

El tratamiento farmacológico del TDAH con ambos fármacos mejoró la evolución clínica de este trastorno y no influyó de forma relevante sobre la epilepsia en pacientes controlados. En los niños epilépticos con dificultades del aprendizaje deben valorarse los mecanismos de los procesos atencionales que puedan estar alterados y que precisen una valoración y un tratamiento específicos.

16TL. RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO (RPT) EN PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA INMUNOMEDIADA CON RESPUESTA PARCIAL AL TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR. Arroyo HA,¹ Pastrana A,¹ Nocetti G,² Ciruso P,² Montara A,² Buompadre C,¹ Fresler S,¹ Ruggiere V,¹ Kuperman S.² Servicio de Neurología; ²Centro Regional de Hemoterapia; Hospital de Pediatría Prof.Dr. Juan P. Garrahan; Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes: Las encefalopatías inmunomediadas son cuadros graves y a veces letales; sin embargo, son potencialmente reversibles con adecuado tratamiento. La inmunomodulación ha demostrado ser beneficiosa en el tratamiento de estas encefalopatías. No obstante, en caso de fracaso del tratamiento, las opciones son RPT, rituximab o ciclofosfamida. **Objetivo:** Describir la utilidad del RPT en pacientes pediátricos con encefalitis inmunomediada con respuesta parcial al tratamiento inmunomodulador. **Sujetos y Métodos:** Durante el periodo 2011-2012 se atendieron 18 pacientes con sospecha de encefalopatía inmunomediada. Siete casos no respondieron al tratamiento con gammaglobulina y corticoides, indicándose RPT. En 3 se confirmaron anticuerpos anti-NMDA. Se utilizó score de Rankin modificado (0-6) (SRm) para valorar clínica al inicio, pre y post tratamiento con RPT y actual. **Resultados:** El tiempo entre primeros síntomas y diagnóstico varió de 8 a 41 días. La suma del score de todos al inicio fue 35. Luego del tratamiento inmunomodulador descendió a 32. Se realizaron en promedio 7.4 RPT por paciente. El tiempo desde inicio de la enfermedad hasta RPT fue de 18 a 180 días. La sumatoria del score posterior a RPT fue 24. Se evidenció mejoría de los síntomas entre el 2º y 4º RPT. En 3 pacientes (score 4) se indicó rituximab. El promedio de seguimiento fue 20 meses. El score actual en todos fue 1. **Conclusiones:** Todos los pacientes luego de RPT mejoraron rápidamente los síntomas, independientemente del tiempo de evolución. El procedimiento fue seguro incluso en los más pequeños de esta serie. El pronóstico a largo plazo de estos niños fue muy bueno (SRm 1). Probablemente, la marcada mejoría clínica experimentada por los pacientes luego del RPT no

pueda ser representada con esta escala, dada la falta de discriminación en cambios sutiles, pero es una medida objetiva para la evaluación de la respuesta al tratamiento.

17TL. CRISIS DE HIPERTONÍA EN EL LACTANTE. Campistol J. Servicio Neuropediatría, Hospital Universitari Sant Joan de Déu; Barcelona, España.

Antecedentes: Las crisis de hipertensión en el lactante pueden tener un origen muy diverso. Es importante su identificación y orientación terapéutica. **Caso Clínico:** Lactante de 4 meses de edad, sin antecedentes de interés que presentó en vigilia crisis tónica con hipertensión de miembros de 5-10" duración. El cuadro se inicia a los 3 meses de vida y debuta con un episodio brusco de rigidez generalizada de 3-10", acompañado de apnea, cianosis y con extrema congestión facial, no hay pérdida de conciencia y es autolimitado. Con frecuencia al ceder la hipertensión puede aparecer un grito durante escasos segundos, sin otras manifestaciones posteriores aparte de ligera postración. Los episodios ocurren siempre en vigilia, y casi siempre con el niño en brazos de algún familiar y en posición más o menos erguida. Cuando se inicia en el primer mes de vida la intensidad de los episodios es mayor. No tiene predominio horario, ni relación con las comidas, ni se asocia aparentemente con episodios de reflujo. Tampoco tiene una periodicidad clara. Un trazado EEG en vigilia demostraba la presencia de ondas lentas bi-temporales y se inició valproato sódico con escasa respuesta. Se practicó RM craneal con resultado normal. Acude a la consulta para una segunda opinión. Una vez explorado el lactante y analizados los exámenes complementarios aportados, se plantea el diagnóstico diferencial frente a un lactante con crisis de hipertensión desde una crisis tónica epiléptica, los espasmos epilépticos y la epilepsia mioclónica refleja. Otras opciones diagnósticas pasan por las crisis tónicas en el curso de un reflujo gastroesofágico, el reflejo de Moro exagerado, la hiperekplexia, las mioclonías del lactante o incluso el dolor paroxístico extremo. Se evalúan las estas opciones diagnósticas una vez analizado todo el cuadro clínico y revisado un vídeo del episodio que aporta la familia y se decide la opción terapéutica. **Conclusiones:** Frente a un lactante con crisis de hipertensión es muy importante la evaluación de todos los parámetros. Idealmente el video-EEG crítico tiene mucho valor, sin embargo no siempre se consigue. En ocasiones el análisis pormenorizado del evento mediante la multitud de imágenes hoy en día disponibles permite orientar el cuadro y evitar muchas exploraciones innecesarias y la consiguiente iatrogenia.