

Código:8/562

Título: ¡ Qué pubertad más mala !

Autores : Pajarón álvarez, Alberto. R2 MFyC Centro De Salud los Junquillos (La Línea de la Concepción), Mañero Viera, Lidia R2 MFyC Centro de Salud San Roque Sur, Salvado Romero, Silvia FEA MFyC tutora residentes Centro de salud San Roque Sur.

Caso Clínico

Motivo de Consulta: Varón de 11 años que consulta por cefalea y vómitos de varias ocasiones cuando se encontraba en su domicilio almorzando después de salir del colegio. Su madre le administró un ibuprofeno 400 mg que le mejoró la clínica y le recomendó reposo en casa. El paciente se fue a jugar al fútbol con sus amigos pero empezó a sentirse cansado, con hormigueo miembro superior derecho y empeoró la cefalea por lo que acudieron a urgencias.

Anamnesis : AP no presencia de hábitos tóxicos. Migránea episódica de tres ocasiones al año sin tomar tratamiento médico IQ: no presenta antecedentes de interés.

Exploración física: Buen estado general. Afebril. Consciente y orientado. Cefalea opresiva y punzante que le provoca vómitos. PINLA.MOET ROT. no presencia de alteraciones pares craneales. No presenta rigidez cervical ni signos meníngeos. Moviliza las 4 extremidades y tronco. ACC y ACR tonos puros sin ruidos con MVC. ABD sin dolor. Vómitos de varias ocasiones sin productos patológicos.

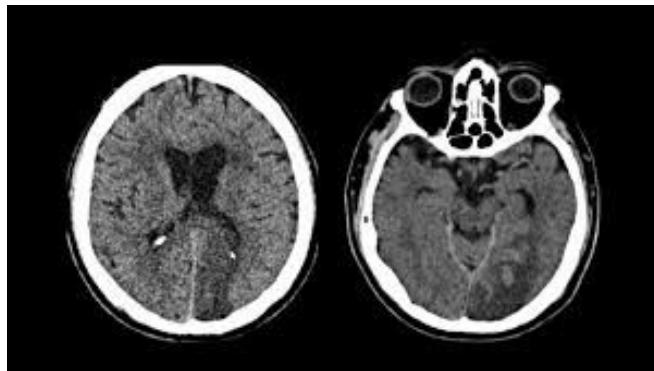
Pruebas complementarias: Se realiza Analítica completa con hemograma serie roja y blanca normal, bioquímica con cpk 423 y proteína c reactiva 27, coagulación normal.

Enfoque familiar y comunitario: su madre dice que últimamente está muy distraído, duerme poco, le cuesta concentrarse y discute mucho en casa. Cree que es por el cambio hormonal. Vive con dos hermanos de 7 y 9 años y sus padres.

Juicio Clínico y plan de actuación: se administra analgesia al paciente en servicio de urgencias mejorando la clínica por lo que se pauta alta con tratamiento y se diagnostica de migránea episódica con aura.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión craneal, ACV, Meningoencefalitis, ansiedad, etc

Evolución: a las 8 hrs el paciente consulta por empeoramiento de la clínica con aumento de la cefalea y presenta pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho completo, llegando a arrastrar la pierna. Ante esto se activa CÓDIGO ICTUS. Se realiza de manera urgente TAC de cráneo donde se observa lesión hipodensa compatible con ictus isquémico en territorio de la ACP. El paciente es trasladado HUPM (Cádiz) donde se le realiza Trombectomía



Conclusiones: En un paciente joven que presenta clínica de cefalea intensa, vómitos y focalidad neurológica progresiva estaría indicado valorar riesgo beneficio de realizar TAC craneal para descartar ACV isquémico. El cuadro clínico es infrecuente pero la persistencia de la clínica favoreció su traslado a Cádiz realizando el tratamiento específico. El paciente evolucionó favorablemente. El trombo se mandó a anatomía patológica y actualmente se encuentra en seguimiento por neurología y rehabilitación con realización de estudios de coagulabilidad y pruebas complementarias

INDEX MEDICUS : Hemicranea paroxística, Migraña, Hipertensión intracraneal