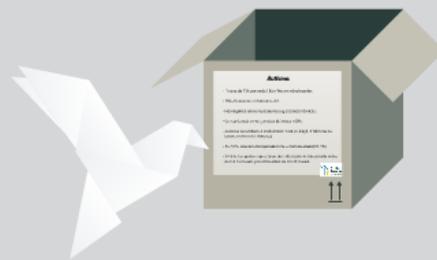


Autismo y Epilepsia.
Revisión de nuestros Pacientes.
Mayo 2015
Lorena Arsenál Cano (R3 Pediatría)
Tutor: Francisco Gómez Gosálvez.



Autismo y Epilepsia. Revisión de nuestros Pacientes. Mayo 2015

Lorena Arsenal Cano (R3 Pediatría)
Tutor: Francisco Gómez Gosalvez.



variable
Trastorno del espectro autista: TEA
definido conceptualmente como "trastorno del neurodesarrollo"
Caracterizado por alteraciones en:
- Habilidades de comunicación verbal y no verbal.
- Habilidades de interacción social.
- Patrones de comportamiento, intereses y actividades.
Características:
- Comienza en la infancia.
- Persiste a lo largo de la vida.
- No se debe atribuir a otro trastorno.
- No se debe atribuir a un trastorno intelectual.
- No se debe atribuir a un trastorno de ansiedad.
- No se debe atribuir a un trastorno de depresión.
- No se debe atribuir a un trastorno de personalidad.
- No se debe atribuir a un trastorno de conducta.
- No se debe atribuir a un trastorno de aprendizaje.
- No se debe atribuir a un trastorno de atención.
- No se debe atribuir a un trastorno de hiperactividad.
- No se debe atribuir a un trastorno de déficit de atención.
- No se debe atribuir a un trastorno de tics.
- No se debe atribuir a un trastorno de estrés post-traumático.
- No se debe atribuir a un trastorno de obsesivo-compulsivo.
- No se debe atribuir a un trastorno de fobia específica.
- No se debe atribuir a un trastorno de ansiedad generalizada.
- No se debe atribuir a un trastorno de depresión mayor.
- No se debe atribuir a un trastorno de bipolaridad.
- No se debe atribuir a un trastorno de esquizofrenia.
- No se debe atribuir a un trastorno de psicosis.
- No se debe atribuir a un trastorno de demencia.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Alzheimer.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Parkinson.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Huntington.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Tay-Sachs.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Gaucher.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Niemann-Pick.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Fabry.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Hunter.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Hurler.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Marfan.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Ehlers-Danlos.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Marfan.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Ehlers-Danlos.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Marfan.
- No se debe atribuir a un trastorno de enfermedad de Ehlers-Danlos.

Autismo DSM 5 (mayo 2013)
El autismo se caracteriza por alteraciones persistentes en la comunicación y la interacción social, así como por patrones restringidos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades.
El diagnóstico de autismo requiere la presencia de al menos dos de los siguientes criterios:
1. Alteraciones persistentes en la comunicación verbal y no verbal.
2. Alteraciones persistentes en la interacción social.
3. Patrones restringidos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades.
El diagnóstico de autismo requiere la presencia de al menos dos de los siguientes criterios:
1. Alteraciones persistentes en la comunicación verbal y no verbal.
2. Alteraciones persistentes en la interacción social.
3. Patrones restringidos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades.

TEA diagnóstico DSM 5
El diagnóstico de autismo requiere la presencia de al menos dos de los siguientes criterios:
1. Alteraciones persistentes en la comunicación verbal y no verbal.
2. Alteraciones persistentes en la interacción social.
3. Patrones restringidos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades.

TEA diagnóstico DSM 5
El diagnóstico de autismo requiere la presencia de al menos dos de los siguientes criterios:
1. Alteraciones persistentes en la comunicación verbal y no verbal.
2. Alteraciones persistentes en la interacción social.
3. Patrones restringidos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades.



Autismo.

- 1 caso de TEA por cada 150 niños en edad escolar.
- Más frecuente en hombres 4:1.
- Homogéneo entre razas, etnias y g. socioeconómicos.
- Concordancia entre gemelos idénticos >60%.
- Autismo secundario o sindrómico: 10%. (X-frágil, Síndrome de Down, esclerosis tuberosa).
- 30- 51% asocian discapacidad intelectual asociada (CI <70)
- 30% de los padres apreciaron una alteración del desarrollo antes de los 12 meses, y un 80% antes de los 24 meses.



Autismo: DSM 5 (mayo 2013)

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social

y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la **reciprocidad** socioemocional, **varían**, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las **conductas comunicativas no verbales** utilizadas en la interacción social, **varían**, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, **mantenimiento y comprensión de las relaciones**, **varían**, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos para hacer

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses

o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla **estereotipados o repetitivos** (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la **monotonía**, excesiva **inflexibilidad de rutinas** o patrones **ritualizados** de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. **Intereses muy restringidos** y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. **Hiper- o hiporeactividad a los estímulos** sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

C. Los síntomas han de estar **presentes en las primeras fases del período de desarrollo** (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas **causan un deterioro** clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes **del funcionamiento habitual**

E. Estas alteraciones **no se explican mejor por la discapacidad intelectual** (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo **con frecuencia coinciden**; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la **comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.**

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social

y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la **reciprocidad** socioemocional, **varían**, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las **conductas comunicativas no verbales** utilizadas en la interacción social, **varían**, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, **mantenimiento y comprensión de las relaciones**, **varían**, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos para hacer

B. Patrones de interés

o actividades de los antecedentes no exhaustivos

1. Movimientos repetitivos de juguetes idiosincráticos

2. Insistencia en patrones de gran amplitud de transición de necesidades alimentarias

3. Interés en su propia preocupación por circunstancias

4. Hiperactividad

Comunicación social

rsos contextos,
ente o por los
ativos pero no

emocional, **varían**,
ormal y fracaso de
s pasando por la
ectos compartidos
cciones sociales.

Activas no verbales

ejemplo, desde
grada pasando
e corporal o
tos, hasta una
n no verbal.

Mantenimiento y

or ejemplo, desde
nto en diversos
s para compartir

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses

o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla **estereotipados o repetitivos** (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la **monotonía**, excesiva **inflexibilidad de rutinas** o patrones **ritualizados** de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. **Intereses muy restringidos** y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. **Hiper- o hiporeactividad a los estímulos** sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

C. Los síntomas
fases del período
manifestarse to
supera las ca
enmascarados
posteriores
de la vida).

D. Los síntomas
significativo en
importantes del

E. Estas altera
discapacidad i
intelectual) o p
discapacidad int
del autismo co
diagnósticos de
espectro del a
comunicación s
previsto para el

de comportamiento,

os o más
o por los
vos pero

bla **estereotipados** o
ples, alineación de los
etos, ecolalia, frases

flexibilidad de rutinas o
rbal o no verbal (p. ej.,
, dificultades con las
os, rituales de saludo,
de comer los mismos

n anormales encunto
ej., fuerte apego o
s excesivamente

s sensoriales o interés
no (p. ej., indiferencia
adversa a sonidos o
excesiva de objetos,
co).

C. Los síntomas han de estar **presentes en las primeras fases del período de desarrollo** (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas **causan un deterioro** clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes **del funcionamiento habitual**

E. Estas alteraciones **no se explican mejor por la discapacidad intelectual** (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La **discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden**; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la **comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.**

Autismo: DSM 5 (mayo 2013)

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social

y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la **reciprocidad** socioemocional, **varían**, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las **conductas comunicativas no verbales** utilizadas en la interacción social, **varían**, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, **mantenimiento y comprensión de las relaciones**, **varían**, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos para hacer

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses

o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla **estereotipados o repetitivos** (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la **monotonía**, excesiva **inflexibilidad de rutinas** o patrones **ritualizados** de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. **Intereses muy restringidos** y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. **Hiper- o hiporeactividad a los estímulos** sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

C. Los síntomas han de estar **presentes en las primeras fases del período de desarrollo** (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas **causan un deterioro** clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes **del funcionamiento habitual**

E. Estas alteraciones **no se explican mejor por la discapacidad intelectual** (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La **discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden**; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la **comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.**







variable

Trastorno del espectro autista: TEA

dentro de una categoría más amplia de "trastornos del neurodesarrollo".

- Con o sin déficit intelectual acompañante.
- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
- Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos.
- Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.
- Con catatonía



TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal, problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy ecntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases complejas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son ecntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

Trastorno del espectro del autismo

Antes DSM IV : trastorno generalizado del desarrollo:

- Trastorno autista.
- Síndrome de Asperger.
- Trastorno desintegrativo infantil.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- Síndrome de Rett.

Características diferenciales de los trastornos generalizados del desarrollo, según criterios DSM

Características	Trastorno Autista	Trastorno Desintegrativo Infantil	Síndrome de Rett	Síndrome de Asperger	TGD-NE
Rango	Aislado "atípico"	Inicio recu. cad. por 3 años	A. inicio de interacción verbal	A. inicio de interacción verbal	A. inicio de interacción verbal
Inteligencia	RM bajo o normal	RM grave	RM normal	RM moderado a normal	RM moderado a normal
Edad de reconocimiento	>3 años	>2 años	0.5-2 años	Características >2 años	Variable
Habilidades comunicativas	Características atípicas	Pobres	Pobres	Interacción adecuada	Interacción adecuada
Habilidades sociales	Muy limitadas	Muy limitadas	Variable con la edad	Limitadas	Variable
Período de latencia	Características atípicas	Intermitente	Intermitente	Características atípicas	Generalmente no
Intereses restringidos	Variable	No aplicable	No aplicable	Intermitente	Variable
Trastornos convulsivos	Raros	Frecuentes	Raros	Comunes	Comunes
Desaceleración del crecimiento crucial	No	No	Si	No	No
Presencia por 10 años	50-40	1-4	1-10	5-100	>15
Historia familiar	Rara	No	No	Frecuente	Desconocida
Ratio por sexo	5:1	5:1	1	5:1	5:1
Cursos en la vida adulta	Estable	Declina	Declina	Estable	Desempeño variable
Pronóstico	Pobre	Muy pobre	Muy pobre	Buena interacción	Buena interacción

Nota: TGD-NE = trastorno generalizado del desarrollo no especificado; RM = coeficiente intelectual; A. = aplicable; P. = pobre; F. = frecuente; I. = intermitente; D. = desconocida.



TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda <i>in situ</i> ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda <i>in situ</i> , las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

variable

Trastorno del espectro autista: TEA

dentro de una categoría más amplia de "trastornos del neurodesarrollo".

- Con o sin déficit intelectual acompañante.
- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
- Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos.
- Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.
- Con catatonía



TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal, problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy ecntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases complejas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son ecntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

Trastorno del espectro del autismo

Antes DSM IV : trastorno generalizado del desarrollo:

- Trastorno autista.
- Síndrome de Asperger.
- Trastorno desintegrativo infantil.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- Síndrome de Rett.

Características diferenciales de los trastornos generalizados del desarrollo, según criterios DSM

Características	Trastorno Autista	Trastorno Desintegrativo Infantil	Síndrome de Rett	Síndrome de Asperger	TGD-NE
Rango	Aislado "atípico"	Inicio recuado, atípico	Aumento de interés	Aumento de interés	Aislado ✓
Inteligencia	RM bajo o normal	RM grave	RM normal	RM moderado a normal	RM moderado a normal
Edad de reconocimiento	>3 años	>2 años	0,5-2 años	Características >2 años	Variable
Habilidades comunicativas	Características atípicas	Pobres	Pobres	Integ. lenguaje ✓	Integ. lenguaje ✓
Habilidades sociales	Muy limitadas	Muy limitadas	Variable con la edad	Limitadas	Variable
Período de latencia	Características atípicas	Intermitente	Intermitente	Características atípicas	Generalmente no
Intereses restringidos	Variable	No aplicable	No aplicable	Intermitente	Variable
Trastornos convulsivos	Raros	Frecuentes	Raros	Comunes	Comunes
Desaceleración del crecimiento crucial	No	No	Si	No	No
Presencia por 10 años	50-40	1-4	1-10	5-100	>15
Historia familiar	Rara	No	No	Frecuente	Desconocida
Ratio por sexo	5:1	5:1	1 ✓	5:1	5:1
Cursos en la vida adulta	Estable	Declina	Declina	Estable	Desempeño variable
Pronóstico	Pobre	Muy pobre	Muy pobre	Bajo, intermedio	Bajo a muy bueno

Nota: TGD-NE = trastorno generalizado del desarrollo no especificado; RM = coeficiente intelectual; Pobre = discapacidad; Muy pobre = discapacidad severa; Intermedio = discapacidad moderada; Bueno = discapacidad leve; Excelente = sin discapacidad.



Características diferenciales de los trastornos generalizados del desarrollo. según criterios DSM

Características	Trastorno Autista	Trastorno Desintegrativo Infantil	Síndrome de Rett	Síndrome de Asperger	TGD-NE
Rasgo	Autismo "estándar"	Inicio retardado pero grave ✓	Autismo de infancia tardía	Autismo de alto funcionamiento	Atípico ✓
Inteligencia	RM grave o normal	RM grave	RM grave ✓	RM moderado a normal	RM moderado a normal
Edad de reconocimiento	0-3 años	>2 años	0,5-2,5 años	Generalmente >2 años	Variable
Habilidades comunicativas	Generalmente limitadas	Pobres	Pobres	Regulares a buenas ✓	Limitadas a buenas
Habilidades sociales	Muy limitadas	Muy limitadas	Varían con la edad	Limitadas	Variable
Pérdida de habilidades	Generalmente no	Marcadas	Marcadas	Generalmente no	Generalmente no
Intereses restringidos	Variable	No aplicable	No aplicable	Marcadas	Variable
Trastornos comiciales	Raros	Frecuentes	Raros	Comunes	Comunes
Desaceleración del crecimiento craneal	No	No	Sí	No	No
Prevalencia por 10.000	30-40	1-4	5-15	5-100	>15
Historia familiar	Rara	No	No	Frecuente	Desconocida
Ratio por sexos	M>F	M>F	F ✓	M>F	M>F
Curso en la vida adulta	Estable	Declina	Declina	Estable	Generalmente estable
Pronóstico	Pobre	Muy pobre	Muy pobre	Regular/pobre	Regular/bueno

Nota: TGD-NE = trastorno generalizado del desarrollo no especificado; RM = retraso mental.
 Adaptado de: Popper y Steinger 1995; modificado de Volkmar 1991



TEA: Diagnóstico: ¿¿???

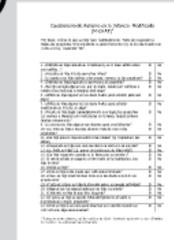
1. Signos de alarma: Evaluación del desarrollo

2. Screening específico para autismo

- Checklist for autism in toddlers (CHAT)
- CHAT modificada

• 3. Diagnóstico definitivo:

- Entrevistas con los padres y el niño.
 - Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R)
 - Escala Australian para el Síndrome de Asperger
 - Cuestionario de comunicación social (SCQ)
- Exploración psicopatológica:
 - Juego: No juego simbólico.
 - Dibujo.
- Pruebas complementarias: Descartar Autismo asociado



Cuestionario de Autismo en la Infancia- Modificado (M-CHAT)¹

Por favor, rellene lo que su hijo hace habitualmente. Trate de responder a todas las preguntas. Si la conducta es poco frecuente (ej. la ha observado una o dos veces), responda "No".

1. ¿Disfruta su hijo cuando se le balancea, se le hace saltar sobre sus rodillas...?	Si	No
2. ¿Muestra su hijo interés por otros niños?	Si	No
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a las cosas, como p.ej. las escaleras?	Si	No
4. ¿Disfruta su hijo jugando a cucu-tras o al escondite?	Si	No
5. ¿Su hijo simula alguna vez, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar a las muñecas o imagina otra cosa?	Si	No
6. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar pidiendo algo?	Si	No
7. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar mostrando su interés en algo?	Si	No
8. ¿Puede su hijo jugar apropiadamente con juguetes pequeños (ej. coches o bloques) sin metérselos en la boca, toquetearlos o tirarlos únicamente?	Si	No
9. ¿Le acerca su hijo alguna vez objetos para enseñárselos?	Si	No
10. ¿Le mira su hijo a los ojos durante más de uno o dos segundos?	Si	No
11. ¿Su hijo parece hipersensible a los ruidos? (ej. tapándose los oídos)	Si	No
12. ¿Responde su hijo con una sonrisa a su cara o a su sonrisa?	Si	No
13. ¿Le imita su hijo? (ej. poner una cara que su hijo imita?)	Si	No
14. ¿Su hijo responde cuando se le llama por su nombre?	Si	No
15. Si usted señala un juguete al otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira?	Si	No
16. ¿Anda su hijo?	Si	No
17. ¿Mira su hijo a las cosas que está usted mirando?	Si	No
18. ¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos cerca de su propia cara?	Si	No
19. ¿Trata de atraer su hijo la atención sobre su propia actividad?	Si	No
20. ¿Alguna vez ha sospechado que su hijo era sordo?	Si	No
21. ¿Entiende su hijo lo que dice la gente?	Si	No
22. ¿A veces su hijo se queda mirando fijamente al vacío o deambula sin ningún propósito?	Si	No
23. ¿Mira su hijo a su cara para observar su reacción cuando se enfrenta con algo desconocido?	Si	No

¹ Traducción no oficial del original: Robins DL et als. (2001). Modified Checklist for Autism in Toddlers. Journal of Autism and Developmental Disorders.

TEA: Diagnóstico: ¿¿???

1. Signos de alarma: Evaluación del desarrollo

2. Screening específico para autismo

- Checklist for autism in toddlers (CHAT)
- CHAT modificada

• 3. Diagnóstico definitivo:

- Entrevistas con los padres y el niño.
 - Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R)
 - Escala Australian para el Síndrome de Asperger
 - Cuestionario de comunicación social (SCQ)
- Exploración psicopatológica:
 - Juego: No juego simbólico.
 - Dibujo.
- Pruebas complementarias: Descartar Autismo asociado



ASOCIACIÓN ENTRE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y EPILEPSIA. Revisión de nuestros pacientes.

Autores: L. Arsenal, A.M. Huerfias, A.E. Pascua, S. Segura, R. Jdraque, F. Gómez
Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario de Alicante

Introducción:

La asociación entre autismo y epilepsia es motivo de estudio en las últimas décadas. Pocas conclusiones claras se han podido extraer de los múltiples estudios, probablemente relacionado por la dificultad diagnóstica, el poco conocimiento del sustrato etiopatogénico del autismo. Hemos querido conocer las características de los pacientes con ambos diagnósticos seguidos en nuestro hospital. Para poder así saber si cumplen algunas de las características observadas en otros estudios.

Material y métodos:

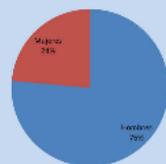
Estudio descriptivo retrospectivo transversal de todos aquellos pacientes que cumplieran diagnóstico de trastorno del espectro autista y epilepsia con alteraciones del EEG. Recogiendo las siguientes variables: sexo, edad de la primera visita, antecedentes patológicos, antecedentes familiares, edad de inicio de los rasgos y edad de diagnóstico del TEA, edad de inicio de la epilepsia, tipo de crisis epilépticas, tratamiento de las crisis epilépticas, evolución de la epilepsia, electroencefalograma (EEG), resonancia magnética (RMN), alteraciones genéticas y coeficiente de desarrollo (CD).

Resultados:

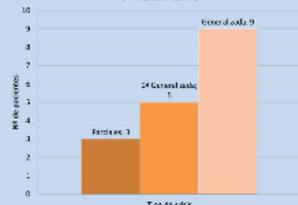
En nuestra consulta encontramos 170 pacientes con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), de los cuales 17 presenta de forma con dominante epilepsia (10%). La media de edad de inicio de rasgos de TEA son los 2.8 años, mientras que del inicio de la epilepsia fue 4.7 años. El 47% inició la clínica de epilepsia después del diagnóstico de TEA, el 23,5% la presente concurrente y el 25.5% la presente previa. De los 17 pacientes, 4 precisaron terapia con más de un antiepiléptico (25%). Del resto, 5 precisaron tratamiento inicial con múltiples fármacos pero finalmente se pudo conseguir control con un solo fármaco. Respecto a la localización del foco epiléptico encontramos 9 pacientes con predominio temporal

Paciente	Sexo	AF Epilepsia	Inio de TEA	Inicio Epilepsia	Tipo de Crisis	EEG	Prueba de imagen	Genética (Array)	Tratamiento Multiple	CD
1	F	NO	3	3.5 (C)	Parcial compleja	Línea media sagital y centro temporal. Último: actividad epiléptica focal 60-80% sueño + focal (POCSL)	normal	normal	SI	52
2	M	SI	4	2.5 (A)	2ª generalizada	Focal paroxística parieto-temporal derecha. Último EEG normal.	cuiste aracnoideo fosa posterior	normal	SI	77
3	M	SI	3	6 (D)	Generalizadas	Paroxismo punta-onda rítmica >30. 35%	No realizada	normal	NO	94
4	M	SI	2	5 (D)	mioclonías	Punta onda 1.5-2 Hz temporal post. y parieto-occ. dcha. mayor en sueño no-rem	2 pqs señales alt. señal supratentorial inespec	normal	NO	88
5	M	NO	3	7 (D)	ausencias	Parox. punta-onda y polipunta 2.5-3Hz sueño	normal	normal	NO	-
6	M	NO	2	<1 (A)	Sd. West	Parox. focal temporal dcho. Parieto-frontal dcha y parieto-occ dcha	normal	normal	SI	-
7	M	NO	2	5.5 (D)	Convulsiones febriles generalizadas + mioclon-astática + ausencias	Complejos punta-onda (3.5Hz) centro-parietal dcha. post. generalizadas. Último: activ. parox focal temporal dcha	normal	normal	SI	-
8	M	NO	2.5	3 (C)	paroxisos complejas	Multifocal (temporal dcho, central y roándica dcha)	megacisterna magna	normal	NO	-
9	M	SI (iz)	2	6 (D)	paroxisos complejas crisis febriles parciales	Parox. graalizada sueño > hemisferio derecho.	normal	normal	NO	74/83
10	F	SI (madre)	4	<1 (A)	2ª generalizadas	Temporal anterior alterante, con predominio dcho	normal	normal	SI	-
11	F	NO	3	2 (A)	ausencias + mioclon + parciales complejas (jerinx-gesaurif)	Parox. 1.2 Hz hemisferio izq - desgargas punta onda graalizada 2-2.5Hz	normal	del 2q21.3 q22.3	SI	62
12	F	NO	2	<1 (A)	2ª generalizadas	Activ. focal rolando-temporal + centroparietal dcho durante sueño	normal	normal	NO	80/72
13	M	SI (madre)	6	6 (C)	gralizadas tónico-clón	Descargas graalizadas 2.5 Hz --> normal	leve dilatación triventricular	normal	NO	97-118
14	M	NO	2	11 (D)	crisis frontales + ausencias	Bifrontal	normal	normal	NO	-
15	M	NO	4	4.5 (C)	2ª generalizada	Centro-temporal izq	normal	normal	SI	-
16	M	NO	2	8 (D)	2ª generalizadas	Vértex-roándica dcha, generalizados áreas anteriores	normal	normal	NO	71
17	M	NO	2	9 (D)	tonico-clónicas graalizadas + miocónicas	ondas lentas 3-4 Hz regiones frontales	normal	dupl Xq28	SI	28

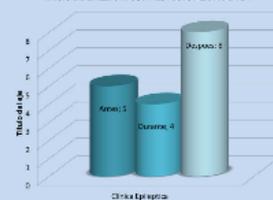
PRESENTACIÓN POR SEXO



TIPO DE CRISIS CLÍNICA



INICIO DE EPILEPSIA CON RESPECTO AL DÍA DE TEA



Conclusiones:

Contamos con una muestra pequeña de pacientes con TEA y autismo, la prevalencia de epilepsia y autismo en nuestra unidad es del 10%. dentro de la franja que muestran los principales estudios, algo menor posiblemente relacionado con la edad de los pacientes, seguidos solo hasta los 14 años, por lo que perdemos el segundo pico de incidencia en adolescentes Observamos una inversión en el sexo pues la mayoría de nuestros pacientes eran hombres (76.4%). Con respecto al tipo de crisis, observamos una variabilidad, predominan las crisis generalizadas, dentro de las parciales y 2ªmente generalizadas se observa un predominio de la afectación del lóbulo temporal. La presencia de alteraciones genéticas y de pruebas de imagen es infrecuente y con poca significación clínica. Con respecto a la aparición de la epilepsia esta se presenta en mayor frecuencia tras el diagnóstico del TEA. Para el control de la epilepsia se precisa inicialmente la utilización de varios fármacos.

¿Qué características de los pacientes autistas?

Estudio retrospectivo transversal

17 pacientes con epilepsia de 17 años

Conclusiones:

- Prevalencia de epilepsia 10%.
- Hombres > mujeres.
- Crisis generalizadas y parciales.
- Aparición de crisis tras el diagnóstico de TEA.
- Sin alteraciones genéticas significativas.
- Precisan de inicio con fármacos.

Nuestras conclusiones.

Prevalencia 10 %

Hombres > Mujeres

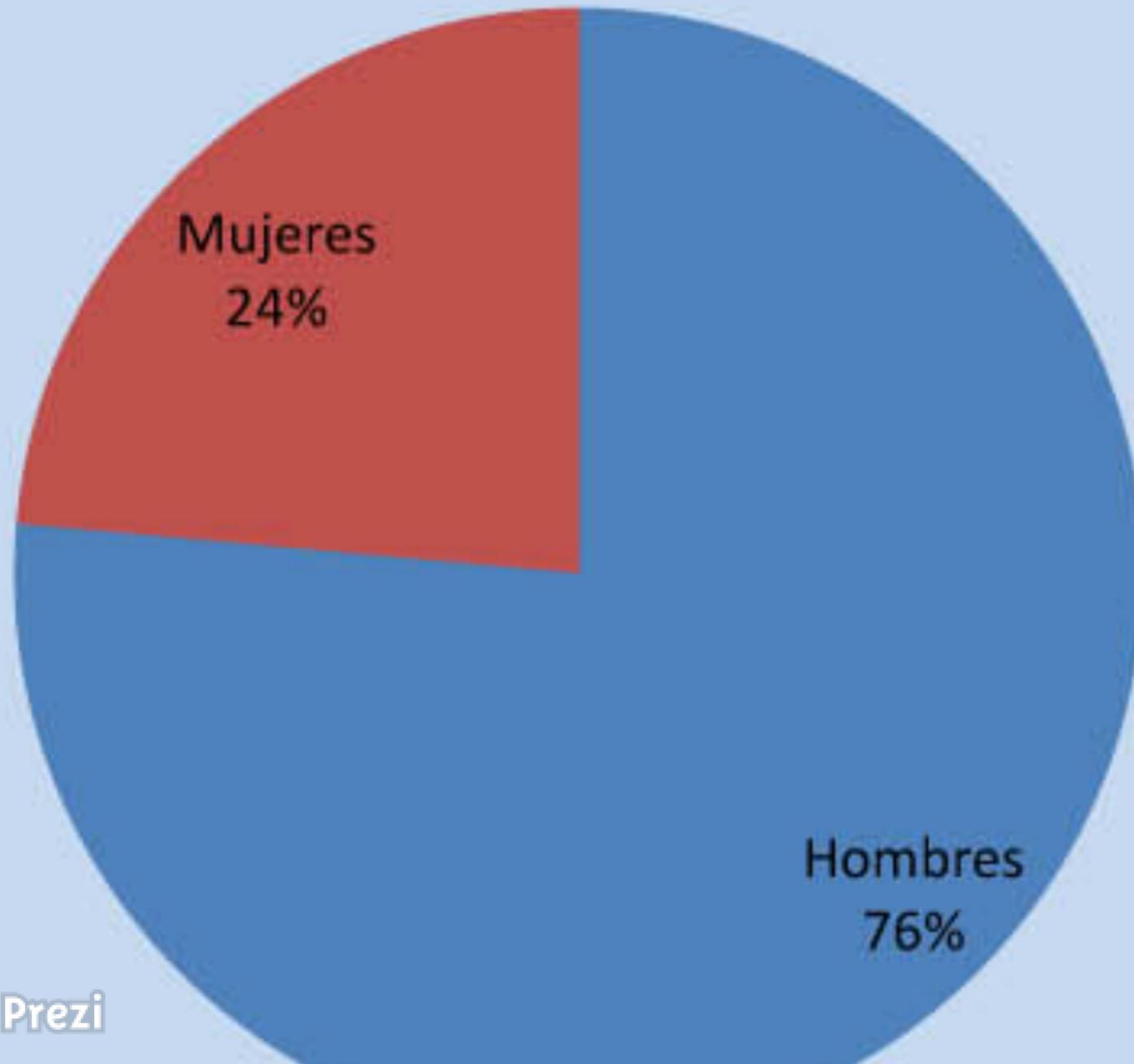
CD > 70 (8/10)

Media de edad 4,7 a

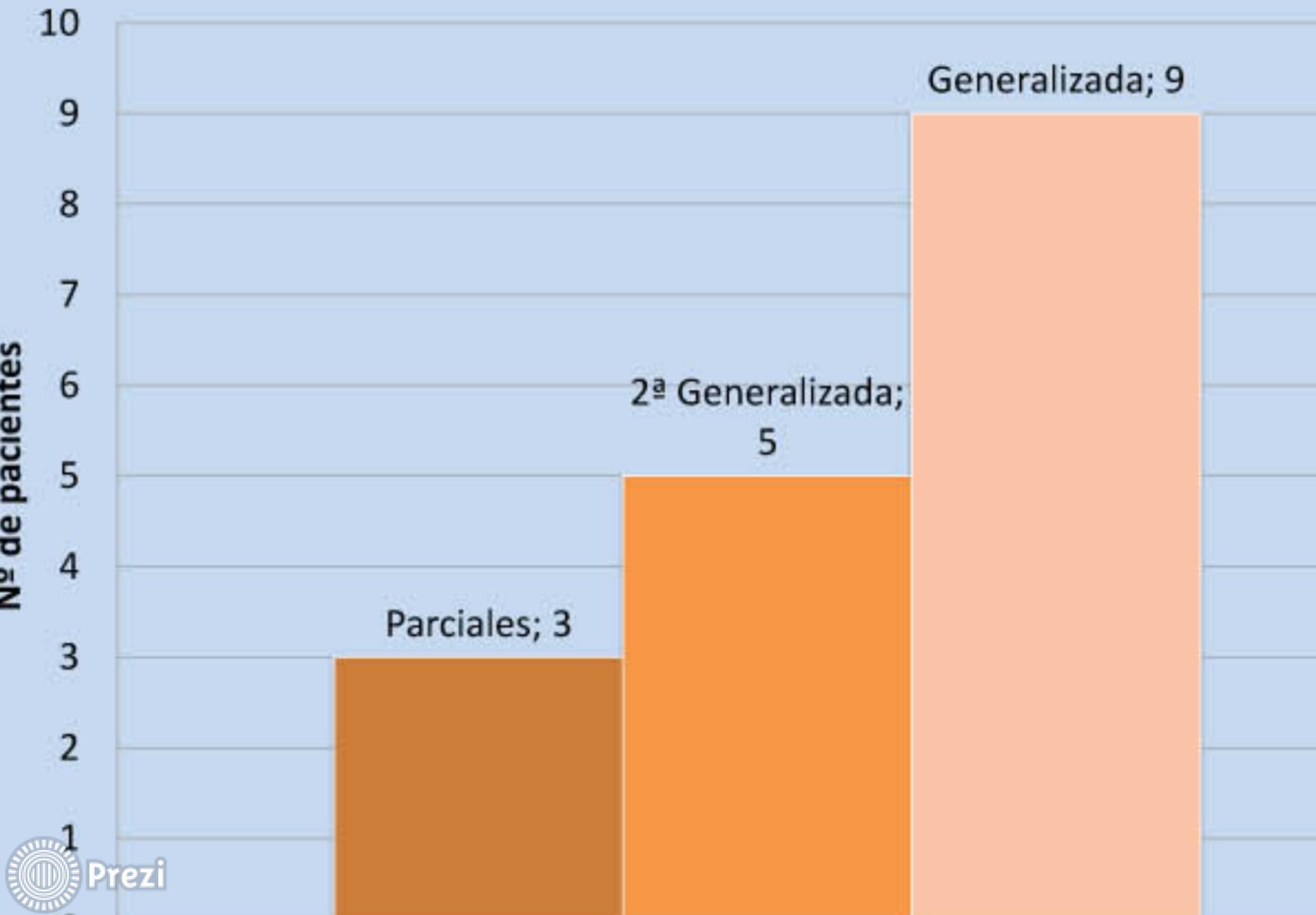
GRACIAS
Paco G

Paciente	Sexo	AF Epilepsia	Inio de TEA	Inicio Epilepsia	Tipo de Crisis	EEG	Prueba de imagen	Genetica (Array)	Tratamiento Multiple	CD
1	F	NO	3	3.5 (C)	Parcial compleja	Línea media sagital y centro temporal. Último: actividad epileptiforme graliz 50-60% sueño + focal (POCSL)	normal	normal	SI	52
2	M	SI	4	2.5 (A)	2ª generalizada	Focal paroxística parieto-temporal derecha. Último EEG normal.	quiste aracnoideo fosa posterior	normal	SI	77
3	M	SI	3	6 (D)	Generalizadas	Paroxismo punta-onda rolándica >30-35%	No realizada	normal	NO	94
4	M	SI	2	5 (D)	mioclonías	Punta onda 1.5-2 Hz temporal post y parieto-occ dcha, mayor en sueño no-rem	2 peq señales alt. señal supratentorial inesp	normal	NO	89
5	M	NO	3	7 (D)	ausencias	Parox. punta-onda y polipunta 2.5-3Hz sueño	normal	normal	NO	-
6	M	NO	2	<1 (A)	Sd. West	Parox. focal temporal dcho. Parieto-frontal dcha y parieto-occ dcha	normal	normal	SI	-
7	M	NO	2	5.5 (D)	Convulsiones febriles. generalizadas + mioclon-astática + ausencias	Complejos punta-onda (3.5Hz) centro-parietal dcha, post. gralizadas. Último: activ. parox focal temporal dcha	normal	normal	SI	-
8	M	NO	2,5	3 (C)	parciales complejas	Multifocal (temporal dcho, central y rolándica dcha)	megacisterna magna	normal	NO	-
9	M	SI (tia)	2	6 (D)	parciales complejas crisis febriles	Parox. gralizada sueño > hemisferio derecho.	normal	normal	NO	74/83
10	F	SI (madre)	4	<1 (A)	parciales 2ª generalizadas	Temporal anterior alternante, con predominio dcho	normal	normal	SI	-
11	F	NO	3	2 (A)	ausencias + mioclón + parciales complejas (¿lennox-gastaut?)	Parox. 1-2 Hz hemisferio izq + desgargas punta-onda graliz 2-2.5Hz	normal	del 2q21.3-q22.3	SI	62
12	F	NO	2	<1 (A)	2º generalizadas	Activ. focal rolando-temporal + centroparietal dcho durante sueño	normal	normal	NO	80/72
13	M	SI (madre)	6	6 (C)	ausencias + gralizadas tónico-clon	Descargas gralizadas 2.5 Hz --> normal	leve dilatación triventricular	normal	NO	97-118
14	M	NO	2	11(D)	crisis frontales + ausencias	Bifrontal	normal	normal	NO	-
15	M		4	4.5 (C)	2º generalizada	Centro-temporal izq	normal	normal	SI	-
16	M	NO	2	8 (D)	2º generalizadas	Vértex-rolándica dcha, generalizados áreas anteriores	normal	normal	NO	71
17	M	NO	2	9 (D)	tonico-clónicas gralizadas +mioclónicas	ondas lentas 3-4 Hz regiones frontales	normal	dupl Xq28	SI	28

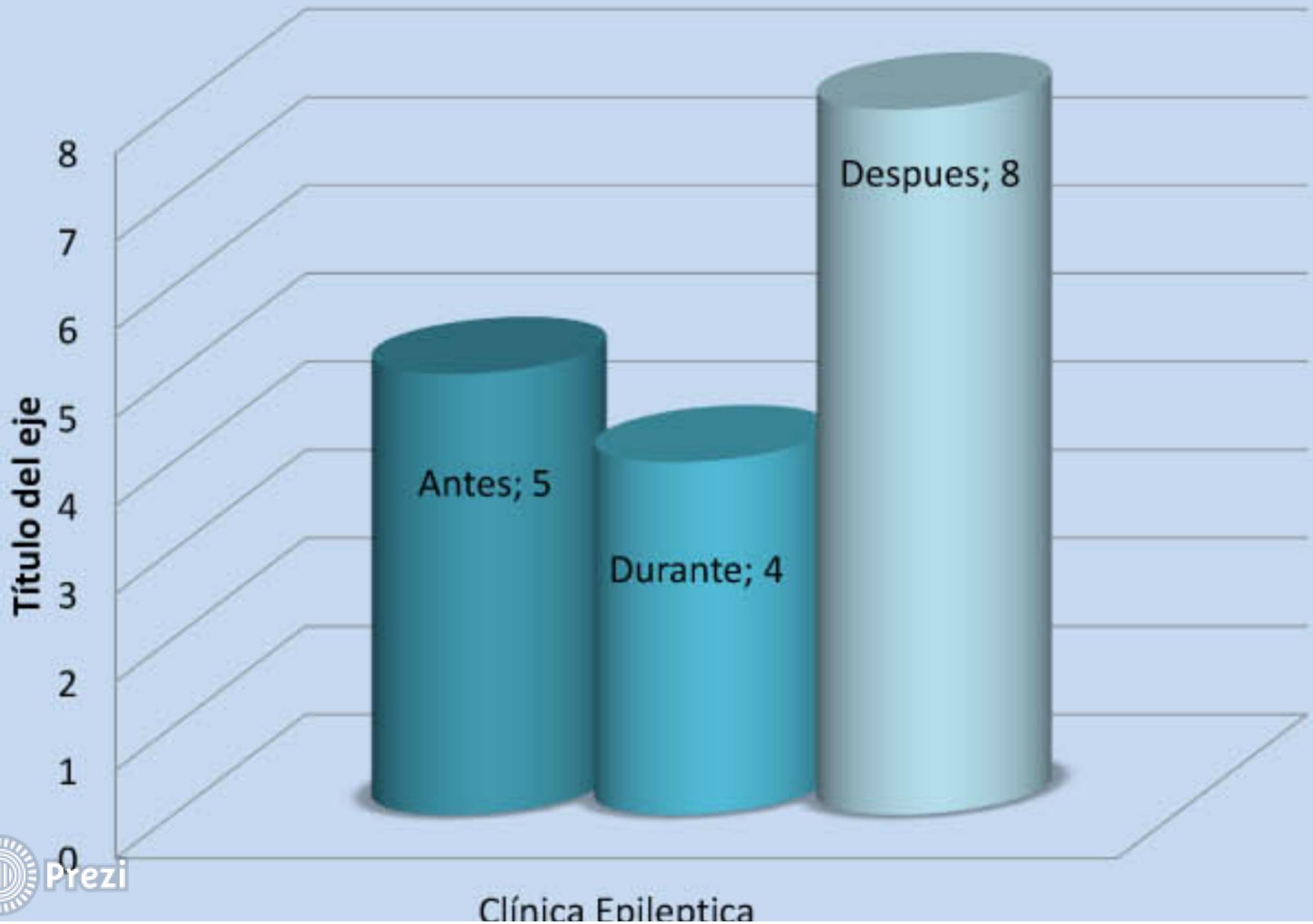
PRESENTACIÓN POR SEXO



TIPO DE CRISIS CLÍNICA



INICIO DE EPILEPSIA CON RESPECTO AL DX DE TEA



¿Qué características tienen nuestros pacientes autistas con epilepsia?

Estudio retrospectivo trasversal.

17 pacientes con epilepsia de 170 autistas no sindrómicos.

Conclusiones:

- Prevalencia de epilepsia en nuestro pacientes es 10%.
- Hombres > mujeres.
- Crisis generalizadas y parciales temporales.
- Aparición de crisis tras 2 años de sintomatología de TEA.
- Sin alteraciones genéticas ni en RNM significativas.
- Precisan de inicio control con más de un fármaco.

- Precisan de inicio control con más de un fármaco.

Nuestras conclusiones...

Prevalencia 10 %

Hombres > Mujeres

CD > 70 (8/10)

Media de edad 4,7 a

En la literatura

Prevalencia 5-46%

Mujeres > Hombres

Más frecuente si CD <70

2º pico de edad en
adolescencia

***GRACIAS:
Paco Gómez.
Ana Huertas.***



Cascada del Caozo, valle del Jerte