

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "JOSE LUIS MIRANDA"

Síndrome de disfunción cerebral mínima, estudio y evolución de 72 casos

Por el Dr.:

ISIDORO SÁNCHEZ DÍAZ*

Sánchez Díaz, I. *Síndrome de disfunción cerebral mínima, estudio y evolución de 72 casos*. Rev. Cub. Ped. 44: 4-5-6, 1972.

Se realizaron estudios en un grupo de niños entre 11 meses y 13 años, portadores de un síndrome de disfunción cerebral mínima (S.D.C.M.); se encuentran las causas etiológicas y su predominio en edades posteriores. El diagnóstico positivo se hace a través de pruebas psicológicas, así como la observación directa e indirecta del juego del niño. La manifestación clínica más frecuente fue la hiperquinesia con trastornos de la conducta y baja tolerancia de la frustración. En los casos estudiados es difícil encontrar un ambiente familiar adecuado. Se señala que los psicofármacos más utilizados y de mejores resultados durante el tratamiento fueron: clorodiazepóxido, metilfenidato y cloropromacina.

Se estudiaron 72 historias clínicas diagnosticadas como S.D.C.M. en el Dpto. de Psiquiatría y Psicología Infantil del hospital infantil Docente "José L. Miranda", durante el año 1970, encontrándose como primeras causas etiológicas: anoxia perinatal, toxemia del embarazo y amienaza de aborto con sangramiento, con un predominio de niños en las edades de 4 a 8 años en el momento del diagnóstico.

Las manifestaciones clínicas encontradas más frecuentemente son: hiperquinesia, trastornos de la conducta, baja tolerancia a las frustraciones, trastornos de aprendizaje y conducta en la escuela.

El ambiente familiar que predominó fue de inconsistencia educativa y afectiva. El juego de estos niños tiene características propias.

El tratamiento es abandonado antes del alta en un porcentaje alto, aunque los índices de mejoría en las manifestaciones clínicas son altas.

INTRODUCCION

Cuando nos reunimos a discutir los casos en la consulta de Psiquiatría Infantil, nos llama la atención un tipo de niño cuyo motivo de consulta es la intranquilidad y oímos de boca de la madre frases tales como: "no se está tranquilo un momento", "lo traigo porque no sé qué hacer con él". Sería interminable la lista y todas aún no serían suficientes para describir la conducta de estos niños. Todas estas vi-

* Especialista de Primer Grado de Psiquiatría Infantil. Jefe del Dpto. de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Docente "José Luis Miranda", Sta. Clara, Las Villas.

vencias nos llevaron a la realización de este trabajo donde estudiamos a un grupo de niños que hemos diagnosticado como portadores de un S.D.C.M. Es entonces que nos preguntamos cuál es el cuadro clínico, frecuencia, y dónde reside la etiología de estos trastornos: si en el niño, en el ambiente o en la interacción de ambos.

Vamos a describir en conceptos operativos lo que entendemos por S.D.C.M.^{4,9} Este término se refiere a niños que presentan algunos trastornos, graves o leves en el aprendizaje y conducta, y que se asocian a desviaciones de la función del sistema nervioso central. Estos trastornos pueden ser: de la función motora, en el control de los impulsos, de la atención y de la concentración, en el aprendizaje, de tipo general o específico del pensamiento, perceptuales, de la memoria y del lenguaje, signos neurológicos finos.

El funcionamiento intelectual en estos niños es normal, o ligeramente por encima o por debajo de la norma, lo que hace que éste no sea un síntoma clave en el síndrome.

La etiología,^{4,9} es variada, invocándose variaciones genéticas e irregularidades bioquímicas, trastornos Preperi y Postnatales y de privación sensorial severa.

El diagnóstico positivo lo hacemos a través de una historia clínica donde se va a la búsqueda de estos síntomas, signos y causas etiológicas posibles, haciendo énfasis en el aprendizaje y la conducta escolar a través de los datos aportados por la maestra. El examen del niño y la utilización de pruebas psicológicas nos ayudan en el diagnóstico, así como la observación directa e indirecta del juego del niño.

Es con todos estos factores en interrelación que llegamos a conclusiones acerca del S.D.C.M.

Haciendo un breve recuento sobre esta entidad, vemos que *Raymond*² plantea dos grupos: uno de ellos que se caracteriza por destrucción celular, que conlleva a trastornos motores principalmente; y otro en que se ven desviaciones de la maduración cerebral, donde predominan los trastornos del aprendizaje.

También señala que el tipo de madre más frecuente en esta entidad es la sobreprotectora y la sobreansiosa.

*Boelsche*³ sitúa como de gran importancia el diagnóstico precoz, señalando al igual que *Paine*⁵ como síntomas precoces: cólicos del recién nacido, llanto frecuente, hiperactividad, precocidad al caminar y dificultades en las relaciones educativas madre-hijo. Ambos están de acuerdo en que los síntomas se agudizan con la entrada del niño a la escuela. *Boelsche*³ también nos habla de frecuentes perretas, baja tolerancia en las frustraciones y gran labilidad afectiva, haciendo énfasis en la obtención de una historia clínica rica en datos del niño y de sus familiares.

*Sol Levy*⁴ hace una interesante descripción del síndrome, dando como causa etiológica importante la utilización de fórceps altos, infecciones severas en el primer año, así como ataques de hipertermia sin causas aparentes, señalando que en ausencia de estos factores, basta la conducta típica descrita por la madre, para que la terapéutica se deba dirigir hacia todos los ángulos: niño, familia, escuela.

*Stewart Mark*¹⁰ hace una interesante descripción del cuadro clínico de los niños hiperactivos, señalando como

principales síntomas: actividad, inestabilidad en los juegos, no terminan sus proyectos, inquietos, incapaces de sentarse tranquilos, y que esta conducta se podía ver desde antes de los dos años, encontrando trastornos del sueño y en la alimentación como síntomas precoces en el primer año; en su casuística eran más comunes los varones que las hembras.

MATERIAL Y METODO

El material se tomó revisando las historias clínicas de los archivos del Dpto. de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Docente "José Luis Miranda" durante el periodo comprendido entre los meses de enero a diciembre del año 1970. Fueron 72 H.C. diagnosticadas como S.D.C.M., que representan el 4.9% del total de casos vistos por primera vez, cuyo total es de 1,493 pacientes.

Los aspectos a investigar que tomamos en cuenta fueron: edad, sexo, eficiencia intelectual, trastornos escolares, etiología, cuadro clínico, conducta de juego, ambiente familiar, y el análisis evolutivo de todos los casos.

Todos los compañeros que intervinieron en el análisis de las H.C. seleccionadas para el estudio tenían igual criterio operativo, lo que se obtuvo con el confrontamiento y estudio colectivo de los mismos.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS Y COMENTARIOS

Edad

La edad en que se realizó el diagnóstico de los niños con S.D.C.M., oscila desde los 11 meses, que es el más pequeño, hasta los 13 años, que es el de mayor edad (ver Cuadro I).

CUADRO I

EDAD EN QUE SE COMENZO EL DIAGNOSTICO

	Casos
Menos de un año	1
De 1 a 1 y 11/12 años	2
De 3 a 3 y 11/12 años	5
De 4 a 4 y 11/12 años	8
De 5 a 5 y 11/12 años	8
De 6 a 6 y 11/12 años	12
De 7 a 7 y 11/12 años	13
De 8 a 8 y 11/12 años	10
De 9 a 9 y 11/12 años	4
De 10 a 10 y 11/12 años	4
De 11 a 11 y 11/12 años	1
De 12 a 12 y 11/12 años	3
De 13 a 13 y 11/12 años	1

El mayor porcentaje (84.72%) está entre los 4 y 8 años, comprendiéndose estas edades dentro de la edad escolar, que es cuando se destacan más los síntomas; los casos diagnosticados tempranamente fueron muy pocos debido posiblemente a que no se detectan con frecuencia los síntomas precoces.

Sexo

Hay un mayor predominio de varones con un número de 59, lo que hace el 81.94%, mientras que las hembras sólo alcanzan a un número de 13 para un 18.06%. Creemos que esto está en relación con que el varón es de más difícil manejo por la madre y ésta acude a consulta más rápidamente que con la hembra.¹⁰

Inteligencia

En relación con el funcionamiento intelectual nos encontramos en el Cuadro II que el predominio está a favor de la normalidad, sólo 4 casos tienen un funcionamiento limítrofe o frontero.

CUADRO II

FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

	No.	%
Inteligencia normal . .	68	94.45
Inteligencia limitrofe. .	4	5.55

En nuestra casuística no encontramos caso alguno con funcionamiento intelectual alto.

Escuela

El porcentaje de niños con trastornos de aprendizaje es de 44.44% (32 casos), encontrándose que sólo el 34.72% son niños repitentes de algún grado (25 casos), siendo el 65.28% (47 casos), niños que a pesar de tener alguno de ellos trastornos de aprendizaje, no han repetido grado alguno.

Etiología

Como podemos observar en el Cuadro III existe mayor frecuencia etiológica en las causas perinatales. Es necesario señalar que en algunos casos confluían dos y hasta tres causas etiológicas, por lo que estos porcentajes son multietiológicos.

CUADRO III

ETIOLOGIA I

	No.	%
Prenatal.	36	52.78
Perinatal.	45	62.50
Posnatal.	11	15.28
Indeterminado	12	16.67

Tenemos un 16.67% de causas indeterminadas, pero es posible que con mejores recursos y análisis más exhaustivos, esta cifra tienda a disminuir.

CUADRO IV

ETIOLOGIA II

	No.	%
<i>Prenatal:</i>		
Toxemia del embarazo . .	16	22.22
Amenaza de aborto (sangramiento)	8	11.11
Prematuridad	6	8.33
Hipermadurez	4	5.56
Rubéola en el primer trimestre de embarazo . .	2	2.78
<i>Perinatal:</i>		
Anoxia perinatal.	45	62.50
<i>Posnatal:</i>		
Gastroenteritis-desequilibrio acidobásico	7	9.72
Meningoencefalitis	2	2.78
Traumatismo craneal	2	2.78
Causas indeterminadas . .	12	16.67

En el Cuadro IV se observan especificadas cada una de las etiologías en los tres aspectos de pre, peri y posnatal. Podemos constatar que en primer lugar está la anoxia perinatal, seguida por la toxemia del embarazo y la amenaza de aborto con sangramiento.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Como se observa en el Cuadro V, en nuestra casuística encontramos la hiperquinesia como la manifestación clínica más frecuente (87.50%), en lo que coincidimos con los trabajos de Clemeurens R., Boelsche y otros.^{1,2,3,4,5,7,8,9,10} En segundo lugar son los trastornos de la conducta. Los trastornos del lenguaje tienen una frecuencia del 37.50%, no coincidiendo en importancia con lo señalado en otros trabajos que lo plantean en segundo lugar por su frecuencia. La hipoquinesia sólo la encontramos en un porcentaje de 6.94,

con lo que concordamos con casi todos los autores que la plantean como un síntoma poco frecuente.

CUADRO V

MANIFESTACIONES CLINICAS

	No.	%
Hiperquinesia	63	87.50
Trastornos de conducta	40	55.55
Baja tolerancia a la frustración	35	48.61
Trastornos de aprendizaje	32	44.44
Trastornos del lenguaje	27	37.50
Trastornos de conducta-escuela	25	34.72
Retardo psicomotor	14	19.44
Hipoquinesia	5	6.94
Infantilismo	5	6.94

La combinación más frecuente de síntomas, estuvo dada por hiperquinesia con trastornos de la conducta y baja tolerancia a la frustración, y también fue frecuente la hiperquinesia con trastornos de aprendizaje y de la conducta en la escuela.

Sólo encontramos convulsiones reportadas en nueve casos (12.50%), de los cuales, en dos eran febriles. Se indicaron E.E.G. en 8 casos, siendo uno positivo. Estimamos necesario aclarar que no indicamos electroencefalograma como norma, sino sólo en los casos en que clínicamente fuera necesario.

Quisiéramos establecer algunas correlaciones entre la hiperquinesia y las demás manifestaciones clínicas, encontrándonos en nuestra casuística, como se observa en el Cuadro VI, que ésta se corresponde en primer lugar, con los trastornos de la conducta, seguido de baja tolerancia a las frustraciones y trastornos en el aprendizaje.

CUADRO VI

RELACION DE LA HIPERQUINESIA CON:

	No.	%
Trastornos de la conducta	39	61.90
Trastornos de la conducta escolar	33	52.38
Baja tolerancia a la frustración	30	47.62
Trastornos del aprendizaje	27	42.86

En el Cuadro VII se puede ver que también seleccionamos el tipo de ambiente familiar que rodea al niño hiperquinético, siendo el hogar con inconsistencia en las medidas educativas y formativas el de mayor porcentaje, seguido muy de cerca por el resto de los ambientes familiares inadecuados, en contraste vemos sólo en un caso el ambiente familiar adecuado.

CUADRO VII

RELACION DE LA HIPERQUINESIA CON AMBIENTE FAMILIAR

	No.	%
Inconsistente	42	66.67
Limitante	32	50.79
Sobreprotector	32	50.79
Permisivo	29	46.03
Ansioso	16	25.40
Adecuado	1	1.59

Estos datos concuerdan, en parte, con *Raymond*, que plantea como frecuente la madre sobreprotectora y la sobreansiosa.

En nuestro grupo encontramos la inconsistencia como coadyuvante del S. D.C.M.

CARACTERISTICAS DEL JUEGO

En el Cuadro VIII se presentan los datos que recogimos a través de la información dada por los padres acerca del juego libre de los niños, y de la observación directa e indirecta, durante una y, en muchos casos, varias sesiones de juegos.

CUADRO VIII

CARACTERISTICAS DEL JUEGO EN EL S.D.C.M.

	No.	%
Hiperquinesia	66	91.67
Activo.	52	72.22
Baja tolerancia a la frustración	39	54.17
Agresivo.	36	50.00
Inconsistente.	32	44.44
Impulsivo	16	22.22
Ansioso	15	20.83
Normal	8	11.11
Hipoquinesia	3	4.17

El niño con una S.D.C.M. se conduce en el juego con gran hiperquinesia, actividad, con baja tolerancia a las frustraciones (agrede o llora si le quitan un juguete, no espera su turno para formar parte en un juego de reglas), sus relaciones interpersonales están teñidas de gran impulsividad y agresividad, inconsistencia marcada, tanto en sus relaciones con los compañeros como en la motivación y concentración. El juego normal es apenas posible en este niño.

En la clasificación del juego que atiende al orden social, es necesario señalar que en el "niño difundido" no hay correlación entre edad y estadio de juego, pasando rápidamente de uno a otro sin orden, control ni secuencia.

Ejemplo:

"Entra al salón algo inhibido, irracionalmente un juego solitario que va convirtiéndose en asociativo, para incorporarse al juego activo y de grupo al poco rato; cuando la actividad está en el clímax y sin atender a las estimulaciones de los compañeros se refugia en un rincón del salón en un juego solitario" (tomado de un protocolo de observación de juegos).

AMBIENTE FAMILIAR

En el S.D.C.M. estudiado por nosotros es muy difícil encontrar un ambiente familiar adecuado (un 2.78%), lo que en ocasiones dificulta el diagnóstico diferencial. Como se observa en el Cuadro IX nos encontramos como más frecuente el hogar inconsistente, donde no existen ni disciplina ni afectividad uniforme. También la sobreprotección, limitación y permisividad predominan en los hogares de estos niños. Clemeurens R.² encontró que la actividad que más predominaba en la madre, era la de sobreprotección y sobreansiedad.

CUADRO IX

CARACTERISTICAS DEL AMBIENTE FAMILIAR

	No.	%
Inconsistente.	45	62.50
Sobreprotector	34	47.22
Limitante	34	47.22
Permisivo	32	44.44
Ansioso.	17	23.61
Adecuado	2	2.78

A veces se combinan varios de estos ambientes inadecuados, siendo estas combinaciones verdaderamente "explosivas".

EVOLUCION

Hemos analizado (ver Cuadro X), varios aspectos en relación con esta revisión de historias clínicas al cabo de dos años de realizados sus diagnósticos.

CUADRO X
EVOLUCION EN DOS AÑOS

	No.	%
Mejorados	47	65.28
Alta	5	6.94
No mejorados	7	9.72
Se desconoce su evolución	13	18.06
Abandonaron su tratamiento	42	58.33
Remitidos a escuelas especiales.	12	16.67
Cambio de diagnóstico . .	2	2.78
Uso de psicofármacos . .	72	100.00

Tenemos que señalar que de los casos que abandonaron el tratamiento que es un porcentaje alto (58.33%), sólo 8 casos lo hicieron sin volver a turnos de reconsulta, el resto volvieron después de haber mejorado los niños.

Los dos casos en que evolutivamente hubo cambios de diagnósticos, éstos fueron de subnormales mentales. Los casos remitidos a enseñanza especializada, fueron por no poder resolverse sus trastornos en la enseñanza primaria normal, con técnicas de sobreaprendizaje, incluyéndose los dos subnormales mentales. Los psicofármacos en este trabajo no fueron controlados, aunque se usaron en todos los casos. Señalamos

SUMMARY

Sánchez Díaz, I. *Minimal cerebral dysfunction syndrome. Study and evolution of 72 cases.* Rev. Cub. Ped. 44: 4-6, 1972.

Studies on a group of children between 11-month and 13-year old bearing a minimal cerebral dysfunction syndrome (MCDS), were performed. Etiological causes and their predominance in later ages are found. Positive diagnosis is made through psychological tests and by direct and indirect observation of the child's play. The most frequent clinical

que los más usados y con mejores resultados fueron: clordiazepóxido, metilfenidato y clorpromacina.

CONCLUSIONES

1. Es en la etapa preescolar y escolar cuando acude el mayor número de niños a consulta con los síntomas que hacen el diagnóstico del S.D. C.M.
2. Encontramos un predominio de varones en relación a las hembras.
3. Predominan los niños con inteligencia normal en nuestro estudio.
4. La anoxia fetal es la causa etiológica más frecuente, seguida por la toxemia del embarazo y la amenaza de aborto.
5. La hiperquinesia, seguida por los trastornos de la conducta y la baja tolerancia a las frustraciones, son las manifestaciones clínicas más frecuentes.
6. El juego es característico, donde se destaca la hiperquinesia, actividad, baja tolerancia a las frustraciones y agresividad.
7. El ambiente familiar que rodea al "niño disfundido" estudiado por nosotros, es inadecuado, predominando la inconsistencia.
8. Un gran porcentaje abandona el tratamiento antes de dárseles el alta.
9. Hay un porcentaje alto de mejoría en los casos estudiados.

RECONOCIMIENTO

Agradecemos la cooperación de los compañeros Dra. Norma Pérez; Licenciados, Luis Cabrera, Ma. del Carmen Martínez, Malvina Batista y Ana G. Hernández, y la Aux. de Enfermera Nidia Carrera en la realización de este trabajo.

manifestation was hyperkinesia with behavioural disturbances and low frustration tolerance. In these studied cases it's difficult to find an adequate familial environment. The best and most frequent drugs used during treatment were: chlordiazepoxide, methylphenidate and chlorpromazine.

RESUME

Sánchez Díaz, I. *Syndrôme de dysfonction cérébrale minime. Clude et évolution de 72 cas.* Rev. Cub. Ped. 44: 4-5-6, 1972.

On a réalisé des études dans un groupe d'enfants âgés entre 11 mois et 13 ans, porteurs d'un syndrome de dysfonction cérébrale minime (S.D.C.M.); on trouve les causes étiologiques et sa prédominance dans d'âges postérieurs. Le diagnostic positif se fait par des épreuves psychologiques, ainsi que l'observation directe et indirecte du jeu de l'enfant. La manifestation clinique la plus fréquente a été l'hyperkinésie avec troubles de la conduite et base tolérance de la frustration. Dans les cas étudiés, il est difficile de trouver une ambiance familiale adéquate. On souligne que les médicaments les plus utilisés et de meilleurs résultats pendant le traitement psychiatrique ont été: le chlordiazépoxide, le méthylphénidate, et la chlorpromazine.

РЕЗЮМЕ

Санчес Диас И. Синдром минимальной церебральной дисфункции. Исследование и развитие 72 случаев. Rev. Cub. Ped. 44: 4-5-6, 1972.

Провелись исследования у группы детей между 11 месяцами и 13 годами возраста, носителей синдрома минимальной церебральной дисфункции. Обнаружились этиологические причины и преобладание их в последующих возрастах. Положительный диагноз ставится посредством психологических тестов и прямого и косвенного наблюдения поведения ребенка при игре. Самым частым клиническим проявлением был гиперкинез с расстройствами поведения и низкой толерантностью к фрустрациям. В исследованных случаях нелегко найти подходящую семейную среду. Хлордиазепоксид, метилфенилат и хлорпромазин были чаще всего использованные фармакопсихические средства, которые давали лучшие результаты.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Boelsche, A.: "Early recognitic of the child with minimal brain dysfunction". Postgard Mod. 38: 261-266, Sept. 1965.
- 2.—Clemeurens, R. L.: "Sindromes of Minimal Brain Dysfunction in Children" J. 15: 239-240, May. 1966.
- 3.—Keith, Connors C.: "Aspectos Psicológicos del Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima" Simposio de Neurología. Pediatric Clinic. 1966.
- 4.—Levy, Sol.: "The hiperkinetic Child. Its etiology, diagnosis and Treatment". Psychiatry, Proceedings of the IV world Congress. Excerpta Medice Foundation. 1587-1589, Mad. 1968.
- 5.—Michal-Smith, H. et al.: "Psiquiatría Psicósomática. Cap. VI, pág. 81-100. Edit. Alhambra, Madrid 1957.
- 6.—Millichap, J. G.: Rev. "Progresos de Pediatría y Puericultura". Vol. XII Fascículo 2, 410-415, 1969.
- 7.—Nelson Waldo, E.: "Tratado de Pediatría", Tomo II, Pág. 1472. Edic. Revolución, Habana.
- 8.—Paine R. S.: "Neurological grand rounds: Minimal chonic brain syndrome". Clin. Proc. Child. Hosp. (Washington) 22: 21: 40, Jan. 66.
- 9.—Pediatría. Normas de, Tomo II, Edic. Revolución, 143:147, 1969, Habana.
- 10.—Stewart Mark, A.: "Niños hiperactivos". Secc. Literatura extranjera. Rev. Cub. de Pediatría. Vol. 43, No. 5. Sep-Oct, 1971.