

F. Robles
H. Romero
E. Martínez*
M. J. Ruiz
C. Gómez-Ferrer

Servicio de Psiquiatría Infanto - Juvenil. Comunidad Autónoma de Murcia.

* Servicio de Pediatría, HGU Alicante.

Correspondencia:
Dra. C. Gómez-Ferrer
Plaza Circular, nº11-3ºA
30008 Murcia

INTRODUCCION

El Síndrome alcohólico fetal fue descrito en 1973 por Kenneth Lyons. Es un grupo de defectos físicos y mentales que se observan en la descendencia de mujeres que ingieren alcohol de forma continuada durante la gestación.¹

La incidencia es del 1-2/1000 recién nacidos, mayor si incluimos las formas menores del síndrome.¹

PATOGENESIS

La causa directa radica en el etanol y sus derivados, concretamente el acetaldehído, mucho más teratígeno, citotóxico y mutágeno que el propio etanol.²

Sus niveles dependen de factores heredados o adquiridos en relación a la aldehído deshidrogenasa mitocondrial materna y de la susceptibilidad fetal.²

El alcohol pasa fácilmente la barrera placentaria y el feto presenta baja actividad de la alcohol deshidrogenasa.²

Los efectos metabólicos son:

- alteración del equilibrio ácido base,
- hiperlipemia
- hipoglucemia
- déficit de ácido fólico
- déficit de oligoelementos como el zinc.

A todo ello se suma la malnutrición a la que están sometidas estas madres.³

La consecuencia en el cerebro fetal es la alteración de niveles de dopamina y otros neurotransmisores que se traduce en :

- trastorno en la formación de rutas axonales desde la ausencia de determinadas vías y conexiones hasta anomalías en su estructura una de las más llamativas es la agenesia del cuerpo calloso.
- limitación del desarrollo supervivencia y plasticidad cerebral.⁴

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ⁵

1. Déficit de crecimiento prenatal (menos de 2 desviaciones estándar para talla y peso)
2. Déficit de crecimiento postnatal (menos de 2 desviaciones estándar para talla y peso)
 1. Microcefalia (menos de 2 desviaciones estándar)
 2. Fisuras palpebrales cortas
 3. Orificios nasales antevertidos, filtrum largo y borroso, labio superior fino
 4. Anomalías cardíacas, defectos del septo atrial y ventricular
 5. Anomalías renogenitales, hidronefrosis, hipoplasia de labios mayores, hipospadias

6. Anomalías cutáneas (hemangioma)
7. Anomalías esqueléticas (alteración de los pliegues palmares, hipoplasia ungueal, limitación articular)
8. Irritabilidad (tremulaciones en periodo neonatal y del lactante)
9. Malnutrición, vómitos
10. Hiperactividad
11. Dificultades de aprendizaje
12. Retraso mental

CARACTERÍSTICAS PSÍQUICAS

1. Trastornos del comportamiento, terquedad, irritabilidad, déficit de control de impulsos, labilidad afectiva.^{1,2}
2. Hiperactividad con déficit de atención.^{2,5,6}
3. Trastornos del lenguaje: trastorno del desarrollo del lenguaje, alteraciones en la articulación con sustitución, omisión, adición y distorsión. En muchos pacientes las palabras aisladas son más inteligibles que el lenguaje conectado. A menudo se asocian con problemas de comportamiento pero no se relacionan con el grado de afectación fenotípica.⁵
4. Retraso mental: hasta el 85% está por debajo de 2 desviaciones estándar, los CI más bajos suelen corresponder a los fenotipos más afectos. Las mayores dificultades se presentan en Matemáticas, razonamiento lógico, percepción visual, relaciones espaciales, memoria a corto plazo y atención.^{1,2,5}
5. Trastornos generalizados del desarrollo. Nanson describió varios casos de Autismo en el S. Alcohólico Fetal (1992). Aronson en 1997 describe varios casos de autismo, alguno de ellos atípico y aporta dos casos de S. de Asperger que no habían sido descritos en el S. alcohólico fetal.^{6,7}

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: varón de 8 años y 11 meses con problemas de conducta

Antecedentes familiares: madre alcohólica, padre politoxicómano. Gestación no controlada parto por cesárea, peso 2300 gramos.

Antecedentes personales: ingreso a los 40 días de vida con los diagnósticos de : infección del tracto urinario por E. Colli., deshidratación, Crisis convulsiva, malnutrición.

Exploración física: de los criterios somáticos presenta los rasgos faciales característicos del síndrome y anomalías esqueléticas.

Exploración psíquica:

1. Rasgos de carácter: terco, alegre, cariñoso, atrevido, buen nivel de autonomía, se relaciona con niños aunque prefiere los adultos.

2. Síntomas psicóticos que se manifiestan en:

- Lenguaje con ecolalia, inversión pronominal, habla en cantinela con disgregación preguntas persistentes sin esperar respuesta.

- Pensamiento: disgregado, fijación a intereses concretos (enchufes, interruptores, timbres, ascensores, electrodomésticos, etc.)

- Conducta: mirada periférica, intolerancia a la frustración, reacciones explosivas, juego desestructurado, hiperactividad marcada con déficit de atención, estereotipias motoras múltiples.

- Grafomotricidad: escaso control con tendencia a la micrografía, perseveración, trazos inseguros y sinuosos.

3. Retraso mental moderado con variabilidad intertest: peor en matemáticas, mejor en conocimiento y lecto-escritura

Psicometría

-Figuras geométricas: realiza el cuadrado, no rombo.

-Test de Goodenough CI 56 con signos desintegrativos de la personalidad.

-Test de Laurretta-Bender CI 56 con distorsión, perseveración y desintegración.

-Test de Terman-Merrill CI 55 .

Corresponden todos ellos a retraso mental ligero.

Tratamiento

Recibe apoyo psicopedagógico en el Colegio. Mantenemos relación con los profesores.

Realizamos control psicoterapéutico y tratamiento neuroléptico con 2 mg/día de Risperidona con buena evolución.

DISCUSIÓN

Nuestro paciente presenta todas las características psíquicas descritas en el S. Alcohólico-fetal. Consideradas globalmente corresponden al diagnóstico clásico de Psicosis Infantil según constaba en la CIE 9 y que ha sido utilizada por autores como Ajuriaguerra y Rutter. Esta denominación ha sido sustituida en las siguientes clasificaciones internacionales por otros términos: Trastorno profundo del desarrollo de inicio en la niñez (DSM III), Trastorno desintegrativo infantil (DSM IV, CIE 10), pero nosotros continuamos utilizándola en nuestra práctica por que la consideramos muy expresiva del cuadro clínico, que es diferente del autismo Infantil tanto por su edad

30 y forma de comienzo como por su evolución aunque no es éste el momento de profundizar en estos aspectos.

Como dice Atchkova la denominación es indiferente, lo importante es estudiar bien este trastorno y tratar adecuadamente a los niños.

Al revisar la bibliografía del S. Alcohólico-Fetal hemos encontrado descritos casos de autismo y S. de Asperger pero no de psicosis infantil o trastorno desintegrativo por lo que resaltamos el interés de este caso.

La expresión psicopatológica debe tenerse en cuenta para realizar sobre estos niños una atención global multidisciplinaria dado que las mayores dificultades están relacionadas con los problemas de desarrollo y comportamiento.^{1,8}

El propio Lyons insiste en un reciente artículo insiste en la responsabilidad del Pediatra de diagnosticar precozmente este síndrome a propósito de un caso que pasó inadvertido en su infancia presentando retraso mental ligero y conducta psicopática que derivó en dos homicidios por los que fue ejecutado en California en 1972. Tal vez podría haberse evitado con un diagnóstico precoz y un tratamiento psiquiátrico adecuado.⁸

BIBLIOGRAFIA

1. Kenneth Lyons J. Directrices a seguir ante el niño con defectos congénitos y actualización de síndromes. Suplemento del Boletín del ECEMC. N°11, 1995.
2. Cahuana A, y cols. Embriofetopatía alcohólica. Estudio de 17 casos. An Esp Pediatr, 1982, 16 4 (302-311).
3. Mann LI et al, Placental transport of alcohol and the effect on maternal and fetal acid-base balance. Am, J Obstet Ginecol, 1975, 122: 837.
4. Mann LI et al, Effect of alcohol on fetal cerebral function and metabolism. Am J Obstet Ginecol. 1975, 122: 845.
5. Silvia MD et al. Fetal alcohol syndrome revisited. Pediatrics 1981, Vol 68, n° 4.
6. Aronson M et al. Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: A follow up study. Devolpmental Medicine and Child Neurology. 1997, 39: 583-587.
7. Nanson AI. Autism in fetal alcohol syndrome, a report of six cases. Alcoholism, clinical and experimental research. 1992, 18: 558-65.
8. Kenneth Lyons J. Early recognition of prenatal alcohol effects: a pediatrician's responsibility. The journal of Pediatrics, 1999, Vol 135, N°4.