

Crisis de agitación psicomotriz extrema en adolescente, ¿puede ser de etiología orgánica?

L. Ferrer Betorz, S. Franch Salvadó, N. Rodríguez Zaragoza, L. Dougherty De Miguel, L. Tur Claramunt, R. González Amador.
Servicio de pediatría del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

INTRODUCCIÓN: La agitación es motivo de consulta poco usual en pediatría y a veces se actúa de forma improvisada.

CASO CLÍNICO:

Niña de 14 años sin antecedentes de interés derivada del CAP por **agitación de inicio agudo** con disartria, desviación de la comisura bucal y parestesias brazo izquierdo autolimitados. Cefalea holocraneal intermitente durante 2 semanas, sin fobia ni sonofobia. No vómitos, no cambios de actitud previos ni problemas emocionales. Buen funcionamiento familiar/escolar.

TEP disfunción SNC por agitación extrema (insultos, movimientos violentos e incluso autolesivos) que requirió **contención verbal, mecánica y farmacológica** (diazepam ev, midazolam ev, dosis única de ketamina y haloperidol ev. Pasadas 4 horas se consiguió la sedación. **Normoconstante y afebril** en todo momento.

TAC craneal, analítica sanguínea y despistaje de drogas en orina sin alteraciones.

LCR patológico (84 leucocitos/mm³ - 100% linfocitos).

OD: Encefalitis viral → ingresó con aciclovir ev.

PCR en LCR negativas para enterovirus, VHS1 y 2, VHH6, VVZ, CMV

Autoresolución en 24h, con bradipsiquia las primeras horas. El EEG mostró una actividad lenta temporal derecha y RMN craneal normal. Se suspendió el aciclovir al cuarto día. Controles posteriores normales.

CONCLUSIONES: / ABCDE + contención

