

[TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO]



[Módulo Urgencias Pediátricas]

Autores:

Gema Sabrido Bermúdez y M^a Teresa Cabral Ruano

Fecha de elaboración: Febrero 2015.

Fecha de consenso e implementación: Marzo 2015.

Fecha prevista de revisión: 2018 (o actualización previa relevante).

Nivel de aplicación: R1



Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) suponen un motivo frecuente de consulta, 3-6% urgencias pediátricas en España. La mayoría son traumatismos leves (80%-85%) pero es una causa importante de mortalidad y morbilidad. Se clasifican utilizando la escala Glasgow dividiéndose en:

- TCE LEVE Ausencia de focalidad neurológica + Glasgow >13
Algunos autores distinguen TCE mínimo (Glasgow =15)
- TCE MODERADO Glasgow 9-12
- TCE GRAVE Glasgow 3-8

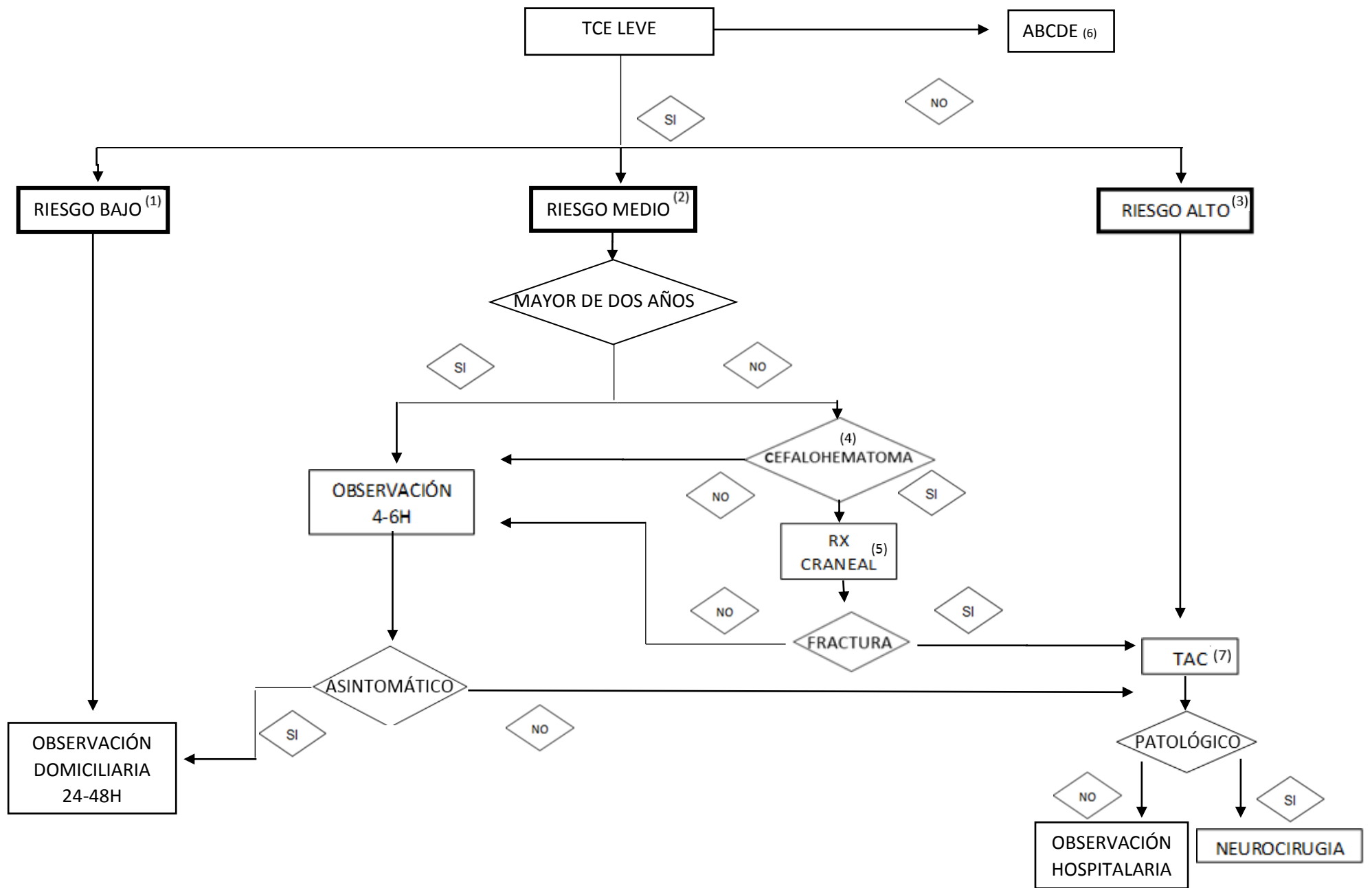
Para el diagnóstico es imprescindible una buena anamnesis y exploración neurológica. La prueba complementaria por excelencia es el TAC, pudiéndose utilizar en algunos casos la ecografía o la radiografía craneal.

El objetivo principal en urgencias es identificar pacientes que han sufrido un TCE aparentemente menor y que puedan presentar un daño cerebral subyacente, siguiendo el siguiente esquema:

1. Estabilización del paciente, si fuera preciso
2. Determinar el riesgo de lesión cerebral (alto, medio y bajo) basándose en:
 - Anamnesis
 - Exploración física
 - Mecanismo accidental
3. Según el riesgo de lesión intracraneal, establecer la necesidad de pruebas de imagen, cuidados y el periodo de observación.

Hay que tener presente que los lactantes son un grupo susceptible de sufrir malos tratos.

TABLA I. Escala de Coma de Glasgow para población general y modificada para lactantes			
Escala de Glasgow		Escala de coma modificada para lactantes	
Actividad	Mejor respuesta	Actividad	Mejor respuesta
Apertura de ojos		Apertura de ojos	
Espontánea	4	Espontánea	4
Al hablarle	3	Al hablarle	3
Con dolor	2	Con dolor	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Verbal		Verbal	
Orientado	5	Balbuceo, palabras y frases adecuadas, sonríe, llora	5
Confuso	4	Palabras inadecuadas, llanto continuo	4
Palabras inadecuadas	3	Llanto y gritos exagerados	3
Sonidos inespecíficos	2	Gruñidos	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Motora		Motora	
Obedecer órdenes	6	Movimientos espontáneos	6
Localizar dolor	5	Localizar dolor	5
Retirada al dolor	4	Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3	Flexión anormal	3
Extensión anormal	2	Extensión anormal	2
Ausencia	1	Ausencia	1



- (1) Bajo riesgo en >2años: Mecanismo de baja energía y/o asintomático y/o exploración física normal
 Bajo riesgo en <2años: Mecanismo de baja energía y/o asintomático y/o exploración física normal (incluyendo hematoma frontal)
- (2) Riesgo medio en >2 años: Mecanismo alta energía: >1m altura, accidente tráfico, bicicleta y/o Sintomáticos (pérdida de conciencia >1-5min, 1-2 episodios de vómitos, cefalea, amnesia, irritabilidad)
 Riesgo medio <2años: Mecanismo alta energía: >1m altura y/o hematoma palpable o visible, sobre todo, localización temporal o parietal y/o sintomáticos (pérdida de conciencia <1 min, < 2 episodios de vómitos, irritabilidad.)
- (3) Riesgo alto >2 años: Neurológico anormal y/o signos de fractura de la base del cráneo y/o fractura deprimida
 Riesgo alto <2años: Neurológico anormal y/o signos de fractura de la base del cráneo y/o fractura deprimida y/o pérdida conciencia >1min, vómitos persistentes.
- (4) Cefalohematoma (excepto frontal) y/o traumatismo de gran energía.
- (5) Indicaciones Rx craneal:
 - ⇒ Mayores de 2 años
 - Historia incierta o sospecha de maltrato
 - Sospecha de cuerpo extraño
 - Sospecha de fractura deprimida o herida penetrante
 - Ser portador de válvula de derivación intracraneal
 - ⇒ Menores de 2 años (además de las anteriores)
 - Hematoma o contusión en cuero cabelludo (excepto frontal)
 - Mecanismo de alta energía
 - Caída desde más de 1 metro de altura
- (6) En caso de traumatismo craneoencefálico moderado o grave, primero estabilizar al paciente, después según evolución, avisar a neurocirugía y UCI.
- (7) En caso de traumatismo craneoencefálico con más de 24-48horas de evolución, no hay indicación de TAC urgente, si no hay presente focalidad neurológica.

Bibliografía

Ignacio Manrique Martínez¹, Pedro Jesús Alcalá Minagorre. Manejo del traumatismo craneal pediátrico En Protocolos AEP [en línea] [fecha de consulta: 20-1-2015]. URL disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manejo_del_traumatismo_craneal_pediatrico.pdf

Francisco José Cambra, Antonio Palomeque. Traumatismo craneoencefálico. An Pediatr Contin. 2005;3:327-34. - Vol. 3 Núm.6 [en línea] [fecha consulta 25-1-2015] URL disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/traumatismo-craneoencefalico/articulo/80000152/>

J. Benito Fernández. Traumatismo craneoencefálico en la infancia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9 Supl 2:S39-47 [en línea] [fecha consulta 28-1-2015]. URL disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-664-pdf/693.pdf>

Sara Schutzman, MD. Minor head trauma in infants and children: Evaluation. In UptoDate 2015. [en línea] [fecha consulta 2-2-2015] URL disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/minor-head-trauma-in-infants-and-children-evaluation>.