

## CARTAS AL EDITOR

## Cefalea y dolor ocular en urgencias

## Migraine and eye pain in the emergency department

Sr. Editor:

Las malformaciones vasculares intracraneales son lesiones infrecuentes en la infancia. Las malformaciones arteriovenosas (MAV) son la segunda malformación vascular más frecuente del sistema nervioso central y suponen el factor de riesgo más importante para presentar una hemorragia intraparenquimatosa espontánea (HIE) en la edad pediátrica.

Presentamos el caso de una niña de 7 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias por un cuadro de somnolencia y cefalea de aparición súbita tras un enfado. A los pocos minutos, la paciente refiere dolor ocular izquierdo, con realización de un vómito alimentario. Afebril. Sin traumatismo previo. En la exploración física destaca un aceptable estado general, Glasgow 14 (3/5/6), somnolencia y marcha inestable, con el resto de la exploración sin hallazgos significativos. A su llegada a urgencias se objetiva una PA 121/68 ( $p \geq 95/p 75$ ).

Ante la clínica neurológica se comprueba una vía aérea y respiración estable, se inicia oxigenoterapia y se canaliza una vía periférica para fluidoterapia, con extracción de hemograma, bioquímica y gasometría, con resultados normales. Glucemia capilar normal. Tóxicos en orina negativos.

Durante su estancia en urgencias presenta disminución del nivel de consciencia, dos vómitos y tendencia a la bradicardia (50-60 lpm), sin variaciones relevantes en cifras de PA. Ante el deterioro neurológico con sospecha de hipertensión intracraneal, se inician medidas antiedema (elevación de la cabeza 30°), terapia hiperosmolar (suero salino 3%), manteniéndose estable la paciente. Se realiza una TC craneal urgente que objetiva una lesión intraaxial parietal posterior izquierda (fig. 1) de 4 × 3,1 cm, de alta atenuación, con áreas heterogéneas de menor atenuación en su interior y rodeada de un moderado halo de edema en relación con la hemorragia parenquimatosa, con posible lesión subyacente, que ejerce efecto masa con herniación subfalciana y transtentorial; acompañada de un hematoma subdural frontoparietotemporal izquierdo.

Valorada por servicio de neurocirugía, se indica una angio-TC que evidencia la presencia de vasos anómalos en



Figura 1 TC craneal: lesión intraaxial parietal posterior izquierda.

la parte inferior del hematoma occipital izquierdo, con posibles aferencias arteriales dependientes de la arteria occipital izquierda. En quirófano se evacua el hematoma subdural y del hematoma intraparenquimatoso del lóbulo occipital izquierdo mediante una craneotomía frontoparieto-temporal izquierda y se realiza la exéresis de la MAV a través de craneotomía occipital izquierda. La evolución es favorable, siendo dada de alta tras 11 días de ingreso.

Las malformaciones vasculares intracraneales son infrecuentes en la infancia, siendo las MAV las segundas en frecuencia tras las alteraciones del desarrollo. A pesar de su infrecuencia ( $1/10^6$  personas/año) son una de las principales causas de accidente cerebrovascular hemorrágico en pacientes jóvenes<sup>1,2</sup>, y suponen el factor de riesgo más importante de HIE en la edad pediátrica.

Aunque son lesiones presentes al nacimiento, la mayoría se diagnostican tardíamente, habitualmente entre los 10 y los 40 años. Las formas iniciales de presentación suelen ser la hemorragia intracraneal (41-79%), crisis convulsiva (11-33%), cefalea y déficit neurológico focal. En

pediatría la presentación como HIE es más frecuente que en adultos<sup>3,4</sup>.

La incidencia anual de hemorragia en pacientes con MAV sin tratar se estima en 2,6-4,6%, dependiendo de una serie de factores de riesgo: edad, drenaje venoso profundo, localización cerebral profunda, etc.<sup>5,6</sup>

La mayoría de las cefaleas agudas afebriles que se valoran en urgencias<sup>7</sup> son de carácter benigno y únicamente requieren tratamiento conservador. Sin embargo, ante una cefalea brusca acompañada de exploración neurológica patológica, debemos descartar etiología orgánica y realizar un estudio de imagen. El diagnóstico diferencial incluye procesos intracraneales, traumatismo craneoencefálico, patología vascular e intoxicaciones. El rápido deterioro neurológico con disminución del Glasgow obliga a realizar medidas urgentes que aseguren la vía aérea y la estabilización hemodinámica.

No existen guías clínicas consensuadas acerca del tratamiento inicial de la HIE en la edad pediátrica, siguiéndose las guías de tratamiento en adultos. Las medidas iniciales previas a la cirugía resultan fundamentales para disminuir el daño neurológico. Se debe mantener la normovolemia, garantizar la función respiratoria e instaurar medidas anti-edema (analgesia, posición semiincorporada). En caso de signos clínicos de hipertensión intracraneal, puede plantearse la utilización de manitol al 20%, a dosis 0,25 g/kg y/o suero salino 3% 4 ml/kg. La corticoterapia en estos pacientes está contraindicada<sup>8</sup>, reservándose para los casos de edema perilesional en tumores y abscesos cerebrales.

En la actualidad, los procedimientos terapéuticos más empleados para el tratamiento de las MAV son la exéresis quirúrgica, la radiocirugía y la embolización endovascular. La decisión de aplicar uno u otro tratamiento está basada en una tabla de puntuación descrita por Spetzler y Martin en 1986; en ella se valoran factores como el tamaño, la localización y el drenaje venoso profundo<sup>9,10</sup>.

## Bibliografía

- Choi JH, Mohr JP. Brain arteriovenous malformations in adults. *Lancet Neurol.* 2005;4:299-308.
- Söderman M, Andersson T, Karlsson B. Management of patients with brain arteriovenous malformations. *Eur J Radiology.* 2003;46:195-205.
- Jellinger K. Vascular abnormalities of the central nervous system: a morphological overview. *Neurosurg Rev.* 1986;9:177-216.
- Karlsson B, Lindquist C, Johansson A. Annual risk for the first haemorrhage from untreated cerebral arteriovenous malformations. *Min Invas Neurosurg.* 1997;40:40-6.
- Al-Shahi R, Warlow C. A systematic review of the frequency and prognosis of arteriovenous malformations of the brain in adults. *Brain.* 2001;124:1900-26.
- The epidemiology of headache among children with brain tumor. Headache in children with brain tumors. The Childhood Brain Tumor Consortium. *J Neurooncol.* 1991;10:31-46.
- Kan L, Nagelberg J, Maytal J. Headaches in pediatric emergency department: etiology, imaging and treatment. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 2000;40:25-9.
- Jordan LC, Hillis AE. Hemorrhagic stroke in children. *Pediatr Neurol.* 2007;36:73-80.
- Spetzler R, Martin NA. A proposed grading system for arteriovenous malformations. *J Neurosurg.* 2008;108:186-93.
- Apsimon HT, Reef H, Phadke RV, Popovic EA. A population based study of brain arteriovenous malformation. Long term treatment outcomes. *Stroke.* 2002;33:2794-800.

F.J. Climent Alcalá, A. Remesal, M.A. Molina Gutiérrez\*, L. Escosa y S. García García

*Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [drmolinagutierrez@yahoo.es](mailto:drmolinagutierrez@yahoo.es) (M.A. Molina Gutiérrez).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.03.013

## Colagenomas eruptivos. Descripción de 2 casos

### Eruptive collagenomas: a description of 2 cases

*Sr. Editor:*

Los colagenomas son formas poco frecuentes de nevus del tejido conectivo caracterizadas por una proliferación del colágeno normal. Pueden ser localizados o generalizados, adquiridos o hereditarios, aislados o en asociación con malformaciones internas<sup>1</sup>.

Presentamos 2 casos de colagenomas eruptivos (CE) en 2 niñas, sin detectarse en ninguna de ellas asociación familiar ni anomalía sistémica asociada.

Paciente de 7 años de edad, que consulta por la aparición de forma progresiva de unas lesiones asintomáticas de un año de evolución. No se refieren antecedentes familiares de

interés y no se puede identificar erupciones cutáneas previas o traumatismos en la zona de aparición de las lesiones. En la exploración física se observan múltiples pápulas de coloración similar a la piel normal, de consistencia firme y tamaño que oscila desde el los 2 mm hasta los 10 mm (fig. 1A). Las lesiones se distribuyen en la zona lumbosacra, la cara anterior de los muslos y los hombros. El estudio radiológico de los huesos largos y manos no mostró alteraciones. Se realizó una biopsia sobre una de las lesiones donde se revelaba un colágeno condesado y homogenizado en la zona superior de la dermis, con una disminución y desestructuración de las elásticas más evidente con tinciones especiales para estas fibras (fig. 1C y D).

El segundo caso es de una paciente de 5 años de edad, sana, que consulta también por múltiples lesiones asintomáticas de 6 meses de evolución localizadas en cara anterior de muslos. A la exploración se observaban lesiones papulosas, múltiples de coloración similar a la piel normal que se palpan mas que se ven (fig. 1B). En este caso, al igual que en el anterior, no existían antecedentes familiares,