

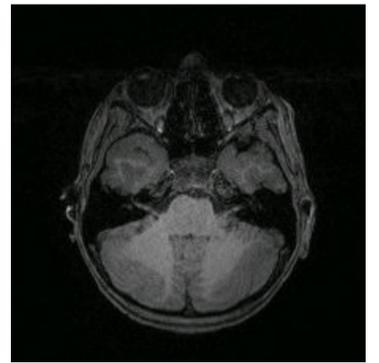
# NIÑO EPILÉPTICO CON RIGIDEZ NUCAL Y DESCONEXIÓN CON EL MEDIO. NO TODO SON ESTATUS

## INTRODUCCIÓN:

Las crisis convulsivas activas es una de las principales emergencias por frecuencia que se registran en las Urgencias de Pediatría. La presencia de antecedentes personales de convulsiones suele encarrilar el diagnóstico a que se trate de una nueva crisis, aunque puede darse el caso de que la convulsión tenga una etiología totalmente distinta.

## CASO CLÍNICO:

Niño de 12 años, con antecedentes de esclerosis mesial temporal izquierda con convulsiones febriles plus en tratamiento con Keppra; que es traído en ambulancia desde el Centro de Salud por disminución de conciencia en posible estado poscrítico. Referían que el niño había presentado cefalea y dolor nuczal muy intenso con síntomas vegetativos previo al episodio de hipotonía con desviación de la mirada hacia la derecha. En Urgencias presenta mal estado general, mala perfusión, bradicardia progresiva y tensiones en el límite alto con un Glasgow 9/15 (apertura ocular al dolor, responde a estímulo doloroso retirándolo y sonidos incompresibles). Progresivamente desciende la puntuación con tendencia hacia la midriasis, manteniendo una marcada desviación de la mirada hacia la derecha y rigidez nuczal. Se decide intubar y tras estabilizar es trasladado para la realización de TAC. Se identifica entonces un hematoma intraparenquimatoso agudo en el hemisferio cerebeloso izquierdo con sangrado intraventricular con importante efecto masa, dilatación secundaria de ventrículos laterales y herniación amigdalár; probablemente secundario a rotura de malformación vascular subyacente confirmado posteriormente con una arteriografía.



RMN sin hallazgos de interés previa al episodio



TAC en el momento agudo del episodio



RMN un mes posterior a la resolución del episodio

Se realiza entonces una craniectomía evacuadora con catéter de drenaje externo ventricular, manteniendo presiones intracraneales normales durante el ingreso. En los días posteriores presenta clínica compatible con mutismo cerebeloso y miopatía de paciente crítico, que mejoran progresivamente. Al alta presenta disartria motora, y temblor intencional, sin otros datos de focalidad neurológica y sin clínica de hipertensión intracraneal. Actualmente se encuentra en rehabilitación habiendo recuperado prácticamente la totalidad de las funciones motoras.

## CONCLUSIONES:

La presencia de hipertensión, bradicardia y disminución del nivel de conciencia unido a la rigidez nuczal debe hacer sospechar una hipertensión intracraneal aguda; entre cuyas causas se debe descartar de forma urgente la hemorragia aguda secundaria a la rotura de una malformación vascular.