

Caso 7. Paciente con diagnóstico secuelas de hipoxia perinatal y malformaciones cerebrales

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.332.07>

Metodología: El presente dictamen fue realizado basado en la experiencia que tengo relacionada con el área de neurología pediátrica, con una antigüedad de más 20 años de ejercicio profesional y procediendo a realizar una revisión exhaustiva del expediente clínico de la menor, incluidos estudios de gabinete proporcionados para su análisis, así como historia clínica y evaluación neurológica realizada a la menor M. L. R.

Objetivo: El objetivo del presente dictamen especializado en el área de neurología pediátrica tiene el propósito de emitir opinión profesional sobre sus condiciones clínicas actuales desde el punto de vista de su Desarrollo neurológico integral de la menor M. L. R. hoy día de siete años cinco meses de edad cronológica.

Introducción

Paciente femenina de siete años, cinco meses, dentro de sus antecedentes de importancia están: ser producto de G-I obtenida por cesárea de urgencia por atención de parto eutócico fallido, secundario a desproporción céfalo-pélvica y maniobras de Kristeller realizadas a la madre P.R.B.

El peso al nacer de M. fue de 2.890 g y calificado con prueba Apgar de 9-9 a tiempos convencionales como se refiere en nota médica de la institución atendida (Foja 79), no obstante en el peritaje realizado por el pediatra neonatólogo Dr. H. A. R. B. hace mención en su informe presente en fojas

765 del expediente en tercer párrafo a la letra posterior a conducción de trabajo de parto bajo bloqueo peridural, dilatación y borramiento de cérvix completo, pasa a la sala de expulsión y como el producto no desciende, se reportan datos de sufrimiento fetal agudo y se procede a la colocación de fórceps Salinas, el cual resulta fallido y se decide pasar a cesárea. El interrogatorio realizado a los padres menciona que requirió maniobras de reanimación inmediata avanzada detectando apnea neonatal de 70 s, requirió maniobras especiales de reanimación, cianótica y flácida, no requirió intubación inmediata y fue trasladada a cunero; a las tres horas de vida extra uterina presenta una crisis convulsiva, referido a familiares de más de 30 minutos, y trasladada a terapia intensiva y la carta de consentimiento informado se firma por los padres el 26 de diciembre del 2011 a las 9:40 y el menor nace el mismo día a las 12:36 h es decir, tres horas después de nacer, informando a familiares sobre detección de fracturas, a las nueve horas sigue en terapia ignorando tipo de manejo por referir solo de vigilancia por la presencia de hiperbilirrubinemia. Permaneció del 26 diciembre al 6 enero y egresada sin indicaciones específicas solo antiepiléptico del tipo fenitoína, ha tenido valoraciones neurológicas diversas hasta la última realizada un mes antes refiriendo que estaba normal neurológicamente.

Los datos clínicos detectados al nacimiento se reportan en foja 765 con la siguiente somatometría y signos vitales: peso de 2.840 g, talla 49 cm. PC 35 cm, perímetro torácico 31 cm y perímetro abdominal 32 cm, FC 128X' FR 52X', tensión arterial normal 58-35 y temperatura 37°C; posteriormente se ingresó a la inspección general detectando motilidad adecuada, cráneo con crepitación fronto parietal derecha, dermoabrasiones en cara del lado derecho, así como eritema y edema local, puente nasal desviado, por lo que proceden a solicitar estudios de gabinete del tipo radiografías de cráneo reportando en su informe escalonamiento y potencial diástasis de sutura sagital, por lo que realizan tomografía craneal computada reportando edema cerebral generalizado, hemorragia subaracnoidea sin definir localización, así como hematoma subgaleal en hemicránea derecho con localización en ambas regiones occipitales. Fue valorado por neurología pediátrica (Dr. Eduardo Barragán Pérez) quien, ante la presencia de crisis convulsivas, inicia manejo con antiepiléptico del tipo fenitoína y neurocirugía pediátrica (Dr. J. D. P. R.), quien revisa además el estudio de resonancia magnética

craneal realizado el día 27 de diciembre que solo identifica hematomas sub-galeales occipital derecho y en ambas regiones parietales, corroborando diagnóstico de trauma obstétrico y la fractura antes referida, no requirió realización de procedimiento quirúrgico, solo médico. El 2 de enero del 2011 se realiza electroencefalograma que se reporta anormal con paroxismos de ondas lentas en región fronto-temporal izquierda y derecha y pobre respuesta a estímulos auditivos, no obstante, el neurólogo pediatra la considera sin fenómenos epilépticos y por evolución favorable se sugiere puede egresarse desde el punto de vista neurológico.

Es de llamar la atención que durante su evolución intrahospitalaria su curso con hipotonía que fue mejorando gradualmente a su egreso mejorando a condiciones normales.

Evolución intrahospitalaria en etapa neonatal:

Respiratorio: ingresó a cunero patológico con quejido espiratorio y manejándose solo con oxígeno suplementario en campana cefálica que fueron disminuyendo gradualmente hasta su mejoría en los diez días posteriores.

Cardiológico: solo detectando foramen oval permeable, pero sin datos de descompensación hemodinámica corroborado con ecocardiograma.

Gastrointestinal: desde las cuatro horas de vida extrauterina con tolerancia adecuada a la vía oral siendo alimentado con leche materna.

Metabólico: a su nacimiento presentó hipoglicemia que se compensa posteriormente al manejo establecido y curso con hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina indirecta detectando valores de 8.5 mg/dl solo manejado con helioterapia.

Resto de aparatos y sistemas: normal evolución.

Egresado el 6 de enero de 2012 (11 días de estancia intrahospitalaria) con los diagnósticos de:

- Recién nacido de término 38.1 semanas de gestación
- Trauma Obstétrico
- Potencialmente infectado (sin confirmarse germen aislado)
- Crisis convulsivas en tratamiento
- Hipoglicemia remitida

- Hiperbilirubinemia a expensas de Bilirrubina indirecta remitida
- Eritema tóxico remitido.

El 8 de febrero del 2012 fue valorada por la Dra. J. S. M. (con cédula profesional AECEM 1), quien ha continuado con el seguimiento neurológico a la fecha encontrando que en esa fecha realiza un informe médico, mismo que fue agregado en el expediente como materia de la presente controversia, como prueba superveniente, con la cual se acredita que la niña M. L. R. era una paciente con antecedentes de trauma obstétrico con fractura parietal derecha que afecta la tabla externa no quirúrgica y encefalopatía hipóxico isquémica estadio II de Sarnat, que en esa fecha manifestaba déficit neurológico de tipo motor, caída en gota de la cabeza, reflejos primarios del recién nacido con moro incompleto por la ausencia de la fase de abducción y en las maniobras de arrastre existía paresia moderada de miembro braquial izquierdo, por lo que se sugirió seguimiento neurodesarrollo e inició estimulación temprana y terapia neurohabilitatoria (Que ha decir de la citada Dra. S. sugiere seguimiento de diez años, no obstante no existe información bibliográfica científica que sustente dicha postura por comportamientos y evoluciones variables de los pacientes para favorecer la adquisición de habilidades motoras y evitar posturas anormales), además que se debería continuar con tratamiento antiepiléptico.

En el seguimiento de la menor por el mismo médico tratante se identificaron los siguientes hallazgos de importancia a decir de la Dra. J. S. M.:

Se encuentra en seguimiento neurológico por secuelas de encefalopatía hipóxica y trauma obstétrico, se inició el retiro de antiepilépticos el día diecisiete de febrero del dos mil doce, se sometió a terapia neurohabilitatoria (técnicas de katona) debido a la presencia de la parecia bronquial izquierda y a la falta de sostén cefálico. A los once meses de edad inició con el gateo y en la última consulta del 25 de enero del año en curso el gateo lo ejecutó en forma adecuada, se para y camina con apoyo. El lenguaje: con balbuceo. Cuenta con EEG de control de agosto dos mil doce en el que muestra inmadurez de la actividad del sueño sin fenómenos paroxísticos. Podemos considerar que la edad neurológica calificada con la escala de habilidades motoras de

Milani-Comparetti es de nueve meses, significa un retraso de 4 meses, con respecto a su edad cronológica.

Fecha 28 de julio de 2014, realiza la citada Dra. S. nueva evaluación neurológica encontrando como datos sobresalientes:

Acudió para valoración por antecedentes de trauma obstétrico. Evolución con paresia izquierda, hipotonía troncal a pesar de neurorehabilitación (no se especifica tipo y frecuencia) la adquisición de habilidades ha sido lenta, camina a 1 año 11 meses, vocabulario 15 palabras, ecolalia, control de esfínteres. Antecedente crisis neonatal, buen control retiro de AE a los 3 meses de edad. Impresiona coeficiente intelectual limítrofe. Talla baja, hiperlordosis lumbar, dolicocefalia PC CENTIL 85 %.

Y con las siguientes impresiones diagnósticas: Retraso en el desarrollo motor y de lenguaje, secundario a encefalopatía hipóxica, talla baja, lordosis lumbar y cráneo dolicocefalo en percentil 85 % secundario a hipocondroplasia. Y solo sugiriendo como tratamiento ejercicios de neurorehabilitación y terapia de lenguaje, insistiendo que la duración del tratamiento de neurorehabilitación debe ser por diez años.

La última valoración realizada por la Dra. J. S. M. el 2 de junio de 2019 mencionando que en la valoración realizada en el año 2015 encontró lenguaje más fluido, capacidad para contar hasta el número 10 y discriminar dos colores.

Al interrogatorio directo de los padres A. E. L. A. y P. R. B., quienes me proporcionan la siguiente información: desarrollo psicomotor con sostén cefálico siete meses, se sentó sola a los nueve meses, caminó a los 18 meses, balbuceó a los dos años, inicia guardería seis meses y preprimaria a los tres años, actualmente cursa segundo de primaria con rendimiento escolar con calificación 9.8, no recibe ningún medicamento, se le realizó estudio genético por talla limítrofe, tiene mutación desconoce tipo y es portadora de enuresis crónica con una frecuencia de dos a cinco veces por semana desde que inició control de esfínteres sin haber sido estudiada causa de la misma, por otra parte refieren que se chupa el dedo y se incrementa dicha acción en condiciones de angustia o situaciones que se salen de su control.

Actualmente persiste con enuresis en forma irregular de cuatro a seis veces por semana a pesar de irse al baño antes de ir a dormir. Y su exploración neurológica PC 52 cm, peso 15 kg, FC 70X' FR 22X'.

Paciente femenina con actitud libremente escogida, no obstante, si no la vemos no se chupa el dedo y al centrar la atención en la menor lo hace en forma prolongada, obedece ordenes, cooperadora, orientada en tiempo, espacio y lugar.

Exploración de nervios craneales y funciones mentales superiores: Exploración de nervios craneales normales, solo identificó sacadas hipométricas a la derecha que es agotable, en funciones mentales observó juicio, abstracción, razonamientos acordes a su edad, cálculo correcto de su edad cronológica, escritura adecuada, se realiza evaluación de figura humana donde omite orejas pero diferenciación correcta de géneros masculino y femenino.

Motricidad; asimetría de tono muscular disminuido en hemicuerpo izquierdo desproporcionado predominando en extremidad podálica izquierda que genera postura en varo de pie a la marcha y tendencia a caminar en puntas, hipotonía 1 de v en extremidad torácica izquierda y reflejos miotáticos simétricos.

Función cerebelosa: articulación correcta de las palabras, metrías, cincesias dentro de parámetros limítrofes, aunque disminuida en 10 % del lado izquierdo, marcha solo se hace más evidente la postura en varo de pie izquierdo, brinca en su propio pie en forma indistinta sin caerse.

Los estudios con que cuenta para comentar procedo a revisarlos, encontrando:

Resonancia magnética de cráneo de diciembre del 2011, en la que se identifica hipoplasia de cuerpo calloso, polimicrogiria bifrontal de predominio derecho e hipointensidad de sustancia blanca en zonas de U bifrontal.

Electroencefalograma digital de fecha 2012, se observan ritmo de fondo *theta* entremezclado con actividad delta, identificando en algunas épocas trenes de ondas lentas generalizadas sin fenómenos paroxísticos relacionado con actividad bioeléctrica acorde a su edad cronológica. Comparativamente con el estudio de 2015, muestra grafoelementos de sueño fase I, II sin fenómenos paroxísticos ni epileptogénicos, acorde a su edad cronológica desde el punto de vista bioeléctrico.

Análisis

El caso corresponde a una escolar de siete años cinco meses, producto de gestación primera con desarrollo de embarazo adecuado, atendida por gineco-obstetra mensualmente con seguimiento clínico y paraclínico y atendida en unidad médica privada donde la vigilancia obstétrica fue continua, pero durante el trabajo de parto en fase periodo expulsivo decidieron intentar parto eutócico, pero ante las dificultades presentadas se decidió por detección de sufrimiento fetal agudo el realizar cesárea, obteniéndose producto femenino de 38 semanas de edad gestacional por valoración de Ballard, peso al nacer adecuado a edad gestacional y aunque se reporta calificación de Apgar 9-9 a tiempos convencionales que se realizan al minuto y cinco minutos del nacimiento, resulta contradictorio la presencia de complicaciones inmediatas en las primeras tres horas de vida, apareciendo crisis epilépticas neonatales (no convulsivas de acuerdo a la clasificación de la Liga Internacional Contra la Epilepsia de 2017), sin describir patrón clínico y, considerando la clasificación de crisis epilépticas de 2017, se trató posiblemente de crisis multifocales, pero no podría concluir con la información obtenida en expediente y en el interrogatorio directo de los familiares y, de acuerdo a los criterios internacionales de administración de antiépiléptico, no cumplía con ellos en la información vertida en el expediente, pero sí con la información otorgada por el padre a quien le comentaron que la crisis que presentó tuvo una duración de treinta minutos y en consecuencia cumple con criterios de uso de antiépiléptico parenteral y, aunque el fármaco de elección es barbitúrico, no se contaba desde entonces a la fecha con este fármaco en forma parenteral, teniendo que recurrir alternativamente al único existente en esa época que fue la fenitoína, indicando dosis de impregnación y posteriormente dosis de mantenimiento de 7 mg/kg/día, que se siguió administrando hasta la suspensión definitiva el 17 de febrero de 2012 por no volver a presentar crisis recurrentes y evolucionando satisfactoriamente con adquisición de habilidades como relata su médico tratante, que a la fecha ha adquirido habilidades y destrezas acordes a una menor neurológicamente sana incluidas desarrollo de funciones mentales superiores.

A petición del Magistrado Presidente del Tribunal, y por conducto del abogado de la parte actora, procedo a contestar el siguiente interrogatorio entregado por el abogado de la parte actora y que contesto en este acto:

¿Cuáles son las lesiones o traumas que se produjeron en la menor M. L. R. al momento de su nacimiento?

Una vez leída información recibida de expedientes, reinterrogatorio a los padres e informes médicos contesto, la presente pregunta de la siguiente manera:

Se pueden clasificar en mediatas y tardías.

Los diagnósticos que podemos mencionar como mediatos son:

- 1) Encefalopatía hipóxico isquémica estadio I caracterizada por alteraciones en el estado de conciencia y crisis epilépticas en las primeras doce horas de vida extrauterina, las cuales remitieron antes de ser egresada a pesar de reportes discordantes de etapa I o II, pero el sustento científico es sin duda la I porque ni siquiera la clínica que presentaba a la menor caracterizada por hipotonía, crisis epilépticas en una sola ocasión y asociadas a hipoglicemia (que fue el factor que favoreció la presencia de las crisis), el electroencefalograma sin actividad epileptógena solo relacionado con disfunción subcortical y en relación directa a trauma obstétrico.
- 2) Síndrome de contusión cerebral secundario a trauma obstétrico, incluida fractura parietal derecha y cefalohematoma biparietal caracterizado clínicamente por alteraciones de la conciencia, crisis epilépticas —sin especificar el patrón clínico— remitidas y edema cerebral leve caracterizado por borramiento de suturas con pérdida de la relación sustancia gris-sustancia blanca que a su egreso en la etapa neonatal remitieron las manifestaciones, confirmado por datos clínicos de deformidad de cabeza, cefalohematoma; el estudio de radiografía simple reportó escalonamiento, no obstante, existe moldeamiento óseo en esta etapa perinatal, por otra parte, la tomografía solo pudo concluir datos imagenológicos de edema cerebral y el electroencefalograma relacionado con estos hallazgos que reportó alteración sub-

cortical difusa inespecífica en relación directa al proceso inflamatorio cerebral y, durante toda su evolución, el diagnóstico establecido fue de fracturas frontoparietal derecha, occipital derecha y cigomática derecha, no obstante, en ningún momento se describen datos clínicos de estas lesiones.

- 3) Potencialmente infectado debido a los antecedentes y mecanismos de atención durante el trabajo de parto, no obstante, los estudios en ningún momento confirmaron dicho resultado, por lo que fue suspendido el antibiótico a los cinco días de vida extrauterina.
- 4) Secuelas neurológicas de tipo motor secundarias a 1 y 2 que a la fecha no presenta ninguna secuela en forma específica como causante directa de la atención médica recibida en la etapa neonatal. Sin embargo, es menester comentar que durante los primeros cuatro años existió evidente retraso en su desarrollo motor, de coordinación y de lenguaje ya que en la última valoración de la Dra. Justina Sosa se menciona que el único problema vigente a la fecha de junio del presente año que revisó concuerda conmigo en relación a su desarrollo motriz acorde a su edad cronológica, la talla límite está relacionada con problema de desarrollo óseo y que no tiene relación con antecedentes perinatales es de origen congénito.

En el caso de las complicaciones tardías, aunque podrían tener influencia los antecedentes perinatales, no se pueden considerar como causa absoluta de secuelas como es el caso de:

- a) Dislalia de origen multifactorial, de origen estructural (por existir trastorno de la emisión de sonidos guturales y articulación de la palabra) y neurológico por estar relacionada con una secuela tardía reportada en la literatura secundaria a contusión cerebral presentada al nacimiento, no obstante, el moldeamiento óseo, neurodesarrollo y etapas de sinaptogénesis y mielinización han seguido un desarrollo normal.

En el momento de la evaluación neurológica de la menor no encontré déficit motor alguno, orientada en las tres esferas, coordinación adecuada, movilidad y atención correcta acorde a su edad cronológica, inclusive no existe talla baja debido a que se encuentra en 116 cm que corresponde al

percentil del 30 % dentro de las tablas de escalas aceptadas en nuestra población como normal. Y finalmente, el cuadro de hipocondrodislasia cuya causa es congénita, no obstante, no se ha realizado ningún estudio endocrinológico que justifique un trastorno del desarrollo en sentido estricto, por lo que en este momento solo recomendaría la evaluación endocrinológica y manejo de niña sana en tanto no se sustente su origen congénito que requiera atención especial adicional y por ende no se debe considerar con alguna discapacidad motora.

Si bien es cierto que existe dislalia fonológica, esto es de origen estructural y no de articulación o entendimiento de las palabras, por lo que debería contar con evaluación fonológica que permita vislumbrar la causa directamente relacionada de este problema de fonética, pero no de articulación de la palabra. En cuanto a la referida ecolalia, durante mi valoración no expresó esta manifestación por lo que no puedo sustentarla en forma objetiva.

¿Cuáles son las consecuencias psíquicas ocasionadas a la menor con motivo de su nacimiento?

De la misma manera que contesté en la pregunta previa, puede solo hacerse mención de las consecuencias psíquicas tardías porque en forma temprana solo existe déficit en el neurodesarrollo y el área de repercusión fue motora, la cual mejoró notablemente para los tres años alcanzando las habilidades y destrezas psicomotoras propias de un niño de su edad cronológica, en cambio en la etapa tardía se pueden incluir: ansiedad secundaria de origen multifactorial, pero influyó el retraso temprano en su desarrollo psicomotor, sin omitir la necesidad de ser evaluada en forma recurrente por múltiples profesionales de la salud y la segunda que se caracteriza por trastornos de lenguaje con componente principalmente fonológico, es decir, en la emisión del sonido no en la articulación y menos aún en el entendimiento, por lo que la causa principal es de origen estructural fonético.

Tempranas: donde el padecimiento de la menor M. L. R., que se menciona con antelación, es adquirido como consecuencia del trauma obstétrico acontecido durante el parto de la C. R. B. y a su nacimiento por cesárea, con una evolución de más de dos años. En este momento la menor presen-

ta solamente un trastorno de lenguaje fonológico que debe ser manejado en forma conductista por fonólogo y terapeuta de lenguaje para modificar estrategia de articulación de las palabras de ser posible, pero no puedo considerar en este momento como origen puramente adquirido. En cuanto a los dos años referidos, es cierto que durante su seguimiento por su médico tratante sustenta trastornos neuromotores y de lenguaje que requirieron terapia física y de estimulación múltiple particularmente en el déficit motor que presentaba, pero a los tres años existió una respuesta sorprendentemente satisfactoria por la atención recibida de apoyo neurorehabilitatorio y de los padres orientada por su médico tratante, logrando que la menor a la fecha se encuentre con las habilidades y destrezas adquiridas de una niña de su edad cronológica y psicológica.

En cuanto a la adquisición de habilidades relacionadas con atención, juicio y abstracción (es decir funciones mentales superiores), se adquieren a partir del tercer año y en este caso particular, solo es de llamar la atención la gran ansiedad que presenta la menor, manifestada por la persistencia de su objeto transicional que en este caso es “chuparse el dedo” y, aunque presenta relajación de esfínter urinario en la noche, no podemos considerarlo en sentido estricto enuresis recurrente, pero si requiere de investigar causas estructurales que generen dicha manifestación, debido a que se presenta de dos a cuatro veces por semana y no hay aparentes factores psicógenos generadores, pero tampoco se han investigado causas estructurales de vía urinaria, requiriendo de ellos para pensar en un factor etiológico de origen psicógeno.

Una vez determinadas las secuelas neurológicas a la menor, determinar si estas ponen en riesgo su desarrollo integral y pueden ocasionarle discapacidades que le impidan durante su vida valerse por sí misma

La menor M. L. R., derivado de las afectaciones que presentó a consecuencia del trauma obstétrico acontecido durante su nacimiento instrumentado con fórceps y a su nacimiento por cesárea, presentó entre otras secuelas encefalopatía- isquémica estadio I de Sarnat, cefalohematoma parietal de-

recho y HSA, también presenta múltiples factores de riesgo neurológico. Sin duda no existe forma de poder determinarlo pero, de acuerdo al comportamiento y habilidades y destrezas adquiridas sí, su desarrollo se lleva como una niña sana neurológicamente hasta la fecha, ya que ha adquirido habilidades acordes a su edad cronológica.

Como mencioné, las causas de las crisis epilépticas son múltiples y la menor no volvió a presentar crisis después de los primeros dos días de nacimiento, pudiéndose considerar remitidas y de origen multifactorial (metabólico como fue la hipoglicemia, por el trauma obstétrico y respiratorio en la etapa de adaptación pulmonar) pero que fue manejada adecuadamente hasta el primer año con su médico tratante y superó estas complicaciones inmediatas.

Por otra parte, la única secuela neuro-psicológica que presenta la menor es estado de ansiedad de leve a moderado caracterizado por persistencia de objeto transicional (chuparse el dedo), pero solo ante la observación persistente de padres o médicos extraños, que en este momento requiere apoyo psicológico del tipo terapia ocupacional (como sería el caso de pintura, música, Ballet), que la motive y olvide en sentido estricto esta manifestación. Segundo, a pesar de que ha superado las complicaciones inherentes en el periodo perinatal (estos son en el primer mes de vida), no es excluyente de presentar otras manifestaciones neurológicas pero no directamente relacionadas con el problema que cursó en el primer mes de vida, y no existe información sobre este punto y en mi experiencia no he encontrado secuelas mayores posteriores a estos eventos tempranos después de los cinco años y estoy de acuerdo en contar con apoyo tanatológico familiar que permita superar estas circunstancias vividas por la familia y con repercusión en la menor M.

Si existe un retraso en el desarrollo de la menor M. L. R. en su desarrollo motor y de lenguaje, proporcionar las características de dicho retraso

El único trastorno de articulación de la palabra es la dislalia relacionada con emisión fonética de la letra “r”, de manera que no puede ser considerada en forma directa como causa condicionante la asfixia neonatal que cursó por-

que no se han investigado alteraciones estructurales de la vía aérea superior en la emisión de frases o consonantes. Respecto a la ecolalia referida por su médico tratante, en ningún momento la detecté al realizar la exploración neurológica, sin embargo, menciono que la ecolalia se define como la repetición mecánica del habla de otros. Las causas relacionadas con ello pueden estar involucrados factores congénitos, como es el caso de los pacientes portadores de autismo (que nuestra paciente no tiene) y otros causales de la propia ansiedad que en este caso presenta otros factores condicionantes, como serían la continua valoración de médicos diversos y terapeutas que condicionan la angustia e inseguridad propiciando limitación de su autonomía. Como conclusión, es de origen multifactorial, pero es evidente requiere de terapias fonológicas para mejorar la calidad de emisión de palabras con mejor articulación y sonido fonético hasta superar dicha problemática que bien puede asociarse a su estado emocional de ansiedad.

Si hay algún tipo de trastorno de coordinación o cualquier tipo de alteración, de existir, indicar de manera pormenorizada en qué consisten los mismos

No los encuentro en el momento de la evaluación realizada y en cuanto a los mencionados por su médico tratante, (talla baja, lordosis lumbar y cráneo dolicocefalo en percentil 85 % secundario a hipocondroplasia), considero que tiene factores multifactoriales, es decir, adquiridos y congénitos, de hecho, cuentan los padres con consejo genético que muestra alteraciones en la información vertida que no tengo para comentar, porque no me la mostraron.

A mi juicio, la familia requiere apoyo tanatológico integral que permita superar la evolución de su hija menor y con repercusión en el estado de ánimo de Montserrat y, en consecuencia, ha superado en forma notable y satisfactoria, debiendo insistir en reintegrarla a actividades propias de niños de su edad para una mejor integración y en pro del derecho a la salud y principios de respeto e independencia asesorada, por supuesto, pero normal.

Si la menor requiere de manera continua terapia física, ejercicios de rehabilitación o terapia de lenguaje, precisar qué tipo de atención médica requiere la menor para su vida, en caso de que sea necesaria

En este momento no existen elementos para continuar en forma continua con terapias diversas, pero si amerita investigarse la causa de hipocondrodisplasia como de origen genético y, en cuanto al trastorno de lenguaje mixto con ecolalia persistente, debe tener apoyo neuropsicológico para el manejo de la ansiedad que la menor padece y que puede perpetuar la sintomatología presente de dislalia y ecolalia.

Considero que la menor debe ser manejada como niña sana para lograr éxito en su desarrollo armónico y mejorar los principios básicos de respeto al paciente que son la autonomía, ligada a seguridad e independencia.

Si existe algún tratamiento para la menor, indicar su duración y en qué consiste, así como el costo aproximado

La menor M. L., derivado de las condiciones de su nacimiento, requiere continuar con terapia física, ejercicios de neurorehabilitación y terapia de lenguaje, vigilancia ante probabilidad de desarrollar problemas de aprendizaje (dislexia) y bajo aprovechamiento escolar. Sin duda su aprovechamiento es ejemplar (promedio de 9.8), orientada, con habilidades adquiridas de una niña de su edad, integrada a su ámbito social, familiar y escolar, de manera que debe ser tratada como una niña normal, pero es impredecible la evolución de cualquier paciente neurológicamente sano.

Puedo concluir los siguientes diagnósticos neurológicos de la menor en el momento actual a la fecha de valoración emitida por perito dictaminador:

1. Trastorno del desarrollo en áreas de coordinación, movimientos alternos y disartria mínima en evolución (todas estas relacionadas con retraso en madurez en área cerebelosa, particularmente en hemisferio cerebeloso izquierdo, pero en grado mínimo —no mayor al 10 %— que puede considerarse límite para su edad.
2. Trastorno de lenguaje multifactorial, relacionado al realizar evaluación de origen estructural de cavidad oral por la emisión de sonido

gutural, lo que explicaría la fonética presente con dificultad en emisión común de consonantes como la “r” y la ecolalia, donde amerita estudios que identifiquen causa congénita y apoyo neuropsicológico para mejorar la ansiedad que perpetua la ecolalia asociada a ansiedad de la menor.

3. Ansiedad moderada secundaria a sobreprotección extrema y baja autoestima e inseguridad que le condiciona la relación médico-paciente que ha sido reiterativa y continua, su desempeño socio-familiar relacionado directamente con recurrencia de consultas múltiples justificadas por daño neurológico (que sin duda superó con el apoyo familiar) que ha tenido desde el nacimiento, creando inseguridad y ansiedad proyectada en “succión de dedo” como un factor que crea apoyo psicológico para superar y enfrentar la ansiedad.
4. Enuresis. En este caso debido a que existen periodos discontinuos de enuresis en la semana, siendo promedio de frecuencia de dos a cuatro veces por semana, de manera que aún no se han realizado protocolos de estudio para identificar causas secundarias, esto quiere decir causas estructurales que requieren un manejo específico por un urólogo o descartar como primarias que en este caso serían de origen neuro-psiquiátrico y por ende requiere de manejo específico por neurólogo pediatría o paidopsiquiatra.
5. Trastorno de Migración Neuronal del tipo Polimicrogiria e Hipoplasia del Cuerpo Calloso. Donde se puede apreciar en el estudio de resonancia magnética, se trata de un trastorno congénito cuyas manifestaciones pueden ser variadas e incluidas de acuerdo a su localización (trastornos de aprendizaje, de conducta, e incluso de la coordinación motriz que ha superado a la fecha).

Conclusiones

Si bien es cierto, se trató como un padecimiento menor con múltiples factores de riesgo incluidos trauma obstétrico y fractura de cráneo en dos regiones —occipital bilateral y fronto-parietal derecho—, detectando solo cefalohematoma parietal derecho relacionado con trazo de fractura, en los

otros dos casos pudo tratarse de moldeamiento óseo que condiciona separación de suturas secundario sin fractura, la menor solo requirió de diez días de estancia hospitalaria, pero manejada en forma conservadora en el sentido de riesgo potencial de hemorragias intracraneales generadoras de progresión de daño neurológico que, no obstante, fue mejorando hasta suspender antibiótico por el riesgo de infección nunca confirmado y por ello, se inició en forma temprana vía oral, lo que explica la inexistencia de daño gastrointestinal por hipoxia neonatal, tampoco hubo daño respiratorio relacionado con este proceso solo se trató de un periodo de adaptación pulmonar por la extracción vía abdominal común en estos casos. Y en cuanto a las secuelas neurológicas, si bien es cierto existe información de seguimiento hasta de diez años, en estos casos se ha observado que el periodo más importante es en los dos primeros años en donde las secuelas motoras, de movimientos extrapiramidales, coordinación, marcha, lenguaje y por supuesto epilepsia, se presentan. Aunque se ha continuado su seguimiento, el daño presente en estos reportes es por retraso mental y trastornos de aprendizaje que la menor afortunadamente no tiene por la atención oportuna, completa e integral de los padres en todo momento, situación que cambiaría en caso contrario.

Es menester mencionar que se han detectado alteraciones osteocondrales relacionadas con desarrollo óseo de hipocondrodisplasia, cuya repercusión puede ser genética, en este caso no demostrable existe información de las displasias óseas que constituyen un grupo heterogéneo de entidades que afectan al esqueleto, asociadas con anomalías en la longitud y forma de las extremidades, tronco y cráneo, las cuales frecuentemente dan lugar a una estatura baja desproporcionada. La etiología es desconocida, con transmisión hereditaria, siendo más del 80 % esporádico y presentan mutaciones, por lo que en este caso no podemos sustentar como causa directa la hipoxia neonatal con la que cursó en la etapa neonatal.

Finalmente, como mencioné, las malformaciones congénitas del tipo trastornos de migración pueden condicionar manifestaciones diversas severas o leves y no depende de la extensión del daño, sino de la respuesta individual como en este caso y, como es evidente, las secuelas fueron mínimas y con tendencia a recuperarse e integrarse totalmente a su entorno cronológico y biopsicológico.

Consecuentemente las consecuencias psíquicas, por ello las menciono como de origen multifactorial: la ansiedad persistente de intensidad moderada y no manejada farmacológicamente solo con terapia psicológica neuroconductual para reforzar la seguridad y autoestima de la menor. Por otra parte, en la información publicada por el Dr. H. menciona que las alteraciones neurológicas predominaron en los pacientes obtenidos por cesárea con el 44.5 %. El 62.5 % de los pacientes con cifras de pH menor de siete en la primera hora de vida fueron los que más presentaron alteraciones en su desarrollo psicomotor. El 90 % de los pacientes con ventilación prolongada fueron los más afectados, así como la aparición de las convulsiones en las primeras 12 h de vida. Donde se cumple con criterios de seguimiento es durante el primer año de vida.

Con la revisión anterior, hasta este momento concluyo que la menor M. es portadora de trastorno de lenguaje del tipo dislalia con alteraciones fonéticas en emisión de sonidos graves como pronunciación de letra “r”, de origen multifactorial estructural en vías aéreas superiores fonético no neurológico. En cuanto a capacidad intelectual, en este momento se encuentra dentro de límite normal medio alto de acuerdo con la valoración de pruebas de figura humana, correspondiendo a su edad cronológica. trastornos de la marcha de origen multifactorial por asimetría de tono muscular y antecedente de hipocondrodisplasia cuyo origen se ha reportado de causa congénita.

Requiere en este momento solo, terapia ocupacional acorde a su edad cronológica, terapia neuroconductual relacionada con estrategias que disminuyan el estado de ansiedad persistente, no farmacológica y seguir con su aprendizaje de niño sano, dado que ha superado la etapa crítica en el periodo perinatal. La menor en este momento no requiere atención especial adicionada como se ha observado hasta el momento en las habilidades y destrezas adquiridas. En consecuencia, es posible que la asistencia multiprofesional continua y dirigida sea un factor condicionante de persistencia de ansiedad que genera el objeto transicional persistente que es “chuparse el dedo” y el costo dependerá de la respuesta que presente con un neuropsicólogo.