

Viernes, 2 de junio (17:10 - 18:40)

NEUMOLOGÍA Y NEUROLOGÍA

Sala 1+2  
583

17:10

EL HUMO DEL TABACO ES UN FACTOR DE RIESGO DE ASMA EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS

Pedro Mondéjar López, M. Dolores Pastor Vivero, M<sup>a</sup> Victoria López Robles, Silvia García Martínez, Manuel Sánchez-Solís, Luis García-Marcos Álvarez

Sección de Neumología Pediátrica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia y Instituto de Salud Respiratoria de la Región de Murcia de la Universidad de Murcia.

**Antecedentes y objetivos:** El humo del tabaco se ha descrito como factor de riesgo de asma en adolescentes fumadores y niños cuyas madres fumaron durante la gestación. Sin embargo, hay menos estudios que lo relacionen con el asma en niños menores de 5 años. Nuestro objetivo es conocer si los niños expuestos al humo del tabaco tienen un mayor riesgo de sufrir asma antes de los 5 años de edad.

**Métodos:** Se ha diseñado un estudio prospectivo caso-control en el que se determina, como método objetivo de valoración de la exposición pasiva al tabaco, los niveles de cotinina en orina de 87 pacientes de 0 a 5 años que son remitidos a la Consulta de Neumología Pediátrica por asma (casos); y se mide asimismo en 51 niños, también menores de 5 años, sin antecedente alguno de sibilancias (controles). Para el análisis estadístico se calculó la Odds-ratio considerando que los niveles de cotinina son altos si su concentración en orina es  $\geq 20$  ng/ml. El contraste entre medias se llevó a cabo mediante los tests de la "t" de Student y "U" de Mann-Whitney. Para conocer la asociación entre variables cualitativas, se practicó análisis de tablas de contingencia mediante el test de la  $\chi^2$  de Pearson, así como el análisis de regresión lineal.

**Resultados:** No hay diferencias en cuanto a la edad media entre casos (28,8 meses) y controles (31,8 meses); t de Student 0,892; p 0,37. Los niños asmáticos presentaron unos niveles medios de cotinina significativamente más altos (40,36 ng/ml) que los no asmáticos (19,05 ng/ml); U de Mann-Whitney 1730 (p 0,03).

Tablas de contingencia			
	Cotinina < 20	Cotinina $\geq 20$	Total
Controles	35	16	51
Casos	39	48	87
Total	74	64	138

(0,007) de riesgo para el asma. Odds Ratio = 2,69 (IC 95% 1,3; 5,57). El análisis de regresión lineal mostró que los niveles de

cotinina urinaria  $\geq 20$  ng/ml, el sexo masculino y el ser hijo/a de padres alérgicos, son factores independientes  $\chi^2$  de Pearson = 7,32

**Conclusiones:** Los niños asmáticos de 0 a 5 años tienen niveles de cotinina en orina significativamente más elevados que los que jamás han tenido un episodio de sibilancias. Los niños de dicha edad que presentan niveles urinarios de este metabolito superiores a 20 ng/ml tienen aumentado el riesgo de padecer asma.

584

17:20

UTILIDAD DE LA RADIOLOGÍA TORÁCICA EN EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN PEDIATRÍA

María Arriaga Redondo, Miguel Ángel Roa Francia, Rebeca Villares Alonso, Nuria Gutiérrez Cruz, Pedro José Pujol Buil  
Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

**Introducción:** La radiografía de tórax es una herramienta fundamental y habitual en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. La normalidad de dicho estudio puede originar fallos diagnósticos y terapéuticos al etiquetarlos como simples infecciones latentes.

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia en casos de tuberculosis pulmonar que presentan radiología torácica normal.

**Casos clínicos:** Se presentan once casos de tuberculosis pulmonar con radiología torácica normal, de un total de 51 casos de tuberculosis pulmonar, lo que supone un 21,5%, en un periodo de diez años (1995 a 2005). Las edades oscilaron entre los 3 meses y los 11 años, con una media de 35,36 meses y mediana de 16. Nueve de los niños tenían menos de 5 años y ocho menos de 2. Siete pacientes tenían manifestaciones clínicas, todos Mantoux positivo aunque tres eran negativos inicialmente. En diez niños existía caso índice conocido (90,9%). Diez tuvieron cultivo en jugo gástrico positivo (90,9%). En tres casos los pacientes fueron etiquetados de infección latente e iniciaron profilaxis con isoniácida. El TC se realizó en cuatro pacientes mostrando en todos patología pulmonar y un caso se diagnosticó de tuberculosis miliar.

**Comentarios y conclusiones:** La falta de hallazgos en la radiografía de tórax supone un importante problema ya que puede conducir a fallos en el diagnóstico y por tanto a un tratamiento erróneo. En nuestro medio existe un alto porcentaje de positividades en los cultivos, lo que no es habitual en la literatura. Todos los pacientes tenían al menos dos de los hallazgos constituidos por caso índice conocido, mantoux positivo o datos clínicos compatibles. La presencia de dos de estos datos con radiología torácica normal podría ser indicación de realizar un TC que evitaría errores diagnósticos.

585

**TABAQUISMO PASIVO Y BRONQUIOLITIS**M<sup>a</sup> Victoria López Robles, Juana M. Espín López, Pedro Mondéjar López, M. Dolores Pastor Vivero, Manuel Sánchez-Solís, Luis García-Marcos Álvarez

Sección de Neumología Pediátrica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Antecedentes y objetivo:** La bronquiolitis supone un importante problema sanitario ya que representa la causa más frecuente de hospitalización en menores de 2 años en época de epidemia. Existen varios factores de riesgo para el desarrollo y gravedad de la enfermedad, entre ellos, el tabaquismo pasivo. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la influencia de la exposición al tabaco sobre la severidad de la bronquiolitis en lactantes ingresados en nuestro hospital.

**Métodos:** Se realizó estudio prospectivo de una cohorte de lactantes ingresados por bronquiolitis VRS (+) entre Diciembre-04 y Marzo-05. Se excluyeron aquellos lactantes con patología de base como displasia broncopulmonar, cardiopatías o prematuridad. Para valorar la gravedad de la bronquiolitis se utilizó el Score clínico de Wood-Downes modificado por Ferrés y la duración de la estancia hospitalaria. Para valorar la exposición al tabaco de manera objetiva, se recogieron niveles de cotinina en orina del lactante al ingreso, considerando como significativo un valor  $\geq 20$  ng/ml. Para comparar la media de las 2 variables cuantitativas se realizó el test de la "t" de Student para muestras independientes.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 69 lactantes con edades comprendidas entre 12 días y 8 meses (95% < 6 meses). Se asignaron a dos grupos; expuestos y no expuestos, según presentaran niveles de cotinina en orina  $\geq 0$  < de 20 ng/ml. Aquellos lactantes con cotinina elevada presentaron mayor puntuación en el Score de Wood-Downes al ingreso (5.897) que los no expuestos (4.950) siendo la diferencia estadísticamente significativa (p: 0,034); y fue mayor el tiempo de hospitalización 9,6 días frente a 7,2 días en los no expuestos (p: 0,003). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad en relación a la exposición al tabaco.

**Conclusiones:** Los lactantes con bronquiolitis VRS+ expuestos a humo del tabaco presentan mayor gravedad y estancia hospitalaria, que los no expuestos.

17:30

**Resultados:** Los pacientes provenían de las UCI pediátrica o neonatológica en 33 casos, de la consulta de cirugía o pediatría de nuestro centro en 22 y derivados desde otro centro en 26. Del total de 90 pacientes, los diagnósticos fueron: estenosis subglótica en 21 casos, estenosis traqueal en otros 21 casos, laringomalacia en 20, traqueobroncomalacia en 16, hemangioliangiomias cervicales en 5, parálisis cuerda vocal en 4 y edema de glotis en 3. De ellos requirieron tratamiento quirúrgico 46 casos (51,1%) (con distintas técnicas quirúrgicas según patología y paciente), en 10 pacientes por patologías funcionales y en 36 por alteraciones anatómicas, así como tratamiento médico en 5 casos (5,5%). Necesitaron reintervención en 6 casos: 5 estenosis subglótica por persistencia del estridor y 1 estenosis traqueal por granuloma endotraqueal. El resultado fue bueno o muy bueno en 75 pacientes (83,4%). Otros 8 pacientes (8,8%) han tenido resultados regulares o malos. Fallecieron 7 pacientes (7,8%), 4 de ellos a causa de su cardiopatía congénita asociada, 1 por sepsis fulminante, 1 por neumonía y 1 por dehiscencia de sutura en traqueoplastia anterior.

**Conclusión:** Todo lactante con estridor debe ser estudiado adecuadamente mediante la realización de una fibrobroncoscopia ya que frecuentemente subyace patología que va a requerir un tratamiento quirúrgico. La gravedad del estridor no se correlaciona en muchas ocasiones con la gravedad de la lesión. Entre estos diagnósticos existe patología potencialmente letal que requiere un tratamiento precoz.

586

**UTILIDAD DEL ESTRIDOR COMO SÍNTOMA EN MENORES DE UN AÑO**

Alberto Parente Hernández, María Fanjul Gómez, Ana Laín Fernández, Agustín del Cañizo López, María A. García Casillas, José A. Matute y de Cardenas, Juan José Vázquez Estévez

Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos:** El estridor es un síntoma fácilmente identificable en el lactante pero que no suele ser adecuadamente estudiado. En este estudio retrospectivo analizamos las causas que originan estridor en lactantes y que tratamientos han precisado.

**Material y métodos:** Estudiamos 90 pacientes menores de 1 año vistos entre 1999 y 2003 con estridor en nuestro centro. Todos los pacientes fueron diagnosticados mediante fibrobroncoscopia. La edad media de los pacientes al diagnóstico fue  $93,06 \pm 82,4$  días, con un seguimiento medio de  $38,2 \pm 19,2$  meses. Las variables estudiadas son: procedencia, diagnóstico, tratamiento realizado, evolución y complicaciones.

17:40

587

**TRAQUEOMALACIA Y BRONCOMALACIA. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL**Silvia García Martínez, M<sup>a</sup> Victoria López Robles, Pedro Mondéjar López, M. Dolores Pastor Vivero, Manuel Sánchez-Solís, Luis García-Marcos Álvarez

Sección de Neumología Infantil y Fibrosis Quística del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Introducción:** La traqueomalacia (TM) es una entidad cuya incidencia en la infancia no está bien definida. Muchos pacientes son infradiagnosticados ya que la semiología clínica que presentan es similar a la de otras enfermedades pulmonares más frecuentes en la infancia.

**Objetivos, material y métodos:** Presentar la experiencia en nuestro hospital mediante la revisión retrospectiva de las historias clínicas de las fibrobroncoscopias (FB) realizadas entre Abril '00 y Enero '06 con diagnóstico de TM, broncomalacia (BM) o traqueobroncomalacia (TBM). Se estudiaron las siguientes variables: sexo, manifestaciones clínicas y su edad de inicio y la existencia de otras malformaciones asociadas.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se llevaron a cabo 345 FB, con diagnóstico de malacia de la vía aérea inferior en 45 (13%). Dos pacientes se perdieron por ser éxitus. De ellas 35 pacientes eran portadores de TM (77,8%), BM el 17% y TBM el 26,7%. Se identificó un predominio claro del sexo varón (73,3%). No se encontraron otras patologías asociadas en 21 pacientes (48,9%), considerándose a éstas formas primarias. En un 73,4% la clínica se inició en el primer año de vida y casi un tercio ya en el primer mes (26,7%). Los diagnósticos más frecuentes (previos a la realización de la FB) fueron el estridor y la laringitis de repetición (42,2%), las sibilancias y el distrés respiratorio (11,1%) y también la asociación de ambos (13,3%). Solo 4 pacientes (8,9%) no presentaban la sintomatología típica de sibilancias y/o estridor. La malacia de la vía aérea fue el diagnóstico de presunción, antes de rea-

17:50

lizar la FB en un 60% (Valoración del paciente por Neumólogo Infantil). Asociaban laringomalacia en un 13,3%, RGE un 35,6%, atresia de esófago un 15,6% y otras malformaciones en un 26,7% de los pacientes. Tres pacientes presentaban Sd de Down (6,7%).

**Conclusiones:** Observamos por tanto que, la malacia de la vía aérea es una entidad de relativa frecuencia en la infancia. En pacientes con síntomas respiratorios habituales de la edad pediátrica, es importante establecer el diagnóstico diferencial con esta entidad ya que la sospecha clínica generalmente orienta al diagnóstico. Su identificación evitará actitudes terapéuticas incorrectas e innecesarias.

## 588 18:00 BRONQUIOLITIS POR METAPNEUMOVIRUS HUMANO Y ENFERMEDAD REACTIVA DE LA VÍA AÉREA ¿EXISTE ASOCIACIÓN?

M. Luz García García, Cristina Calvo Rey, Teresa Bracamonte Bermejo, Alejandra Rellán López, Felicidad Gozalo García, Teresa Tenorio Benito

Servicio de Pediatría del H. Severo Ochoa, Leganés (Madrid) y Laboratorio de Gripe y Virus Respiratorios del Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

**Introducción.** Se desconoce la evolución a largo plazo de las bronquiolitis por metapneumovirus humano (hMPV). Nuestro objetivo ha sido estudiar la frecuencia con la que los niños con antecedente de ingreso por bronquiolitis por hMPV, desarrollan episodios obstructivos de la vía aérea, en comparación con niños ingresados por bronquiolitis por VRS y con un grupo control de niños ingresados por gastroenteritis (GEA), sin patología respiratoria en los primeros 2 años.

**Material y métodos.** Entre septiembre y diciembre/2005 se citó en consulta a 23 niños ingresados desde el 2000 al 2003 por bronquiolitis por hMPV, 32 por bronquiolitis VRS y 30 GEA, realizando un cuestionario con antecedentes de prematuridad, ventilación mecánica, dermatitis atópica, alergia alimentaria, rinitis alérgica, asma y atopía en familiares de 1º grado, tabaquismo pasivo, animales en el domicilio, episodios de sibilancias, y su nº en el 1-2º, 3º y 5º año de vida, así como necesidad de tratamiento de mantenimiento. Se realizaron prick-test a alérgenos ambientales y alimentarios a los niños cuyos padres consintieron.

**Resultados.** El 92% tenían entre 3 y 5 años de edad. No hubo diferencias en cuanto a: género, dermatitis atópica, rinoconjuntivitis alérgica, alergia alimentaria, positividad del prick test, antecedentes familiares de 1º grado de asma o atopía o presencia de animales en el domicilio. La prematuridad fue más frecuente el grupo hMPV ( $p = 0,03$ ) y el tabaquismo materno en el grupo VRS ( $p = 0,029$ ). En el 1º y 2º año de vida la frecuencia de sibilancias recurrentes fue similar en ambos grupos de bronquiolitis (87% hMPV y 75% VRS). Al 3º año el 52% de grupo hMPV y el 50% del grupo VRS seguían presentando sibilancias recurrentes, frente al 16,7% del grupo control ( $p = 0,008$ ). Al 5º año, el grupo hMPV presenta sibilancias con mayor frecuencia (66,7%) no sólo que el grupo control (22,7%), sino que el grupo VRS (39%),  $p = 0,04$ . La frecuencia de ingresos por causa respiratoria y la utilización de medicación antiastmática de mantenimiento fue significativamente superior en los niños hMPV y VRS que el grupo control ( $p = 0,036$  y  $p = 0,037$  respectivamente).

**Conclusiones.** La frecuencia de síntomas obstructivos recurrentes tras una bronquiolitis por hMPV es similar a la que presentan los niños con antecedente de bronquiolitis por VRS los 3 años de vida y posiblemente superior a los 5 años.

## 589 18:10 EVOLUCIÓN NATURAL DEL SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS

Verónica Cantarín Extremera, Juan José García Peñas, Luisa Arrabal Fernández, Laura López Marín, Anna Duat Rodríguez, Luis González Gutiérrez-Solana, M. Luz Ruiz-Falco de Rojas Hospital Universitario del Niño Jesús, Madrid.

**Objetivos:** Definir la evolución natural del síndrome de Alicia en el País de las Maravillas (SAPM) en relación con las distintas etiologías asociadas con el mismo.

**Pacientes y métodos:** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de 16 pacientes consecutivos menores de 18 años de edad diagnosticados de SAPM entre enero de 1995 y diciembre de 2005. En todos los casos, se analizan: edad, sexo, antecedentes familiares de patología neurológica, antecedentes personales patológicos, debut clínico, signos infecciosos, semiología de los episodios paroxísticos, resultados de las pruebas complementarias, evolución y tratamientos utilizados. En todos los pacientes se hizo EEG. En un 93,8% se realizaron pruebas de neuroimagen y en un 56,2% se practicaron estudios serológicos.

**Resultados:** Cinco pacientes son varones (31,3%) y 11 son mujeres (68,7%). La mediana de edad se sitúa en 10 años y 6 meses. Un 50% de los pacientes presentaba antecedentes de patología neurológica y un 37,5% presentaba antecedentes personales patológicos. Un 50% de los casos debutaron en el contexto de un proceso infeccioso. Todos los pacientes experimentaron micropsias y/o macropsias. En un 42,8% de los casos existía agitación psicomotriz llamativa. Un 75% de los pacientes no presentó recurrencias clínicas. Las etiologías incluyeron 5 casos de migraña (31,3%), 8 casos (50%) relacionados con patología infecciosa (4 por virus de Epstein-Barr, 2 por virus varicela zoster, 1 por virus varicela zoster, y 1 por Coxsackie), 2 casos por tóxicos (12,5%) y 1 caso por epilepsia del lóbulo temporal (6,3%).

**Conclusiones:** El SAPM es un síndrome de disfunción neurológica de presentación paroxística y asociado a diversas etiologías. En nuestra serie, hasta un 50% de los casos presentaban un origen infeccioso o parainfeccioso. La gran mayoría de los casos fueron etiquetados inicialmente de forma errónea como delirio, encefalitis, epilepsia o intoxicación.

## 590 18:20 ANÁLISIS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE NUEVAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS (METILFENIDATO DE LIBERACIÓN PROLONGADA Y ATOMOXETINA) EN TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

Javier González de Dios, Esther Cardo Jalón

Departamento de Pediatría del Hospital Universitario San Juan, Universidad Miguel Hernández, Alicante y Departamento de Psicología del Son Llàtzer, Universidad Islas Baleares, Palma de Mallorca (Baleares).

**Antecedentes y objetivos:** El trastorno por déficit de atención/hiperactividad TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia. Nuevas modalidades terapéuticas se barajan en nuestro entorno, concretamente dos: el metilfenidato de liberación prolongada (MFLP, psicoestimulante ya comercializado en España) y la atomoxetina (ATX, no psicoestimulante y pendiente de comercializar). El objetivo es analizar los ensayos clínicos (EC) sobre MFLP y ATX en TDAH, en base a su validez, relevancia y aplicabilidad en el algoritmo terapéutico de esta entidad.

**Métodos:** Revisión sistematizada (febrero 2006) de los EC sobre MFLP y ATX en TDAH publicados en fuentes de informa-

ción secundaria y primaria, y valoración crítica con la metodología del Evidence-Based Medicine Working Group.

**Resultados:** Los EC detectados (principalmente publicados en *Pediatrics* y *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*) sobre MFLP (frente a placebo y metilfenidato de liberación inmediata) y ATX (frente a placebo) apoyan la eficacia respecto a los síntomas cardinales del TDAH y su seguridad. Los EC comparan directamente MLFP y ATX son escasos y poco concluyentes. Detectamos limitaciones en dichos EC (en relación con pacientes, intervenciones y variables resultado), que pueden afectar a su validez interna y externa. La aplicación de estos nuevos tratamientos una vez al día suele ser preferida por los padres, mejorando el cumplimiento terapéutico; sin embargo, un tema a considerar es el incremento de precio, por lo que se hace necesario los estudios de evaluación económica en los EC.

**Conclusiones:** la evidencia (y la experiencia) científica confirman que existen robustas pruebas científicas de que el metilfenidato mejora los síntomas clave del TDAH a corto-medio plazo en escolares (6-12 años). El algoritmo terapéutico aconseja empezar con metilfenidato (de liberación inmediata o MFLP, en base a la relación de los posibles beneficios-perjuicios-costes); si éste no funciona (entre el 10-30% de los pacientes) o el niño no tolera los efectos adversos deberá plantearse el uso de ATX. Queda cuestiones por resolver en base a mejores EC: utilidad de esta medicación en preescolares y adolescentes, efectos a largo plazo, duración del tratamiento. Los nuevos EC en marcha tratarán de discernir su uso racional en el algoritmo terapéutico del TDAH, considerando en la toma de decisiones en la práctica habitual el triángulo de implicados (paciente-médico-familia).

591

18:30

### EL 'CONTINUO' CLÍNICO DEL TDAH: SIGNOS DE ALERTA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PRECOZ CON EL TRASTORNO DE ASPERGER

Mercedes García Reymundo, Carmen Sánchez Cordero, Cristina Cáceres Marzal, Julián Vaquerizo Madrid

Centro CADAN de Atención al Neurodesarrollo, Badajoz (Badajoz), Centro CAPACITAS, Badajoz y Unidad de Neuropediatría y Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil, Badajoz.

**Objetivos:** Muchos niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tienen además rasgos clíni-

cos de autismo, principalmente dificultades en la interacción social y en la comunicación. Muchos niños con Trastorno de Asperger (TA) pueden consultar en los primeros años por manifestar un comportamiento difícil. Este solapamiento de síntomas hace muy difícil el diagnóstico. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia de niños que consultaron por sospecha de TDAH y que fueron diagnosticados posteriormente de TA, así como los signos de alerta clínicos que contribuyeron al diagnóstico.

**Pacientes y métodos:** Revisión de una muestra de 320 niños que consultaron durante 2005 en la Unidad de Hiperactividad y Patología del Aprendizaje. Se descartaron aquellos con diagnóstico previo de TA. Se analizó: historia clínica, criterios DSM-IV, perfil cognitivo-conductual mediante un cuestionario de desarrollo del comportamiento, que incluye la traducción del ADHD Copeland Symptoms Checklist, el cuestionario ASAS (Escala Australiana para el TA) y el estudio neuropsicológico de la funciones ejecutivas. 17 niños cumplieron criterios para TA. Prevalencia: 5,3. Sexo: 15 niños/2 niñas. Edad media: 7,8 años. Los síntomas de alerta fueron: torpeza motora, conducta rutinaria, mirada poco expresiva, estereotipias motoras, lenguaje peculiar y problemas en habilidades sociales. La actitud social solitaria y los intereses restringidos y focalizados estaban presentes pero no fueron evidentes en la evaluación general.

**Conclusiones:** Los puntos claves para el diagnóstico del TA son: solitarios, habilidades sociales deficientes, intereses focalizados, rutinas repetitivas, comunicación no verbal deficiente, lenguaje 'aparentemente normal' y torpeza motriz. Muchos niños con TDAH, especialmente el subtipo inatento, pueden manifestar un perfil clínico similar. El solapamiento de síntomas es inequívoco: TDAH y Asperger no se excluyen. En esta comunicación se correlacionan los síntomas de alerta para los padres, el motivo de consulta y los criterios que permiten al clínico llegar al diagnóstico. Destacamos la necesidad de 'ampliar' los cuestionarios que se emplean para el estudio del TDAH con preguntas que pongan de manifiesto los signos de alerta de TA. Probablemente los niños con TA leve pueden pasar inadvertidos durante la etapa escolar y ser diagnosticados erróneamente de TDAH, especialmente en el subtipo inatento.