

Clasificación clínica de la
encefalopatía motora cerebral infantil

Tipos		Frecuencia estimada (%)
EMCI Espástica	Monoparesia (monoplejía) Hemiparesia (hemiplejía) Paraparesia (Paraplejía-diplejía) Tetraparesia (tretraplejía)	65 a 70
EMCI Disquinética o distónica (Atetosis)	Coreoatetósica Distónica Mixta	15
EMCI Atáxica	Diplejía atáxica Ataxia simple Síndrome de desequilibrio	13
Temblor		Rara
Atónica o hipotónica		Rara
Mixta		Variable

Clasificación de Causas de EMCI

Prenatales

- Enfermedades genéticas y cromosómicas.
- Infertilidad previa y, posiblemente, algunos aspectos de su tratamiento.
- Infecciones intrauterinas (rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis y otras).
- Drogas o tóxicos, exógenos y endógenos (alcohol, diabetes materna).
- Malformaciones cerebrales, especialmente anomalías en la migración neuronal en el segundo trimestre del embarazo.
- Problemas placentarios, incluyendo infección, hemorragia e insuficiencia.
- Traumatismos maternos y violencia familiar.
- Enfermedades tiroideas, deficiencia de yodo endémica.
- Muerte antenatal de un cogemelar
- Accidente cerebrovascular intrauterino.

En este período es importante recordar que no existe una relación causa efecto entre cada una de las noxas y el resultado final de la agresión, la cual depende más del estadio madurativo del SN, y en general es más grave cuanto más precoz: así, causas tan diferentes como alteración cromosómica, diabetes materna o infección intrauterina (actuando en las primeras semanas de vida), pueden dar lugar a una misma malformación de línea media cerebral.

A la inversa una misma causa (infección por el virus de la rubéola) dará lugar a problemas muy diferentes según el período en que tenga lugar la infección.

Perinatales

- Hipoxia, acidosis e hipoglucemia (muchas veces combinadas).
- La ictericia nuclear por incompatibilidad anti-Rh o de grupo: es actualmente en la mayoría de los casos prevenible.
- Prematurez.
- Bajo peso para la edad gestacional: cuya incidencia no se ha logrado disminuir sensiblemente por desconocerse su causa última en muchos casos.
- Trauma físico directo durante el parto.
- Placenta previa.

Son clásicamente las más conocidas y su incidencia está disminuyendo. Aunque la causa más clara y fácil de entender sea el trauma físico directo durante el parto, éste contribuye con más frecuencia a la mortalidad perinatal y en menos ocasiones es responsable de secuelas neurológicas duraderas, que con mayor frecuencia son secundarias a causas metabólicas o prenatales. Los estudios estadísticos abundan en la hipótesis de que la causa más frecuente de secuela sería no tanto la existencia de algunos de estos factores como la sumatoria de varios de ellos.

Postnatales

- Las infecciones (meningitis, sepsis temprana).
- Intoxicaciones (plomo, arsénico).
- Traumatismos de cráneo.
- Accidentes vasculares.

Reflejos arcaicos y posturales

REFLEJO	PRESENTE	EVALUACIÓN	ANOMALÍA
Tónico laberíntico en supino	0 a 4 meses	Bebé en supino: extensión de tronco y extremidades con rotación interna y aducción. Resistencia a la flexión pasiva.	Persistencia: mal control cefálico, retracción de hombros, poco autoestímulo, no puede dirigirse al objeto con sus manos, retraso en el rolado, falta de control flexor de la cadera.
Tónico laberíntico en prono	0 a 4 meses	Bebé en prono: aumento del tono flexor del tronco, cuello y miembros. Resistencia a la extensión pasiva.	Persistencia: retraso en balconeo, gateo y rolado. Impide sedestación erecta y retrasa la reacción de Landau.
Tónico simétrico de la nuca	0 a 4 meses	Bebé en supino: con la flexión de la cabeza se produce flexión de MMSS y extensión de MMII. La extensión forzada de la misma ocasiona extensión de MMSS y flexión de MMII.	Persistencia: impide la posición cuadrúpeda y por lo tanto el niño no puede balconear, rolar, gatear, sentarse.
Apoyo, enderezamiento y marcha	0 a 4 meses	Bebé en suspensión axilar: Se provoca apoyo plantar con rebote hasta que se mantiene sobre la mesa, con aumento del tono en MMII y tronco.	Su persistencia: ocasiona incapacidad de disociación de MMII para gatear y caminar, además de contractura aquileana y pie equino.
Presión palmar	0 a 4 meses	El índice del examinador sobre el lado cubital de la palma del bebé, quien cierra con fuerza.	Persistencia: retraso en la aparición de la presión voluntaria, intencionalidad hacia el objeto, el apoyo sobre mano abierta y las reacciones equilibratorias.
Moro	0 a 4 meses	Bebé semisentado sobre el antebrazo del examinador, el cual se desliza hacia abajo permitiendo la caída de la cabeza sobre la otra mano abierta. El niño produce el movimiento de "brazos en cruz".	Persistencia: impide la alimentación, el control cefálico, las reacciones defensivas y causa pérdida brusca del equilibrio en sedestación.
Tónico cervical asimétrico	0 a 4 meses	Bebé en supino, imprimiendo un movimiento de rotación de la cabeza. El bebé adopta una postura de espadachín con brazo y pierna rostral extendidos y los miembros nucales flexionados.	Persistencia: impide el logro de la línea media, retrasa la actividad bimanual, el apoyo en prono, el rolado y gateo. Se retrasa la aparición de respuestas posturales defensivas y favorece el desarrollo de escoliosis. La asimetría puede indicar hemiplejía
Presión plantar	0 a 10 meses	Bebé en supino colocando el pulgar sobre la almohadilla plantar; aplicando presión firme el bebé flexiona los dedos.	Su persistencia ocasiona retraso para pararse, caminar y provoca un equilibrio inadecuado en bipedestación con posibilidad de deformidad de pies.

Fuente: Curso de Capacitación en "Seguimiento Longitudinal de RN de alto riesgo" (Año 2000, Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito III. Rehabilitación, Dras: V. Orebro y C. Cauceiro).