

HEMATOMA EXTRADURAL

Hemiplejía — Ausencia de Coma (*)

Profesor Agdo. Dr. Luis M^a Bosch del Marco

Creemos de interés traer al seno de la Sociedad esta observación clínica por las conclusiones que se formularán posteriormente.

Se trata de un enfermo de 41 años de edad que ingresa el 16 de julio de 1947 al Hospital Maciel, hora 21.

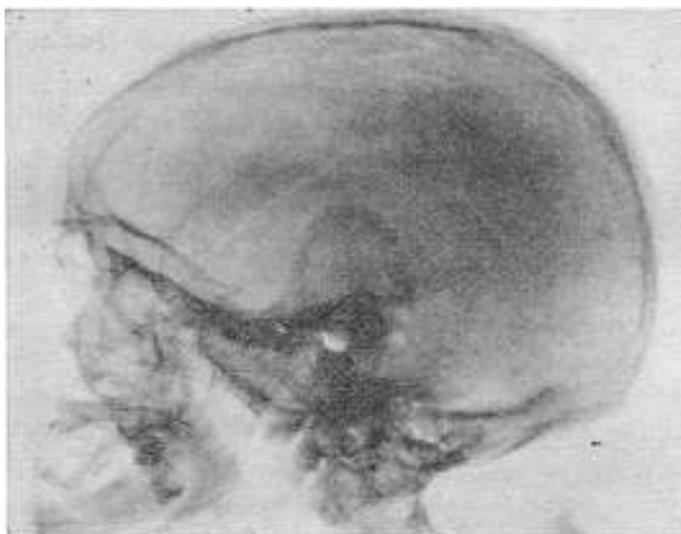
El día 13 de julio a la hora 20 recibe a nivel de la región parieto temporal izquierda un traumatismo de cráneo, con un cuerpo pesado (banco) encontrándose el paciente en estado de ebriedad.

Presentó de inmediato pérdida de conocimiento que se prolongó durante un par de horas; al cabo de ellas acusa impotencia funcional del lado derecho en miembro superior y primordialmente en miembro inferior, no siéndole posible la marcha. Sin asistencia médica es trasladado a su domicilio donde guardó reposo en cama, con persistencia de la sintomatología aludida a la que se agregó cefalea intensa (tipo hemicránea izquierda). Se alimentó a base de líquidos acusando vómitos el día antes de su ingreso. Por la persistencia de su trastorno resuelve ingresar.

Examen físico: despejado, bien orientado en tiempo y espacio. Quéjase de cefalea izquierda. Imposibilitado de movilizar sus miembros derechos, sobre todo el inferior. Apirético. Pulso lleno de 60. Golpeado. Presión arterial: 16 1/2 y 7.

Facies. — No hay desviación de rasgos. Pupilas y motilidad ocular sin particularidades. Orificios externos sin corrimientos. Lengua húmeda.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 7 de junio de 195



Radiografía I. — Gran trazo de fractura curvo-a concav'idad inferior



Radiografía II. — Post-operatorio. Area de trepanación

Examinado por el Dr. Rodríguez Barrios, no comprueba síntomas oculares de hipertensión intracraneana.

Cráneo: dolor en la región ttemporo-parietal izquierda, por encima y detrás de la apófisis orbitaria externa acusa dolor exquistito y crepitación. Equimosis mastoidea del mismo lado.



Radiografía III. — Hundimiento de pared lateral de cráneo.

Neuro ógico: Hemiplejía derecha, más evidente en miembro inferior derecho. Reflejos poliginéticos sin Babinski; esboza un abanico en pie derecho.

Radiografía de cráneo: gran trazo de fractura curvo a concavidad inferior que abarca las regiones temporal y parietal izquierdas. Hundimiento.

Con tal diagnóstico de lesión ósea y sospechando una injuria cerebral de tipo contusivo se resuelve operar, suministrándole un litro de sangre.

Operación: Dr. Bosch, practicantes Priario y Pradines. Anestesia local, gran colgajo temporal cutáneo muscular. Se aprecian múltiples trazos de fractura y hundimiento que llegan hasta unos



Radiografía IV. — Postoperatorio

dos centímetros por debajo de la línea media. Se levanta un fragmento óseo y con pinza gubia se hace una craniectomía amplia-toria reconociéndose un extendido hematoma extradural que se evacúa, lavando con suero tibio. La hemorragia es de origen ve-noso, por las venas meníngicas medias y el diploe; se hace he-mostasis de las primeras con un colgajo de músculo y de las se-

gundas con cera. Se aprecian latidos cerebrales. Se dejan dos delgados drenajes de goma en el foco hemorrágico. Una punción subduramariana practicada, es negativa. Sutura de colgajo cutáneo muscular, lino en piel. Vendaje.

Evolución: Se indica hidratación y otro litro de sangre. A las 20 horas mejoría de su parálisis que se acentúa en los días subsiguientes llegando al quinto día a una restitución completa. Ninguna complicación. Alta el 2 de agosto en buenas condiciones.

Consideramos y señalamos que el interés de esta observación radica:

- 1) en el tipo directo del traumatismo que originó la lesión.
- 2) en la constancia de la fractura y superposición de la localización del trauma, la fractura y el hematoma.
- 3) en la ausencia de coma, hecho excepcional con la sintomatología neurológica presente.
- 4) en la frecuencia relativa del origen venoso de los hematomas extradurales.
- 5) en la existencia de hemiplejía.

Como deducción de lo expuesto, debemos establecer, que la comprobación de una hemiplejía, aun sin coma que tiene un antecedente traumático de origen, debe inspirar la necesidad de una trepanación de cráneo.