

Hospital Pediátrico Docente «Juan M. Márquez»

Discinesia abdominal paroxística. Presentación de un caso

Dra. Ileana Valdivia Alvarez¹

RESUMEN

Se reporta un caso de trastorno paroxístico del movimiento, localizado en la pared abdominal. Es involuntario y tiene las características de una discinesia abdominal. La paciente tiene antecedentes de menarquía precoz, sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios. Respondió muy favorablemente al tratamiento con carbamazepina. Se revisa la literatura sobre el tema.

Palabras clave: Discinesia abdominal, discinesia de *belly dance*, menarquía precoz, carbamazepina.

Las discinesias paroxísticas son trastornos del movimiento muy infrecuentes en la edad pediátrica. Cuando se inician en la infancia son típicamente idiopáticas (esporádicas o familiares) a diferencia de cuando ocurren en la edad adulta, cuando son usualmente secundarias a una causa identificable.

La edad promedio de aparición es entre 5 y 8 años, sin distinción de sexo.¹ Se describen algunos casos como flúter diafragmático, cuando el movimiento comienza en el epigastrio y desarrolla de 5 a 10 ondulaciones por cada inspiración,² en las que participan los músculos intercostales y el diafragma.

Este trastorno del movimiento, involuntario, estereotipado, localizado siempre en un segmento del cuerpo produce, por su evolución prolongada, dolores musculares en la zona afectada. El diagnóstico rápido posibilita una terapéutica temprana y evita las consecuencias que sobre la psiquis del niño representa un fenómeno que no puede controlar por sí mismo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta una paciente del sexo femenino, blanca, de 8 años de edad, con antecedentes de menarquía precoz desde los 2 años, sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios, que

se estudia por Endocrinología. En septiembre de 2004, comienza a presentar movimientos involuntarios de la pared abdominal, con frecuencia de 15-20/min, continuos y que se inician con depresión de línea alba al nivel de epigastrio, luego de lo cual comienza un movimiento ondulante y simétrico de la pared abdominal bilateral. Inicialmente la duración era de 60 a 90 minutos, con frecuencia diaria. Evolutivamente se hicieron menos frecuentes pero de mayor duración hasta tener episodios cada 4 días con duración entre 12 y 18 horas, seguidos de dolor en la pared abdominal. El movimiento se presenta también en el sueño, durante la alimentación y no tiene relación con los movimientos respiratorios.

Se interpretó como de naturaleza psicógena y fue enviada a consulta de Psiquiatría. Durante su ingreso se comprueba un ambiente psicológico favorable, hogar funcional, sin antecedentes de tóxicos o drogas sicotrópicas o de otro tipo. Se comenzó el tratamiento con carbamazepina y después de alcanzar dosis de 12 mg/(kg/d), se controla totalmente el movimiento. Actualmente está asintomática, desde hace más de 6 meses.

Estudios realizados:

- Células del lupus eritematoso: negativas.
- Proteína C: no reactiva.
- Electroencefalograma: normal.
- Tomografía axial computadorizada de cráneo: normal.

Queda pendiente una resonancia magnética.

DISCUSIÓN

Tradicionalmente, las discinesias se clasifican a partir de los factores precipitantes y se dividen entonces en paroxísticas cinetogénicas (precipitadas por ejercicio), las no cinetogénicas y las hipnogénicas.³

La localización más frecuente es en las extremidades, pero se han descrito discinesias de la línea media del cuerpo, localizadas en el pabellón auricular, los hombros, la espalda y el abdomen.⁴ En estas localizaciones el movimiento se describe como lento, sinuoso y de carácter semirítmico, que las diferencia de las distonías. La presentación diafragmática es muy rara y se asocia con disnea, dolor torácico o de la pared abdominal y pulsaciones epigástricas descritas con frecuencia de 0,5-8 Hz.⁵

Hasta el momento no se ha determinado la causa de este trastorno del movimiento, pero se han acumulado evidencias de que puede ser debido a una canalopatía, la cual explica su favorable respuesta a drogas anticonvulsivantes.³ En los adultos la causa más frecuente es tóxica, generalmente por uso prolongado de drogas sicotrópicas.

Se han ensayado diferentes terapéuticas con variables resultados, entre las que se encuentran el uso de reserpina,⁶ tetrabenazina, clonazepan, trihexifenidil o levodopa.³

La localización abdominal y las características del movimiento se describen como síndrome de *belly dance* (danza del vientre), donde se establece una frecuencia de los movimientos de 30/min.⁷ Hemos encontrado en la bibliografía consultada un caso descrito de síndrome de *belly dance* en una mujer que recibía tratamiento con clobopride y con respuesta favorable a estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.⁸

La discinesia abdominal es muy poco frecuente en la edad pediátrica, pero es necesario reconocerla, para evitar errores diagnósticos y continuas remisiones a otras especialidades. No podemos graficarla pues es un trastorno dinámico, pero su descripción clínica y su localización, nos permiten hacer el diagnóstico. No debe simplificarse la causa como «psicógena» en todos los casos con trastornos del movimiento. La respuesta favorable a la terapia anticonvulsivante es un arma para corroborar el diagnóstico. En los casos descritos en la literatura mundial no encontramos relación con la menarquia precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zorzi G, Conti C, Erba A, Granata T, Angelini L, Nardocci N. Paroxysmal dyskinesias in childhood. *Ped Neurol.* 2003; 28(3):168-72.
2. Kobayashi I, Suzuki H, Kondo T, Yamauchi T, Ohta Y, Yamabayashi H. A case report of diaphragmatic flutter. *Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi.* 1990; 28(5): 777-80.
3. Mc Grath TM, Dure LS. Paroxysmal dyskinesia in children. *Curr Treat Options Neurol.* 2003; 4:275-78.
4. Caviness JN, Gabellini A, Kneebone CS, Thompson PD, Lees AJ, Marsden CD. Unusual focal dyskinesias: the ears, the shoulders, the back, and the abdomen. *Mov. Disord.* 1994; 9(5): 531-8.
5. Vantrappen G, Decramer M, Harlet R. High frequency diaphragmatic flutter: symptoms and treatment by carbamazepine. *Lancet.* 1992; 339(8788): 265-7.
6. Shan DE, Liao KK, Fuh JL. Clinical manifestations of tardive truncal dystonia-abdominal movements: report of two cases. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).* 1998; 61(9): 545-50.
7. Iliceto G, Thompson PP, Day BL, Rothwell JC, Lees AJ, Marsden CD. Diaphragmatic flutter, the moving umbilicus syndrome and belly dancer's dyskinesia. *Mov Disord.* 1990; 5(1):15-22.
8. Linazasoro G, Van Blercom N, Lasa A, Fernández JM, Aranzabal I. Etiological and therapeutic observations in a case of belly dancer's dyskinesia. *Mov. Disord.* 2005; 20(2):251-3.

Recibido: 31 de marzo de 2005. Aprobado: 15 de agosto de 2005.

Dra. Ileana Valdivia Álvarez. Avenida 31 y 76, Marianao. Ciudad de La Habana.

Correo electrónico: ileana.valdivia@infomed.sld.cu

¹Especialista de I Grado en Pediatría. Neuropediatra. Profesor Asistente de Pediatría

