

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

No todo es lo que parece. Parálisis de Todd

Not everything is as it seems: Todd paralysis



Paloma Puyalto de Pablo^a, Javier Rodríguez-Fanjul^{b,*}, Clara Sorribes Ortí^b
y Anna Oliva Ortiz^a

^a Servicio de Radiodiagnóstico, Sección neurorradiología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España

^b Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona, España

Disponible en Internet el 10 de noviembre de 2023

Acude a consulta niña diestra de siete años que presenta episodio de rigidez generalizada, movimientos clónicos de extremidad superior derecha, desconexión y relajación esfinteriana. En urgencias se administran benzodiazepinas endovenosas con resolución de la crisis. Debido a la persistencia de Glasgow bajo, afasia e inmovilización de la extremidad, se activa el código ictus. Las secuencias de perfusión de la resonancia magnética realizada a las dos horas de inicio clínicas muestran disminución del flujo sanguíneo hemisférico izquierdo (fig. 1) y del hemisferio cerebeloso derecho (fig. 2), con preservación de ganglios basales. El electroencefalograma mostró abundantes descargas epileptiformes fronto-temporales anteriores derechas. Bajo la orientación de parálisis de Todd se administró bolus de

levetiracetam endovenoso con resolución de las crisis y recuperación completa en 24 horas.

La parálisis de Todd o postictal, de fisiopatología desconocida y duración variable¹, se presenta como una debilidad focal tras una convulsión² aunque, en el caso de la afectación del lado dominante, puede cursar también con afasia además de la afectación motora³, como en nuestro caso, siendo el principal diagnóstico diferencial el ictus. Las secuencias de perfusión pueden mostrar reducción del flujo sanguíneo, que no se corresponde con un territorio vascular, con preservación de los ganglios basales y diasquisis cerebelosa cruzada por desactivación secundaria a la alteración metabólica transitoria de la vía corticopontocerebelosa contralateral.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.rodriguez.fanjul@gmail.com
(J. Rodríguez-Fanjul).

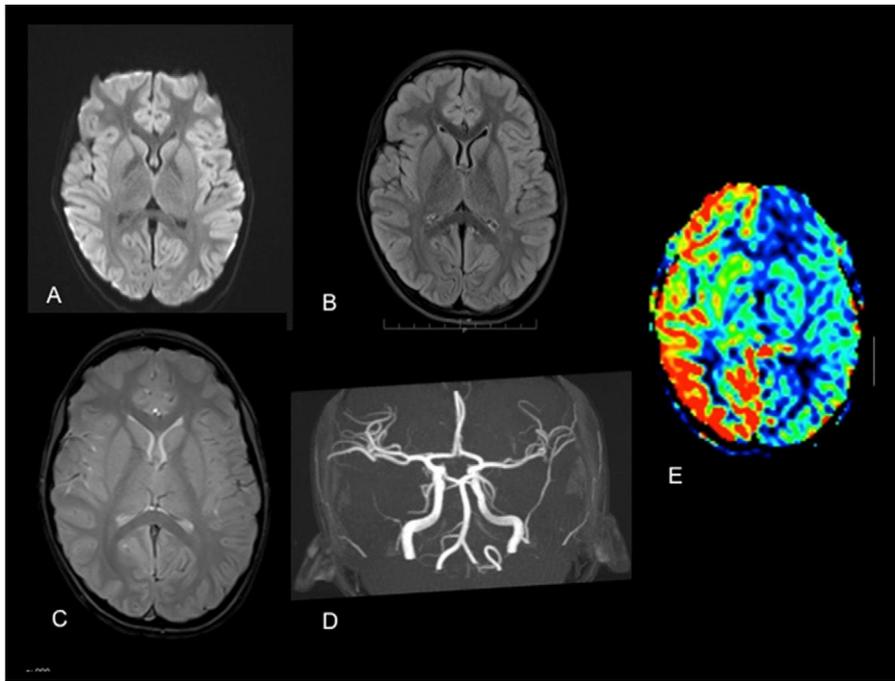


Figura 1 Resonancia magnética a nivel de los ganglios basales. A) Secuencia de difusión, B) FLAIR, C) eco de gradiente y D) secuencias angiográficas de flujo TOF que no muestran alteraciones. E) Disminución del flujo sanguíneo hemisférico izquierdo con preservación de los ganglios basales izquierdos en secuencia de perfusión ASL. ASL: *arterial spin labelling*; FLAIR: *fluid-attenuated inversion recovery*; TOF: *time of flight*.

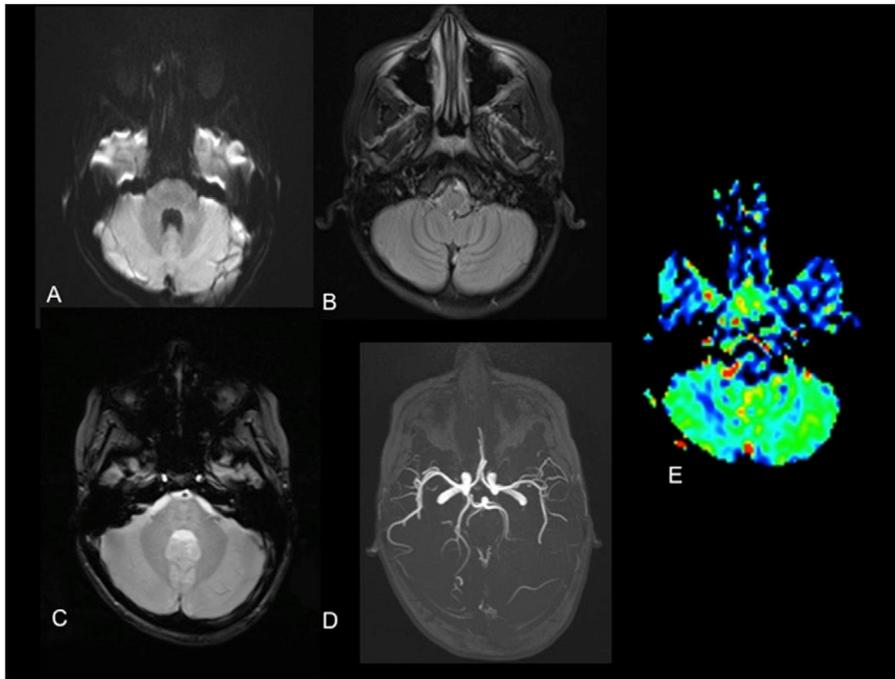


Figura 2 Resonancia magnética a nivel de los hemisferios cerebelosos. A) Secuencia de difusión, B) FLAIR, C) eco de gradiente y D) secuencias angiográficas de flujo TOF que no muestran alteraciones. E) Disminución del flujo sanguíneo del hemisferio cerebeloso derecho en secuencia de perfusión ASL. ASL: *arterial spin labelling*; FLAIR: *fluid-attenuated inversion recovery*; TOF: *time of flight*.

Bibliografía

1. Khalili N, Wang R, Garg T, Ahmed A, Hoseinyazdi M, Sair HI, et al. Clinical application of brain perfusion imaging in detecting stroke mimics: A review. *J Neuroimaging*. 2023;33:44–57, <http://dx.doi.org/10.1111/jon.13061>.
2. Dai Al, Demiryürek S. The Clinical Implications of Todd Paralysis in Children With Benign Rolandic Epilepsy. *J Child Neurol*. 2016;31:289–93, <http://dx.doi.org/10.1177/0883073815589760>.
3. Onder H. Todd's paralysis: A Crucial Entity Masquerading Stroke in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2017;52:153–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.12.001>.