



Radiología



0 - PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN POLITRAUMA INFANTIL

M. Pérez

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Objetivo docente: Establecer las diferencias en el manejo del paciente politraumatizado infantil respecto al adulto.

Discusión: Particularidades fisiológicas pediátricas. Por su menor tamaño, masa muscular y contenido adiposo y por su mayor elasticidad-flexibilidad-movilidad, son frecuentes lesiones internas importantes con pocas manifestaciones externas (menor masa corporal que absorba la energía del impacto junto con mayor concentración y tamaño de órganos por unidad de superficie). La no total osificación del esqueleto conlleva un menor número de fracturas, pero cuando éstas existen apuntan hacia una lesión interna importante. La baja volemia de los niños determina un mayor riesgo de shock hemodinámico pero paradójicamente, pérdidas a veces importantes de sangre, suelen mostrar leves variaciones de los signos vitales. El pequeño tamaño de las estructuras vasculares y su mayor sensibilidad a la vasoconstricción, explican la menor frecuencia de hemorragias activas. La hipotensión es un signo tardío de shock, mientras que la hipoperfusión cutánea, la taquicardia, la oliguria e incluso la alteración de la conciencia son signos más precoces. No hay que esperar signos tardíos como la hipotensión para diagnosticar e iniciar su tratamiento. Por otra parte, considerar el hematocrito para tomar la decisión terapéutica no sólo no es confiable sino que puede resultar peligroso por ser inapropiado y tardío en la estimación de las pérdidas agudas de sangre para diagnosticar un estado de shock. Manejo del niño politraumatizado. El manejo conservador en el paciente politraumatizado pediátrico es el tratamiento estándar en el 95% de los casos con tasas de éxito superiores al 95%. La TC es clave en el algoritmo del manejo del politrauma, reservando la angio-TC con estudio multifase para pacientes con alta sospecha de sangrado. Una vez diagnosticadas e identificadas las lesiones sangrantes o potencialmente sangrantes, desde el punto de vista del Radiólogo Intervencionista, no existen grandes diferencias en cuanto a las indicaciones terapéuticas, tanto en el momento crítico como en el manejo de complicaciones tardías.

Referencias bibliográficas

Caffey's Pediatric Diagnostic Imaging, 2013.

Nghia JV. Pediatric Abdominal and Pelvic Trauma: Safety and Efficacy of Arterial Embolization. J Vasc Interv Radiol. 2014;25:215-20.

Arash S. Traumatic pseudoaneurysms of the liver and spleen in children: is routine screening warranted?. Journal of Pediatric Surgery. 2011;46:938-41.

Ong CP. Primary hepatic artery embolization in pediatric blunt hepatic trauma. *Journal of Pediatric Surgery*. 2012;47:2316-20.

Matsushima K. Variation in the management of adolescent patients with blunt abdominal solid organ injury between adult versus pediatric trauma centers: an analysis of a statewide trauma database. *J Surg Res*. 2013;183:808-13.