

PARTICULARIDADES DEL TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO EN NIÑOS.

URGRAV 2004

Dra. Lissette López González.

El TCE constituye en la actualidad una epidemia en países desarrollados y en vías de desarrollo siendo en mucho de ellos la primera causa de invalidez total y muerte en población infantil a pesar de los crecientes esfuerzos de la Medicina Intensiva Neurotraumatológica

- Ninguna otra área corporal está tan involucrada en los traumas como el cráneo.
- El niño es más frágil ante la lesión cerebral traumática al ser su cerebro menos mielinizado, sus huesos craneales más blandos, ser mayor la relación cabeza-cuerpo y presentar inmadurez en los mecanismos de autorregulación cerebral.

- * El 70% de los niños politraumatizados que requieren ingresos hospitalarios presentan daño cerebral.
- * Mayor incidencia sexo masculino.
- * Las edades comprendidas entre 5-14 años son las más afectadas.
- * Causas accidentales y no accidentales.
- * La fractura lineal es la más frecuente la cual al no afectar la integridad anatomofuncional del cerebro se asocia a evolución favorable.
- * Menor incidencia de Hematomas intracraneales ocupantes de espacio.
- * Hematoma Subdural del lactante.
- * Mayor incidencia del daño axonal difuso.
- * Fondo de ojo.

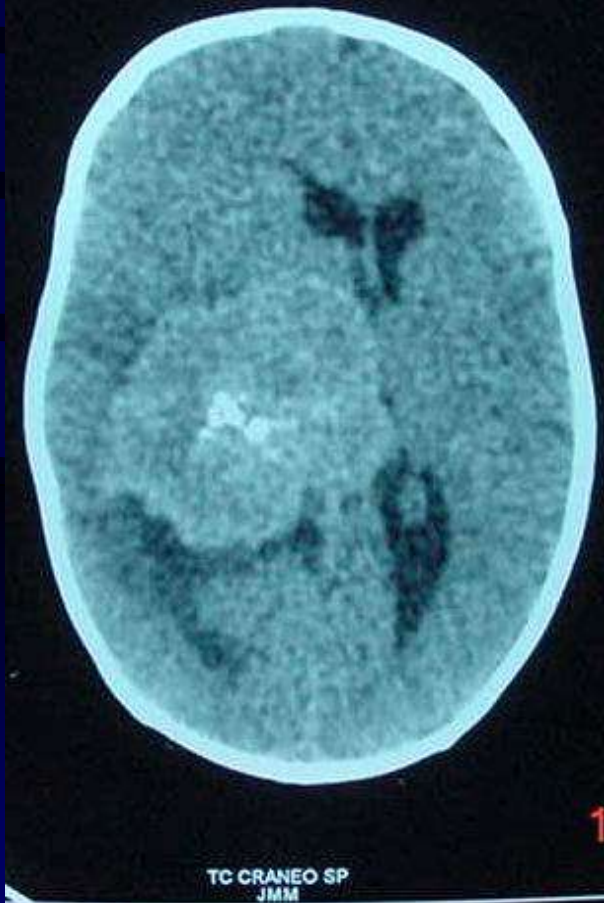
SIGNOS INICIALES DE MAL PRONOSTICO

- * Tríada de Cushing.
- * Escala de Glasgow de Coma < 5 puntos.
- * Midriasis paralítica.
- * Postura de decorticación.

* En 1962 el Dr. Peter Kotemier creó en Brooklyn la primera Unidad Intensiva de atención al paciente politraumatizado pediátrico desde entonces la incesante búsqueda de soluciones a este flagelo es cuestión de primer orden para la Medicina Intensiva Pediátrica.

* En la UTIP del Hospital Juan Manuel Márquez en el período comprendido entre Diciembre 2001-Diciembre 2002 ingresaron 39 pacientes con TCE severo constituyendo el 69,6% de los ingresos por trauma.

VALOR PREDICTIVO DE LA TAC EN EL TCE SEVERO PEDIÁTRICO.



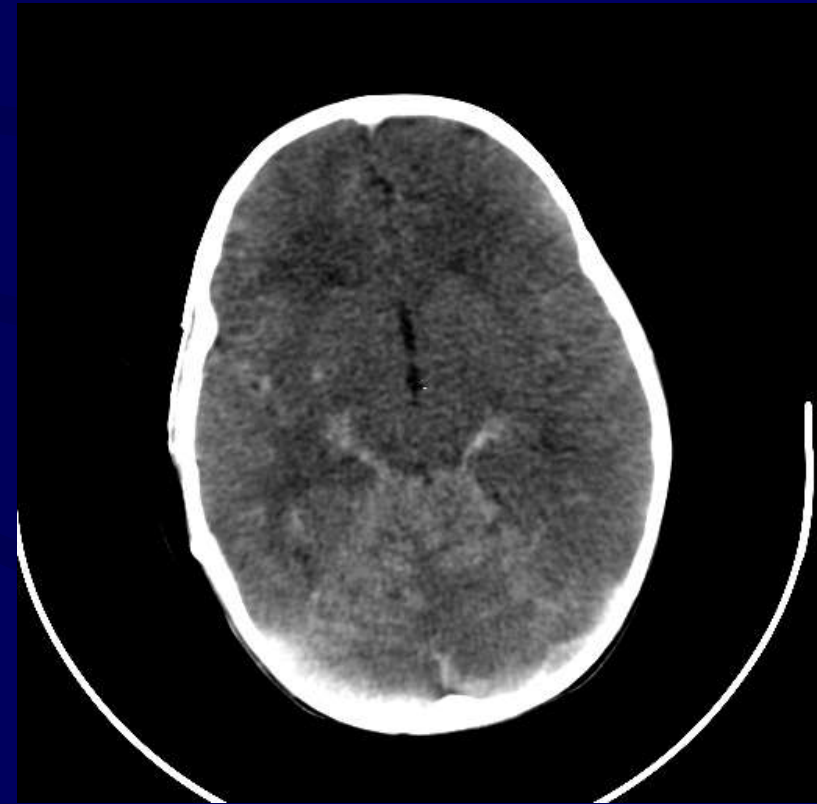
DANIEL TORRES, M, 2001.05.10
7286.87

Hospital
CT CT38387



HALLAZGOS TOPOGRÁFICOS

- Las lesiones difusas tipo II y tipo III fueron los patrones de neuroimágenes predominantes.
- Solo el 12,8% presentó lesiones focales evacuables.



- * El 43,6% de los pacientes ingresó a UTIP con un Glasgow de 8 puntos.
- * El 12,8% ingresó a UTIP con un Glasgow de 3 puntos.
- * Se demostró que existe una relación directamente proporcional entre hallazgos tomográficos iniciales y estado clínico de los pacientes evaluado por EGC.

“RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN TOMOGRÁFICA DEL TCDB Y LA ESCALA DE GLASGOW DE COMA”

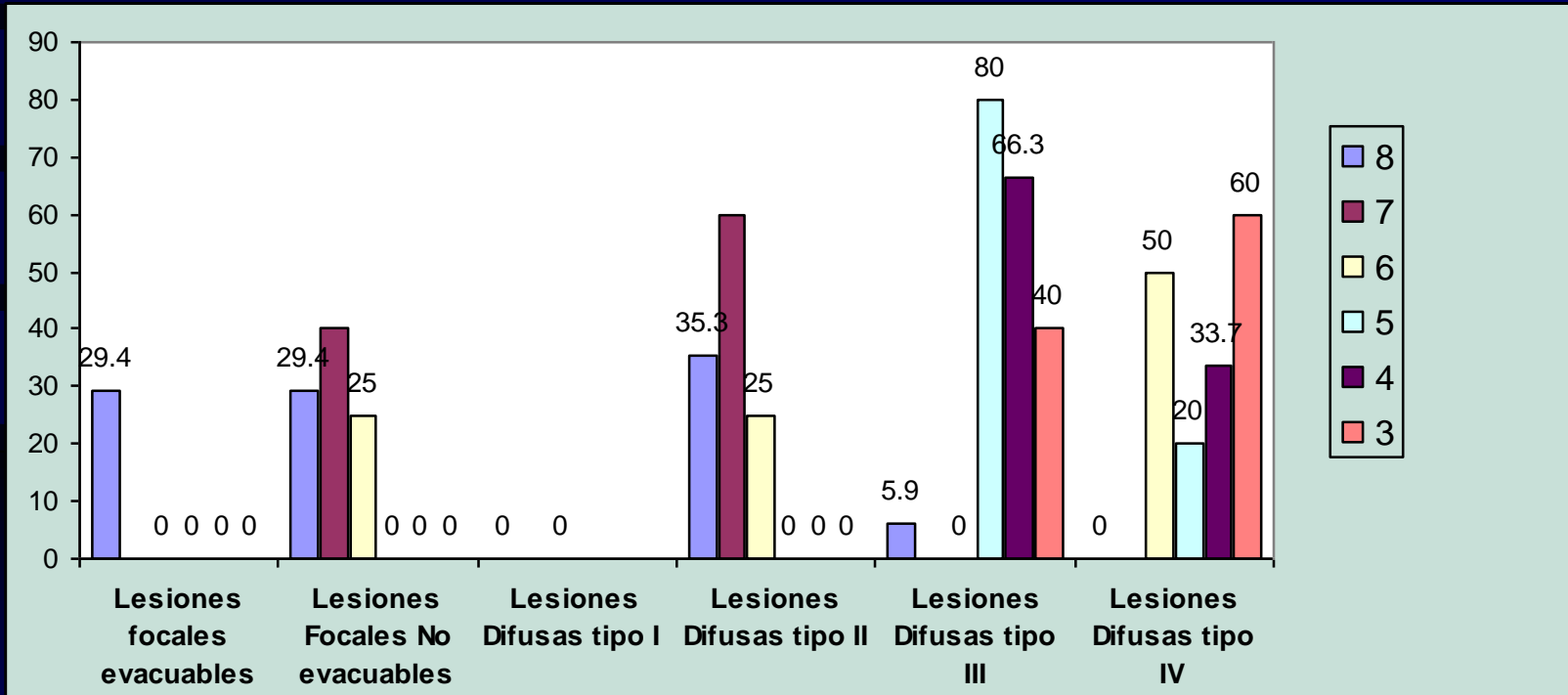


Tabla 3. “Distribución de los Traumas Craneoencefálicos Severos según Escala de Glasgow de Resultados.” Hospital “Juan Manuel Márquez” Diciembre 2001-Diciembre 2002

Escala de Glasgow de Resultados	Trauma Craneoencefálico Severo	
	#	%
I	7	17.9
II	0	0
III	5	12.8
IV	8	20.5
V	19	48.8
Total	39	100

Fuente: Archivo estadístico de UTIP.

Tabla 4 “Relación entre desplazamiento de línea media y Escala de Glasgow de Resultados”. Hospital “Juan M. Márquez” Diciembre 2001-Diciembre2002”

Escala de Glasgow resultados	Desplazamiento de línea media						TOTAL	
	0-4mm		5-8mm		9-15mm		#	%
	#	%*	#	%*	#	%*		
I	2	6,3	4	66,6	1	100	7	17,9
II	0	0	0	0	0	0	0	0
III	4	12,5	1	16,7	0	0	5	12,8
IV	7	21,8	1	16,7	0	0	8	20,5
V	19	59,4	0	0	0	0	19	48
total	32	82,1**	6	15,4**	1	2,5**	39	100

* % calculado del total por columnas general

** % calculado del total

Fuente: Archivos estadísticos de UTIP.

**TABLA 5. "Relación entre el estado del III ventrículo y la EGR."
Hospital "Juan M. Márquez". Diciembre 2001-Diciembre 2002.**

Escala de Glasgow resultados	Tercer Ventrículo						TOTAL	
	Normal		Dilatado		Pequeño		#	%
	#	%*	#	%*	#	%*		
I	0	0	1	100	6	75	7	17,9
II	0	0	0	0	0	0	0	0
III	0	0	4	40	1	14,3	5	12,8
IV	3	13,6	5	50	0	0	8	20,5
V	19	86,4	0	0	0	0	19	48,8
total	22		10	7**	7		39	100
		56,5**				17,9**		

* % calculado del total por columnas

** % calculado del total general

Tabla 6 "Relación entre cisternas perimesencefálicas y Escala de Glasgow de Resultados." Hospital "Juan Manuel Márquez".

Diciembre 2001 - Diciembre 2002.

Escala de Glasgow resultados	Cisternas perimesencefálicas						TOTAL	
	Normal		Comprimida		Ausente		#	%
	#	%*	#	%*	#	%*		
I	0	0	1	10	6	85,7	7	17,9
II	0	0	0	0	0	0	0	0
III	0	0	4	40	1	14,3	5	12,8
IV	3	13,6	5	50	0	0	8	20,5
V	19	86,4	0	0	0	0	19	48,8
Total	22	56,5**	10	7**	7	17,9**	39	100

* % calculado del total por columnas del total general

** % calculado

Fuente: Archivos estadísticos de UTIP.

**Tabla 7. “Relación entre Hemorragia Subaracnoidea y Escala de Glasgow de Resultado.” Hospital “Juan Manuel .Márquez”.
Diciembre 2001-Diciembre 2002.**

Escala de Glasgow resultados	Hemorragia subaracnoidea				TOTAL	
	Si		No		#	%
	#	% *	#	%*		
I	4	80	3	8,8	7	17,9
II	0	0	0	0	0	0
III	0	0	5	14,8	5	12,8
IV	1	20	7	20,6	8	20,5
V	0	0	19	55,8	19	48,8
total	5	12,8**	34	87,2**	39	100

* % calculado del total por columnas general

** % calculado del total

Fuente: Archivo estadístico de UTIP.

Valor predictivo de la Tomografía Computarizada en el TCE Severo Pediátrico

% DE PROBABILIDAD	ESCALA DE GLASGOW	DESPLAZAMIENTO LÍNEA MEDIA	III VENTRÍCULO	CISTERNA PERIMESEN CEFÁLICA	HEMORRAGIA SUB-ARACNOIDEA
100	8	0-4mm	Normal	Normal	No
98	6-7	0-4mm	Normal	Normal o comprimida	No
97	8	0-8mm	Normal	Normal	No
50	5-7	0-8mm	Colapsado	Comprimida	No
0	3-5	+9mm	Colapsado o dilatado	Ausente	si