

Hematoma epidural por traumatismo craneal



Caroline Perecsenyi (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dr. Pedro Alcalá (Escolares)

Caso clínico: Niña de 20 meses caída dese 1,64 m de altura desde los hombros de su hermana

Anamnesis:

- episodio de desconexión del medio tras la caída
- con supravversión de la mirada autolimitado en 10s
- → al ingreso: irritabilidad, no vómitos ni nausea

Antecedentes:

No antecedentes de interés, calendario vacunal al día

Antecedentes familiares:

Madre: Enfermedad de Crohn en tratamiento

Caso clínico: Niña de 20 meses caída desde 1,64 m de altura desde los hombros de su hermana

Exploración física:

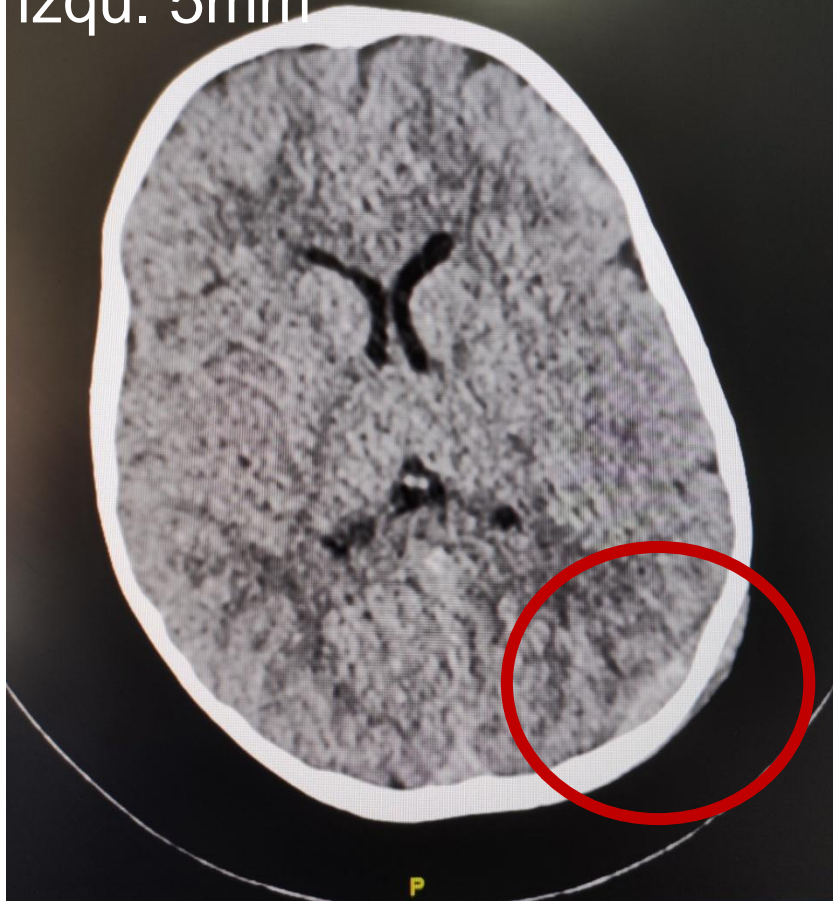
- GSC modificada: 15, TA, FC y SATO₂ en rango normal
- ACP: sin hallazgos
- Activa y reactiva a estímulos, marcha conservada
- Signos meníngeos negativos y sin aparente focalidad neurológica

Procedimiento:

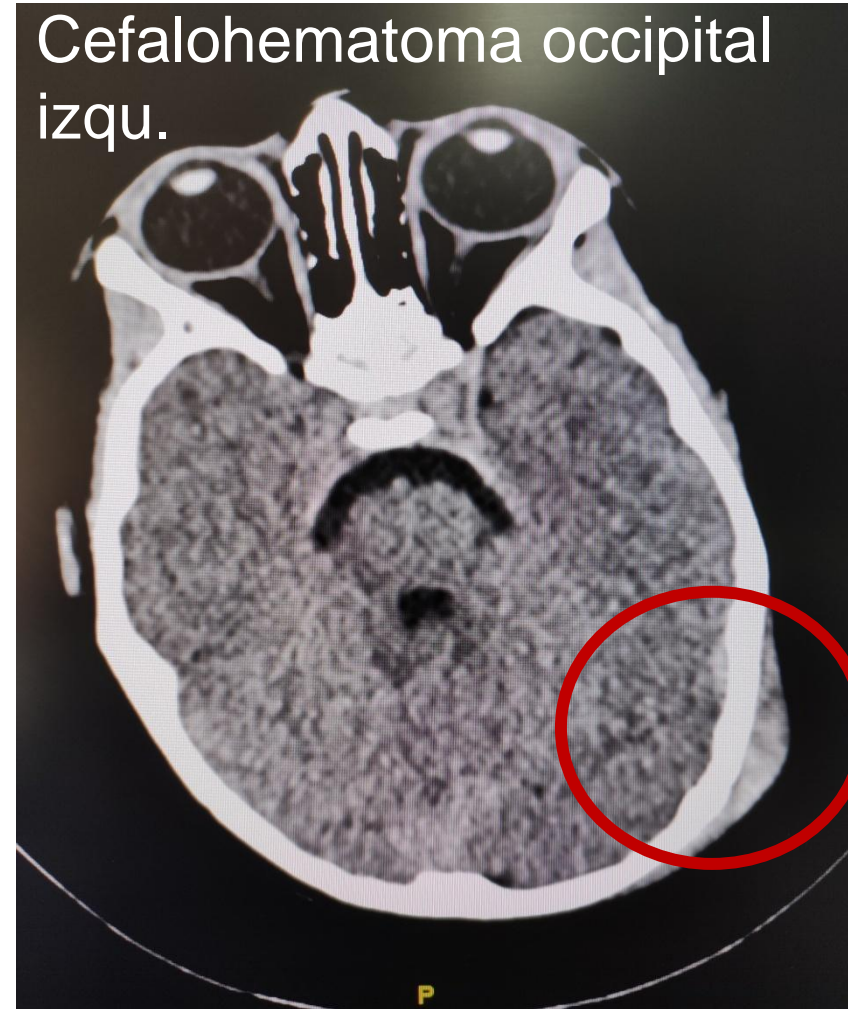
- Ingreso para realizar TAC, AS y vigilancia estrecha
 - Sin datos sugerentes por la historia ni la exploración sugerentes a malos tratos

1. TAC 03/03/2023

Hematoma epidural occip.
izqu. 5mm



Cefalohematoma occipital
izqu.



Caso clínico: Niña de 20 meses caída desde 1,64 m de altura desde los hombros de su hermana

Tratamiento:

- Analgesia convencional
- Fluidoterapia restrictiva
- Vigilancia neurológica estrecha

Evolución:

- 24h y 72h tras 1° TAC se realiza 2 TACs de control sin cambios significativos
- AS de 03/03 y 05/03 en rango
- Por estabilidad clínica, hemodinámica y neurológica se decide alta tras haber pasado >72hs desde el traumatismo

TRAUMATISMO CRANEOCEFÁLICO

1. Estabilización del paciente, si necesario
2. Determinar el riesgo de lesión cerebral:

Tabla 1: Grupos de riesgo de lesión intracraneal en traumatismo craneoencefálico en niños¹

Riesgo alto	Riesgo intermedio		Riesgo bajo
	<2 años	≥2 años	
Focalidad neurológica	Cefalohematoma no frontal importante	Pérdida de conocimiento	GCS 15
Fractura craneal palpable	Pérdida de conocimiento >5 s	Vómitos	No signos de fractura
Signos de fractura basilar	Vómitos	Cefalea grave	No mecanismo de riesgo
Fontanela tensa	Mecanismo de riesgo	Mecanismo de riesgo	No focalidad neurológica
Convulsiones	Actitud anormal referida por los padres		Asintomático

3. Según riesgo: pruebas de imagen, cuidados, periodo de observación²

4. TTO²: según riesgo:

- analgesia
- control PIC
- evaluación para neurocirugía

TRAUMATISMO CRANEOCEFÁLICO

Algoritmo de manejo del traumatismo craneoencefálico

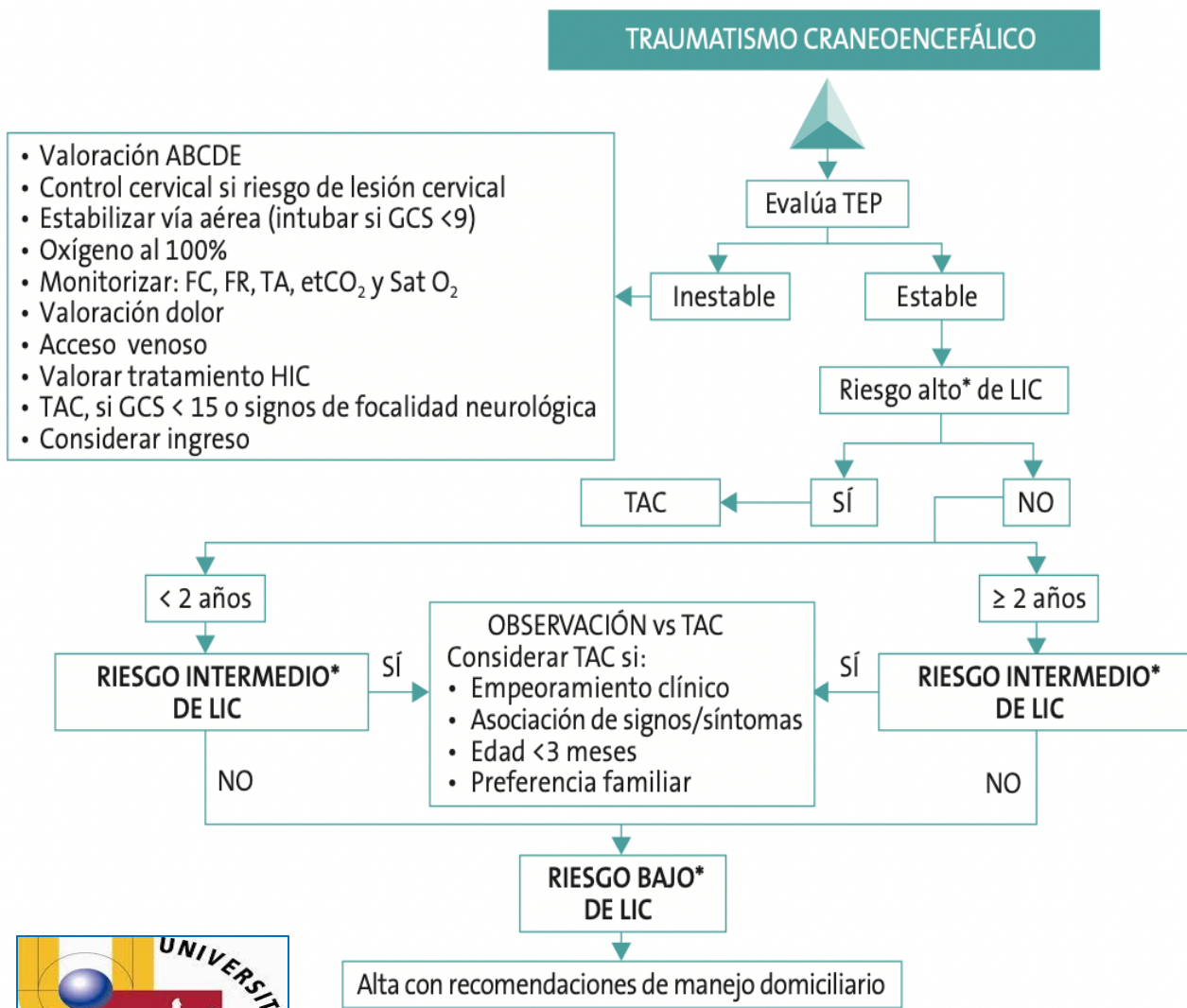


Tabla 2: Escala de Glasgow¹

Apertura de ojos		
Espontánea		4
Al habla		3
Al dolor		2
No apertura		1
Respuesta motora		
Sigue órdenes		6
Localiza el dolor		5
Se retirar al dolor		4
Flexión al dolor		3
Extensión al dolor		2
No respuesta		1
Respuesta verbal (niños)	Respuesta verbal (lactantes)	
Orientado	Sonriente, sigue sonidos y objetos	5
Conversación desorientada	Irritable, consolable	4
Palabras inapropiadas	Llora con el dolor	3
Sonidos incompresibles	Se queja ante el dolor	2
Ausencia de sonidos	No respuesta	1

Figura 1: Algoritmo de manejo del traumatismo craneoencefálico¹

Bibliografía

(1) González Balenciaga M. Traumatismo craneal. Protoc diagn ter pediater. 2020;1:233-245. [en línea] [fecha de consulta: 08-03-2023]. Disponible en:

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos_seup_2020_final.pdf.

(2) Dohna-Schwake C, Rellensmann G, Mauer UM, Fitze G, Schmittenebecher P, Baumann F, Sommerfeldt D et al. Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter: Leitlinie der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI).2022; 24-018: 15-34. [en línea] [fecha de consulta: 08-03-2023]. Disponible en:

https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-018l_S2k_Schaedel-Hirn-Trauma-Kinder-Jugendliche-SHT_2023-03.pdf.

