Weichert J, Kawecky A, Degenhardt J, Vogel M, et al. Idiopathic constriction of the fetal ductus arteriosus: Three cases and review of the literature. *J Ultrasound Med.* 2012;31:1285–91.
5. Sridharan S, Archer N, Manning N. Premature constriction of the fetal ductus arteriosus following the maternal consumption of chamomile herbal tea. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;34:358–9.
6. Costa V, Carriço A, Valente F. Premature ductus arteriosus constriction: Consequences of excess maternal consumption of herbal and black tea. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56:144–6.

A. Ayerza Casas^{a,*}, L. Jiménez Montañés^a,
M. López Ramón^a, D. Lerma Puertas^b
y M.D. García de la Calzada^a

^a Sección de Cardiología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio de Obstetricia y Ginecología, Diagnóstico Prenatal, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aayerzac@hotmail.com

(A. Ayerza Casas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.07.008>

Revisión crisis parainfecciosas de enero del 2012 a marzo del 2014



Review of para-infectious seizures from January 2012 to March 2014

Sr. Editor:

Las crisis parainfecciosas son crisis convulsivas afebriles asociadas a procesos infecciosos banales, como la gastroenteritis aguda sin alteraciones hidroelectrolíticas ni deshidratación o las infecciones respiratorias de vías altas¹⁻⁶ y son aún una entidad poco conocida en nuestro medio^{1,3,4}.

Los objetivos de este estudio descriptivo retrospectivo fueron definir la incidencia de las crisis parainfecciosas en un hospital terciario, además de analizar las características principales de dichas crisis junto con su evolución natural. Los criterios de inclusión fueron: crisis única o múltiple afebril (temperatura máxima de 37,9° C) asociada a procesos banales (infección respiratoria de vías altas o gastroenteritis aguda sin alteraciones hidroelectrolíticas ni signos clínicos de deshidratación); desarrollo psicomotor normal y pruebas complementarias con resultado anodino.

Se excluyó a todos los pacientes con fiebre en el momento de la crisis, diagnóstico previo de epilepsia o retraso psicomotor.

En nuestro estudio (tabla 1), se incluyó a 11 pacientes, con edades comprendidas entre los 3 meses y los 5 años, de los cuales 7 fueron varones y 4 mujeres. Tan solo uno de ellos había presentado previamente una crisis febril típica.

El número de crisis osciló desde una crisis única hasta 10 episodios agrupados, con una duración de menos de un minuto hasta los 20 min (duración media de 5,7 min), siendo en el 81,8% de las crisis inferiores a 5 min. El tipo de crisis más frecuente (54,5%) fue tónico-clónica generalizada (54,5%).

De los 11 pacientes, 5 presentaron infección respiratoria de vías altas y 6 gastroenteritis aguda.

De los 5 coprocultivos realizados, se aisló Salmonella en uno de ellos y rotavirus en 2.

Se realizó un electroencefalograma en fase aguda en 10 de los 11 pacientes, con resultado normal en el 40% (de los restantes 3 presentaban lentificación en el registro y otros 3 actividad irritativa).

En cuanto a las pruebas de neuroimagen, se realizaron 6 resonancias magnéticas y una tomografía computarizada, destacando un paciente con hidrocefalia no obstructiva ni progresiva.

Cinco pacientes precisaron fármacos antiepilépticos para yugular la crisis en el servicio de urgencias, utilizando benzodiazepinas (diazepam o midazolam). Posteriormente, 6 de los pacientes hospitalizados necesitaron fármacos antiepilépticos, siendo los más usados el valproico y el levetiracetam. Al alta, solo 4 de los pacientes precisaron tratamiento de mantenimiento y uno de ellos terapia combinada.

A todos los pacientes se les revisó en consulta. Un solo paciente desarrolló epilepsia posteriormente (parcial con crisis secundariamente generalizada).

Las crisis parainfecciosas o crisis convulsivas asociadas a procesos infecciosos banales, tipo gastroenteritis aguda o infección respiratoria de vías altas, son procesos poco conocidos en nuestro medio¹⁻⁶.

Tabla 1 Casos recogidos

Caso	Sexo	Edad	AF	N.º crisis	Duración	Semiología	Inf. intercu	A.S.	EEG	Neuroimagen	PL	T.º	T.º alta	Evolución
1	Varón	0,6	No	2	3	Tónica	IRVA	Neutrofilia + PCR	Normal	No	No			N
2	Varón	0,5	No	2	1	TCG	IRVA	Normal	Lento	RM: normal	Sí: normal	LEV	LEV	N
3	Mujer	0,2	No	4	1	TCG	GEA	Normal	Normal	RM: normal	Sí: normal	Urg: midativ		N
4	Varón	3,8	Epilepsia	2	10	TCG	IRVA	Normal	Lento	RM: normal	Sí: normal	Urg: diacepam rectal + midativ	VPA	N
5	Varón	2,1	Narcolepsia	10	2	TCG	GEA	Normal	Normal	RM: normal	Sí: normal	LEV	VPA + LEV	N
6	Mujer	1,4	No	3	5	Parcial 2.º gral	GEA	Normal	Irritación	RM: normal	Sí: normal	LEV	LEV	N
7	Mujer	4,5	Epilepsia	1	20	Parcial 2.º gral	IRVA	Linfocitosis	Normal	No	No	Urg: diacepam rectal + midativ		N
8	Mujer	4,8	Crisis febriles	1	5	TCG	GEA	Normal	act irritativa centro temporal	RM: hidrocefalia	No			Epilepsia parcial
9	Varón	2,1	No	1	Descon	Tónica	IRVA	Normal	No	No	No	Urg diacepam rectal		N
10	Varón	2,1	No	2	2	TCG	GEA	Normal	Lento	TC: normal	Sí: normal			N
11	Mujer	2,1	No	1	8	Parcial 2.º gral	GEA	Normal	act irritativa centro temporal	Normal	Normal	Urg diacepam rectal	LEV	VPA

Hasta el momento, la mayoría de las series de casos realizadas en España asocian las crisis parainfecciosas a gastroenteritis aguda^{1-3,5,6}.

En la serie de casos de Lara Helgueda et al.⁴ se observó que las crisis parainfecciosas se producían en el contexto de gastroenteritis aguda en el 67,6% y de infección respiratoria de vías altas en el 32,4%, datos bastante aproximados a los encontrados en nuestra serie, con un 54,5 y 45,5%, respectivamente.

Es frecuente la tendencia a la agrupación de crisis durante el mismo proceso infeccioso, pero no es criterio indispensable para el diagnóstico¹⁻⁶. De hecho, en nuestro estudio, objetivamos que 4 de nuestros pacientes (36,4%) presentaron una única crisis.

En cuanto a las pruebas de imagen, la más realizada fue la resonancia magnética craneal, que se solicitó en el 70% de los casos, con resultado alterado en un solo paciente (hidrocefalia). Estos datos son similares a los encontrados en la literatura⁴.

En las crisis parainfecciosas existe una tendencia a la refractariedad a pesar del tratamiento²⁻⁵. Esto no se objetivó en nuestra serie, donde precisó de mantenimiento por agrupación de las crisis el 54,4% de los pacientes y solo un paciente requirió terapia combinada.

Tan solo el 54,5% de los pacientes revisados con diagnóstico al ingreso de crisis convulsiva fueron dados de alta con el diagnóstico definitivo de crisis parainfecciosas.

La evolución de todos los pacientes, seguidos en consulta, fue favorable, sin historia posterior de crisis, salvo una epilepsia parcial.

En conclusión, las crisis parainfecciosas son cuadros poco conocidos en nuestro medio, motivo por el cual continúan siendo infradiagnosticados, lo que suscita la realización de una gran cantidad de pruebas complementarias y administración de tratamientos innecesarios.

Bibliografía

1. Lacasa Maseri S, Ramos Fernández JM, Moreno Pérez D, Urda Cardona A, Martínez Antón J. Crisis convulsivas asociadas a gastroenteritis: estudio de incidencia y análisis clínico. *An Pediatr (Barc)*. 2013;79:162-6.
2. Cancho-Candela R, Peña-Valenceja A, Alcalde Martín C, Ayuso Hernández M, Medrano Sánchez O, Ochoa Sangrador C. Convulsiones benignas durante gastroenteritis leve por rotavirus. *Rev Neurol*. 2009;49:230-3.
3. Regueras Santos L, Iglesias Blázquez C, Rodríguez Fernández C, Fernández Pérez L, Jiménez González A, Recio Pacual V. Asociación entre gastroenteritis aguda leve y convulsiones afebriles benignas. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León*. 2010;50.
4. Lara Herguedas J, García Peñas JJ, Ruiz Falcó ML, Gutiérrez Solana LG, Duat Rodríguez A, Arrabal Fernández ML, et al. Crisis parainfecciosas en el niño: estudio retrospectivo de 34 casos. *Rev Neurol*. 2008;46:321-5.
5. Martí I, Cilla G, Gomáriz M, Eizaguirre J, García Pardos C, Pérez-yarza EG. Rotavirus y crisis convulsivas. Una asociación poco frecuente aunque bien definida. *An Pediatr (Barc)*. 2010;73:70-3.
6. Fernández Fernández MA, Madruga Garrido M, Blanco Martínez B, Rufo Campos M. Estado epiléptico asociado a una gastroenteritis leve por rotavirus. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69:263-6.

E. Hernández Frutos*, D. Conejo Moreno,
I. Arribas Montero, M. Hortigüela Saeta
y M.L. Angulo García

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Burgos,
Burgos, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estherhdezfrutos@gmail.com

(E. Hernández Frutos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.11.009>