

Coma en Urgencias Pediátricas: La importancia de un reconocimiento precoz.

V.P. Silvero Enríquez; M.A. Expósito Expósito; C. Salas de Miguel; L. Ramiro Mateo; M.V. Ledesma Albarrán; I.J. Mangas Marín.
Hospital Materno-Infantil, Badajoz.

Introducción

El traumatismo cráneo-encefálico (TCE) constituye la **primera causa de muerte o incapacidad** en niños mayores de 1 año. En este grupo de edad se encuadran como causas principales los accidentes de tráfico, deportivos y caídas accidentales. Además de una estabilización inicial en la que nos guiaremos por la secuencia ABCDE, resulta fundamental identificar factores de riesgo de lesiones intracraneales secundarias, especialmente indicios de una posible hipertensión craneal que impliquen actuación médico-quirúrgica inmediata.

Mujer, 6 años

Traumatismo occipital de baja energía en un tobogán

Disminución del nivel de conciencia.
Cefalea, vómitos, fluctuación de irritabilidad y tendencia al sueño.
Anisocoria izquierda.

GCS **6/15** puntos
FC **56** lpm
TA **118/70**
Bradipnea y SpO2 **92%**

A B C D E

IOT y ventilación con bolsa.
Acceso **venoso**.
Infusión **suero hipertónico 3%**.

Neurocirugía: Sensor PIC:

PIC 25-30

Drenaje ventricular

PIC 9-12

Obstrucción drenaje

PIC >40

Craniectomía descompresiva

Evolución favorable posterior.
Recuperación neurológica lenta, alteraciones en marcha, déficit visual importante e irritabilidad ocasional.

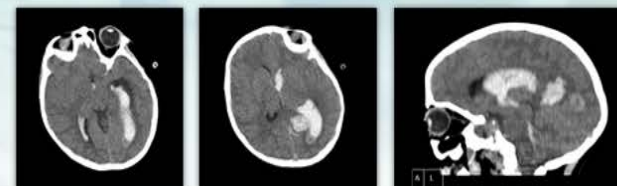
Angiografía cerebral.

Nido malformativo neovascular

dependiente de la ACA izquierda

TC craneal urgente.

Extensa **hemorragia parenquimatosa** occipital izquierda que drena a III y IV ventrículos y laterales.
Aumento anisocoria: Manitol.



Comentarios finales

La tríada hipertensión, bradicardia y alteraciones del patrón respiratorio en un paciente en coma y con antecedente de TCE debe ponernos bajo sospecha de hipertensión intracraneal, iniciar osmotherapia y solicitar neuroimagen para confirmar el diagnóstico. La clave de su tratamiento se encuentra en modificar los factores que regulan la presión de perfusión de cerebral partiendo de una cifra de PIC elevada: mantener normovolemia, evitar hiperventilación excesiva, y controlar dolor con adecuada sedoanalgesia, reservando para casos refractarios el coma barbitúrico o craniectomía descompresiva.

SITGES 19-21 de abril 2018