



pina, ziprasidona y paliperidona. Este reveló que la ganancia media de peso fue mayor para olanzapina con 3,47 kg, seguido de la risperidona con 1.72kg, luego quetiapina con 1.41kg y el por último el aripiprazol con 0,85 kg.

La olanzapina y clozapina se asociaron con la mayor tasa de anomalías metabólicas. Mientras que la elevación de la prolactina se produjo con la risperidona y la olanzapina.

⁽¹⁰⁾ Los antipsicóticos de segunda generación han sustituido en gran medida el uso de antipsicóticos de primera generación (APG); en el tratamiento de los trastornos psicóticos de la niñez y adolescencia, debido a la mayor sensibilidad sobre los efectos extrapiramidales que produce los antipsicóticos de primera generación; pero los ASG tienen efectos secundarios metabólicos significativos y esto es motivo de preocupación, por lo que la elección del antipsicótico en estas edades debe basarse en el trastorno a tratar, junto con el perfil de efectos secundarios del fármaco.

El paciente presentó cetoacidosis diabética permaneciendo hospitalizado durante dos semanas, la tasa de mortalidad en estos pacientes se estima que es de un 3% por año. Los problemas respiratorios, cardiovasculares, la diabetes mellitus y la tromboflebitis, son las causas más frecuentes de muerte en estos niños. ⁽⁴⁾

La hiperfagia asociada con el síndrome de Prader-Willi, la cual conduce a menudo a obesidad mórbida, se ha asociado a perturbaciones de la edición del receptor 5HT2CR ARN, el cual dentro del hipotálamo, es el receptor de la serotonina de más alta expresión. Curiosamente, la región eliminada

del gen 15q11-13 codifica múltiples copias de un pequeño ARN nucleolar (SNORD115) que contiene una caja de 18 nucleótidos complementarias a la región editada de 5HT2CR pre-mRNA. Muestras de cerebro de pacientes con SPW mostraron patrones alterados de edición en esta región genómica. ⁽¹¹⁾ La obesidad en PWS es principalmente central (abdomen, las nalgas y los muslos) en ambos sexos. La obesidad y sus complicaciones son las principales causas de morbilidad y mortalidad. ^(2,11) La reducción de las calorías y el ejercicio físico controlan la obesidad, así como favorece al incremento de la masa corporal magra en los niños con este síndrome.

La hormona del crecimiento está aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, para el tratamiento del SPW. ⁽¹²⁾

Meinhardt et al (2013) evaluaron la eficacia y seguridad del uso de la hormona del crecimiento en 41 niños con SPW, con una media de edad de 4 años; reportando que el 85% de los niños alcanzó la altura dentro del rango de referencia para los niños normales, mejorando la composición corporal, aumentando en un 9,1% la masa corporal magra y con disminución del 10% de la masa grasa. Concluyendo que la terapia con la hormona del crecimiento fue bien tolerada, tiene un efecto beneficioso sobre la altura y sobre los trastornos metabólicos en estos pacientes. ⁽¹³⁾

Este es el primer caso publicado en nuestro país, de un paciente con SPW y manifestaciones psiquiátricas que evolucionó