

temporal. La memoria inmediata está conservada y el resto de la exploración neurológica es normal. La recuperación es progresiva, con una media de 4-6 h y queda una laguna permanente del episodio. La aparición de este cuadro suele ser espontánea, aunque aproximadamente en la mitad de los casos existe un factor precipitante como el esfuerzo físico intenso, el estrés emocional, la inmersión en agua fría o caliente o la maniobra de Valsalva.

Este cuadro se ha asociado a numerosas patologías (migraña, epilepsia, tumores, hematomas, fármacos, etc.) no habiendo consenso sobre la etiología principal². Se ha demostrado que existe una hipoperfusión hipocámpica bilateral transitoria en la tomografía computarizada por emisión de fotones simples (SPECT)³. La causa de la hipofunción hipocámpica se desconoce, aunque se ha postulado que podría deberse a un fenómeno vascular más amplio, con isquemia transitoria del territorio vertebrobasilar, o que se trate de un fenómeno epiléptico, sin que ninguna de las dos teorías haya podido ser demostrada^{4,5}. Sólo se ha encontrado una asociación clara con la migraña, existiendo un aumento significativo de su prevalencia en los pacientes con este cuadro al compararlos con el grupo control⁶. En este supuesto se ha sugerido que la hipoperfusión hipocámpica podría estar producida por un mecanismo similar al del aura migrañosa, donde una hiperexcitabilidad neurógena inicial da paso a una oligoemia secundaria a través de un complejo mecanismo en el que se ven involucrados canales iónicos y neurotransmisores⁷. La prevalencia más baja de la amnesia global transitoria respecto a la migraña, y la tasa de recurrencia mayor de esta última, hace pensar que tanto la susceptibilidad como el estímulo necesario para activar este mecanismo, deben ser mayores para la amnesia global transitoria.

Esta entidad tiene una incidencia de 32 por 100.000 habitantes en los pacientes mayores de 50 años con un pico de edad en la sexta década. En la edad pediátrica se trata de una patología excepcional contando con casos aislados recogidos en la literatura⁸. La migraña confusional aguda, típica en la infancia, tiene una gran semejanza con este cuadro e incluso se ha propuesto como una variante de la amnesia global transitoria⁹.

El diagnóstico del proceso es exclusivamente clínico y requiere cumplir de forma estricta unos criterios diagnósticos (tabla 1). Aunque nuestro caso es típico desde el punto de vista clínico, dada la edad de presentación poco habitual, se decidió

TABLA 1. Criterios diagnósticos

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio súbito de amnesia anterógrada con imposibilidad de retener nueva información y amnesia retrógrada de extensión variable 2. Preservación de memoria inmediata y de la identidad personal sin otra alteración cognitiva distinta a la amnesia 3. Testigo fiable del episodio, que lo haya presenciado desde el principio 4. Ausencia de signos focales neurológicos y de movimientos convulsivos 5. Desaparición de los síntomas en menos de 24 h quedando únicamente una amnesia del episodio 6. Ausencia de epilepsia, enfermedad psiquiátrica, traumatismo craneoencefálico durante las 72 h previas, deterioro mental progresivo e historia de alcoholismo o abuso de drogas |
|---|

De Caplan, 1985¹⁰.

realizar estudios complementarios que descartaran otros posibles procesos con los que debe realizarse el diagnóstico diferencial como son, entre otras, la amnesia psicógena, la migraña confusional aguda, la epilepsia no convulsiva o el síndrome confusional postraumatismo craneoencefálico.

Dado lo excepcional del cuadro en la edad pediátrica, a pesar de conocer el excelente pronóstico de la amnesia global transitoria, consideramos se debe tomar una actitud conservadora y mantener una postura expectante ante la evolución de esta entidad al no tener datos de la misma a largo plazo.

**A. García Ribes, I. Martí Carrera,
M.ª J. Martínez González, C. Garáizar Axpe
y J.M.ª Prats Viñas**

Unidad de Neuropediatría.
Hospital de Cruces. Bilbao. España.

Correspondencia: Dr. J.M. Prats Viñas.
Jefe de la Unidad de Neuropediatría. Hospital de Cruces.
Pl. de Cruces, s/n. 48903 Barakaldo. Bilbao. España.
Correo electrónico: jprats@hcr.uosakidetza.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Fisher CM, Adams RD. Transient global amnesia. *Acta Neurol Scand* 1964;(Suppl 9).
2. Pantoni L, Lamassa M, Inzitari D. Transient global amnesia: A review emphasizing pathogenic aspects. *Acta Neurol Scand* 2000;102:275-83.
3. Evans J, Wilson B, Wraight EP, Hodges JR. Neuropsychological and SPECT scan findings during and after transient global amnesia: Evidence for the differential impairment of remote episodic memory. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993;56:1227-30.
4. Melo T, Ferro JM, Paiva T. Are brief or recurrent transient global amnesias of epileptic origin? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:622-5.
5. Zordon M, Antonutti L, Mase G, Biasutti E, Vitriani B, Cazzato G. Transient global amnesia and transient ischemic attack. Natural history, vascular risk factors and associated conditions. *Stroke* 1995;26:1536-42.
6. Caplan L, Chedru F, Lhermitte F, Mayman C. Transient global amnesia and migraine. *Neurology* 1981;31:1167-70.
7. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine - Current understanding and treatment. *N Engl J Med* 2002;346:257-70.
8. Jensen TS. Transient global amnesia in childhood. *Develop Med Child Neurol* 1980;22:654-67.
9. Sheth RD, Riggs JE, Bodensteiner JB. Acute confusional migraine: Variant of transient global amnesia. *Neurology* 1995;12:129-31.
10. Caplan LB. Transient global amnesia. En: Vinken PJ, Bruyn GW, Klawans HL, editors. *Handbook of Clinical Neurology*. Vol. 45. Amsterdam: Elsevier Science, 1985; p. 205-18.

Astrovirus en la etiología de las gastroenteritis pediátricas

Sr. Editor:

Las gastroenteritis virales constituyen un apartado importante en la práctica asistencial pediátrica, por el interés que tiene de una parte el efectuar un diagnóstico etiológico específico y de

otra establecer una actitud terapéutica adecuada. A los principales agentes clásicamente implicados en esta focalidad como rotavirus^{1,2} y adenovirus^{3,4} se suman otros como astrovirus, calicivirus y determinados ribovirus cuyo papel ha sido revisado por nuestro grupo⁵. En este contexto, los estudios derivados de la actividad diagnóstica en microbiología clínica permiten, aun asumiendo los potenciales sesgos inherentes a su diseño, establecer su protagonismo. Conscientes de la importancia que reviste el conocimiento del estado real de la infección por astrovirus nos propusimos describir su penetración en nuestro medio y estimar el rendimiento que supone su búsqueda en el protocolo de diagnóstico de las gastroenteritis pediátricas.

La presente aportación se basa en los hallazgos obtenidos en el estudio de muestras de heces de 1.970 niños recibidas en una sección de virología de un hospital de tercer nivel de Castilla y León a lo largo del período 1998-2001. El protocolo diagnóstico aplicado incluía en todos los casos la detección de rotavirus y adenovirus mediante una técnica de látex doble (Diarlex, Orion Diagnóstica, Spoo, Finlandia), confirmando las muestras positivas para uno o ambos virus por otra técnica que empleaba un principio distinto a la primera (enzimoanálisis [ELISA] o inmunocromatografía capilar). Todas las muestras positivas lo fueron por ambas técnicas. Desde 1998 se seleccionaron 379 muestras con resultado negativo para rotavirus y adenovirus, con consistencia líquida o semilíquida y se procesaron mediante un ELISA para la detección de astrovirus (IDEIA astrovirus, DAKO).

A lo largo del período de estudio el porcentaje de positividad para rotavirus fue de 8,7% (intervalo de confianza [IC] 95%, 8,03-9,29) y para adenovirus de 1,7% (IC 95%, 1,48-2,1). Con la incorporación de la detección de astrovirus se han detectado 14 heces positivas, lo cual supuso el 3,7% (IC 95%, 2,03-6,12) de los casos estudiados en el último cuatrienio. La edad media de los niños infectados por astrovirus fue de 4,5 años, el 64,3% eran varones y el 71,4% requirieron valoración hospitalaria. En ninguno de los casos existió coinfección con otro virus ni con bacterias enteropatógenas. La detección de astrovirus permitió ampliar el rendimiento de las técnicas convencionales de diagnóstico virológico, que en nuestra serie se concretó en que el 12,5% de las muestras estudiadas resultaron ser positivas para alguno de los virus investigados.

Con la cautela exigible a este tipo de estudios y asumiendo su validez interna para la muestra poblacional investigada, estos resultados apuntan a un protagonismo de los astrovirus, superior al de los adenovirus como agentes implicados en la etiología de las gastroenteritis infantiles en nuestro entorno. Esta circunstancia ha sido recientemente señalada por el grupo de la Universidad de Stanford⁶ al documentar la etiología de las gastroenteritis en 309 niños hospitalizados en California. Aunque en la literatura médica se señala de forma casi generalizada⁶⁻⁸ que el grupo etario más frecuentemente afectado por astrovirus son los niños menores de 3 años, nuestros hallazgos invitan a ampliar este margen de edad, dado que hemos descrito infección por astrovirus en 4 niños mayores de 7 años. Además de nuestra casuística cabe reseñar que, al igual que ha sido referida para rotavirus^{1,6} y adenovirus^{3,6} los astrovirus parecen también ser causa de diarreas que requieren asistencia hospitalaria. Contribuciones como la presente deben animar a la implementación de las técnicas de diagnóstico virológico rápido tendentes a la búsqueda

sistemática de astrovirus; máxime cuando sus características operacionales garantizan su eficiencia^{9,10}. La comunidad pediátrica representa un excelente foro para impulsar con su demanda la consolidación de esta estrategia.

**J.M.^a Eiros Bouza, M.R. Bachiller Luque
y R. Ortiz de Lejarazu**

Áreas de Microbiología y Pediatría.
Facultad de Medicina. Hospital Universitario
y Centro de Salud Pilarica. Valladolid. España.

Correspondencia: Dr. J.M.^a Eiros Bouza.
Área de Microbiología, 6^a planta. Facultad de Medicina.
Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid. España.
Correo electrónico: eiros@med.uva.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Waters V, Ford-Jones EL, Petric M, Fearon M, Corey P, Moinedai R. Etiology of community - acquired pediatric viral diarrhea: Prospective longitudinal study in hospitals, emergency departments, pediatrics practices and child care centers during the winter rotavirus outbreak, 1997 to 1998. The Pediatric Rotavirus Epidemiology Study Immunization Study Group. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:843-8.
2. Ortiz de Lejarazu R, Reguera Useros JI, Eiros Bouza JM, Rodríguez Torres A. Evaluación de un enzimoanálisis rápido de rotavirus. *Enferm Infec Microbiol Clin* 1992;10:240-2.
3. Rabenau H, Knoll B, Allwinn R, Doerr HW, Weber B. Improvement of the specificity of enzyme immunoassays for the detection of rotavirus and adenovirus in fecal specimens. *Intervirology* 1998;41:55-62.
4. Ortiz de Lejarazu R, Reguera Useros JI, Coca García MC, Alonso Franch M, Machín Acosta MP, López Mongil MR, et al. Utilidad de una técnica rápida para detección de adenovirus en heces de niños. *An Esp Pediatr* 1990;32:233-6.
5. Eiros Bouza JM, Bachiller Luque MR, Ortiz de Lejarazu R. Ribovirus emergentes implicados en las gastroenteritis de la infancia. *An Esp Pediatr* 2001;54:136-44.
6. Rodríguez-Baez N, O'Brien R, Qiu SQ, Bass DM. Astrovirus, adenovirus, and rotavirus in hospitalized children: prevalence and association with gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;35:64-8.
7. Herrman JE, Taylor DN, Echeverria P, Blacklow NR. Astroviruses as a cause of gastroenteritis in children. *N Engl J Med* 1991;324:1757-60.
8. Gaggero A, O'Ryan M, Noel JS, Glass RI, Monroe SS, Mamani N, et al. Prevalence of astrovirus infection among Chilean children with acute gastroenteritis. *J Clin Microbiol* 1998;36:3691-3.
9. Guerrero ML, Noel JS, Mitchell DK, Clava JJ, Morrow AL, Martínez J, et al. A prospective study of astrovirus diarrhea of infancy in Mexico City. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:723-7.
10. Cubitt WD, Mitchell DK, Carter MJ, Wilcocks MM, Holzel H. Application of electron microscopy, enzyme immunoassay and RT-PCR to monitor an outbreak of astrovirus type 1 in a paediatric bone marrow transplant unit. *J Med Virol* 1999;57:313-21.