

Rol del cirujano general en el manejo del traumatizado craneoencefálico

Dr. Guaymirán Ríos Bruno*

Se presentan 3 casos de hematomas extradurales, que fallecieron por la tardanza en ser intervenidos. Ello se debió en 2 casos a la actitud pasiva del cirujano general actuante, cuyo único gesto fue ordenar el traslado de los enfermos a un Centro Neuroquirúrgico. En el tercer caso, el afán de localizar con precisión el hematoma, mediante estudio angiográfico. Todo ello motivó importantes demoras, frente a cuadros clínicos claros, que imponían por sí solos, la decompresión de urgencia.

El autor insiste en la frecuencia creciente de estas situaciones desde la creación de Centros Neuroquirúrgicos especializados. Reivindica el rol activo que le debe caber al cirujano general de urgencia, en el manejo de estos enfermos y describe los principios generales de técnica a seguir.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Brain injuries, Acute. Hematoma, Epidural/surgery.

Los siglos XIX y XX han traído un enorme desarrollo de la mecanización, tanto en la industria como en el tránsito; además se han puesto en uso tanto en la vida civil como en la guerra nuevas armas de gran poder letal.

Todo esto ha traído como consecuencia que la energía cinética se ha transformado en un verdadero flagelo de la humanidad y es así que si bien el traumatismo representa la tercera o cuarta causa en la lista de las afecciones causantes de muerte o grave enfermedad, si se afina un poco y se discrimina por edades tenemos que de los 15 a 30 años aproximadamente es la principal causa de muerte.

Esto no sólo representa un enorme precio de vidas, sino que desde el punto de vista económico, y teniendo en cuenta los días de incapacidad laboral, es una enorme carga para la economía de cualquier país. A ello hay que agregarle lo que cuestan las secuelas definitivas en personas muchas veces muy jóvenes y que el Estado debe mantener por largos períodos de su vida.

Nuestro país, no ha podido mantenerse al margen de este nuevo flagelo [que al decir de Simonin (10) ha sustituido en gravedad al microbio] y es así que todos los que trabajamos

Departamento de Emergencia (Prof. Int. Dr. Julio Mañana). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

en Servicios de Emergencia comprobamos el aumento permanente del número de estos pacientes que vienen a la consulta; si a ello se agrega la estadística de la Morgue Judicial se aprecia que prácticamente todos los días atendemos o periciamos las víctimas de la violencia encefalocraneana.

La importancia del traumatismo de cráneo está dada por un lado, por su frecuencia y gravedad y por otro, por la posibilidad de graves secuelas que invalidan al paciente desde el punto de vista laboral y social.

Es así que en Gran Bretaña (7) suman medio millón anuales los pacientes de este tipo. En Alemania solamente los accidentes de ruta, representaron 102.000 accidentes severos. Sobre un total de 11.050 accidentados de ruta internados en la Clínica Universitaria de Heidelberg, 4.900 tenían graves lesiones craneoencefálicas, 81 % de automovilistas heridos presentan lesiones de este tipo. En el 70,26 % eran la principal causa de muerte. En Francia, se calculan 126 días promedio de incapacidad laboral.

En nuestro país, aunque no existen estadísticas dignas de mención, la experiencia clínica y forense nos permite afirmar que su número no sólo es importante sino como lo enunciamos previamente, tiende a crecer día a día.

La muerte se produce por múltiples mecanismos (9): sea por lesiones de gran extensión craneoencefálicas, lesiones asociadas, complicaciones infecciosas, etc., pero hay una complicación que mata frecuentemente y que tratada correctamente puede curarse en forma completa; nos referimos al hematoma extradural. Cada año mueren personas, muchas veces jóvenes, por un hematoma extradural desconocido u operado tarde.

Es fundamental efectuar las necropsias de todo traumatizado craneoencefálico pues sólo ella nos enseñará la verdad de esa muerte y así hemos comprobado varios casos de hematomas extradurales que han matado a los pacientes, sin ser intervenidos. Nos hemos interesado por la causa de este retardo diagnóstico o este desconocimiento total y las más importantes han sido: en primer lugar el traslado de un paciente de este tipo (incluso a veces con diagnóstico clínico hecho), a un Servicio de Neurocirugía (casos 1 y 2), y en segundo lugar,

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 26 de junio de 1974.

* Prof. Adj. Int. del Departamento de Emergencia. Hospital de Clínicas. Médico Forense (Poder Judicial). Dirección: J. H. Figueira 2290, Montevideo.

el retardo en la intervención dentro del propio Hospital de Clínicas, y manejados por neurocirujanos por el afán de un estudio completo clinicorradiológico (caso 3).

Este retardo hace que algunos neurocirujanos afirmen que paradójicamente el hematoma extradural sea tratado peor actualmente que treinta años atrás (8). Ello se debe a que el progreso de la neurocirugía ha hecho que el cirujano de urgencia prácticamente no actúe más sobre estos pacientes y su solo afán consista en enviarlo a un Servicio neuroquirúrgico, sea cual fuese el estado del paciente y las dificultades del traslado, con lo que se pierde muchas veces la ocasión de salvarle la vida.

Recordamos a los cirujanos de urgencia, que nos precedieron (1, 3) y tenemos la seguridad de que a ellos difícilmente se les hubiese muerto un hematoma extradural. Entre ellos, nuestro maestro Larghero, quien fue el pionero en el estudio del traumatizado craneoencefálico en el país, cuyo libro (3) tiene vigencia actual y que llegaba al extremo de ordenar el afeitado completo de todo traumatizado craneoencefálico para así ahorrar media hora de tiempo por si aparecían síntomas que indicaran el desarrollo del hematoma extradural.

Si nos ponemos a pensar lo que representa en horas un traslado de cualquier punto del país, incluso de Montevideo, a un centro neuroquirúrgico, veremos que siempre se trata de varias horas, y sabemos que un hematoma extradural muchas veces no espera este tiempo.

Con Puyanne (8) creemos que *...es mejor operar menos correctamente pero en forma más precoz estos pacientes, que verlos morir después de ser intervenidos según todas las técnicas quirúrgicas pero muy tarde*.

Lo mismo en lo que se refiere al estudio arteriográfico. Conocemos por lo menos dos casos en el transcurso de un año, que murieron durante el estudio arteriográfico o inmediato al mismo cuando ya la sintomatología clínica hacía rato ordenaba la inmediata evacuación del hematoma.

Los casos presentados representan un lapso de tiempo de aproximadamente un año y si se tiene en cuenta que en la Morgue Judicial actúan cinco forenses se tendrá multiplicando por cinco la cifra presentada, un dato aproximado del número de estos casos.

ASUÍSTICA

CASO 1.— E. G. 37 años. Ingres a el 6-V-73.

Procedente de una localidad del Interior, distante 60 kilómetros de Montevideo.

Al parecer, varias horas antes del ingreso (seis aproximadamente) es agredido, sufriendo múltiples traumatismos por golpes con un cuerpo romo (trozo de madera), pierde el conocimiento, y es llevado al Centro Asistencial local donde se procede a suturar dos heridas de cuero cabelludo. Al parecer en ese momento le comprueban un trazo de fractura por lo que deciden su envío a un Hospital de esta Capital. En el interin el paciente recobra el conocimiento y efectúa declaraciones a la policía.

Aproximadamente a las tres horas, es visto en dicho centro asistencial capitalino y se le comprueba obnubilación marcada y plejía unilateral por lo que

se le efectúa el diagnóstico de probable hematoma extradural y se envía al Hospital de Clínicas, a donde llega aproximadamente dos horas después. En la ambulancia hace un paro cardiorrespiratorio del que no sale, llegando al Hospital de Clínicas fallecido.

Necropsia: Politraumatizado, heridas de cuero cabelludo suturadas, traumatismo encefalocraneano. Trazo de fractura de bóveda, irradiado a la base (piso medio), temporoparietal. Reclinada la calota se comprueba gran hematoma extradural con hernia subtentorial, marcada. Encéfalo: pequeños focos hemorrágicos del lóbulo temporoescenoidal. Resto normal.

CASO 2.— O. B. 53 años. Politraumatizado por accidente de automóvil. Ingres a a un Centro Asistencial Mutua, luego de ser arrollado en la vía pública. Discretamente obnubilado. Shockado y con una importante insuficiencia respiratoria. Se comprueban heridas y contusiones de cuero cabelludo, rodillas y fracturas multcostales de hemitórax izquierdo.

Se efectúa correcta reposición de volemia y una radiografía de tórax, que muestra un neumotórax total a izquierda con discreto hemotórax. Se coloca trócar intrapleural conectado bajo agua y el paciente mejora rápidamente de su insuficiencia respiratoria. A la hora entra en coma, por lo que se le da traslado al Hospital de Clínicas. Mientras esperaba la ambulancia el paciente fallece bruscamente.

Necropsia: Politraumatizado. Heridas, erosiones y contusiones múltiples. Hundimiento anterior de hemitórax izquierdo. Hemoneumotórax discreto a ese lado. Zonas de contusión y heridas de cara externa de pulmón por fragmentos costales. Fractura de cráneo. Trazo parietotemporal izquierdo. Hematoma extradural de gran volumen con importante hernia subtentorial.

CASO 3.— Ingres a el 19-IV-74, hora 0,45.

Paciente enviado de un hospital capitalino, al que fue llevado por la policía en estado etílico, pero desplazándose por sus propios medios. Se le hace al ingreso dos ampollas de Benadón. Posteriormente, estando internado, entra en coma con anisocoria y Babinsky bilateral. Hace un paro respiratorio del que sale con respiración artificial. Se efectúa traqueostomía. En esas condiciones es enviado al Hospital de Clínicas, donde llega aproximadamente a la hora. Allí se comprueba: paciente en coma profundo, con midriasis bilateral paralítica y arreflexia total. Respiración estertorosa con pausas apnéicas. Se efectúan: radiografía de cráneo, la que no muestra trazo de fractura, P.L. que da salida a líquido claro (no especifica la presión). Se efectúa respiración apoyada y descubierta venosa.

Lo ve el neurocirujano, quien indica arteriografía y en el momento de efectuársela (hora 2,30), muere bruscamente.

Necropsia: Fractura parietotemporal derecha, con trazo de bóveda irradiada al piso medio de la base. Gran hematoma extradural. Enclavamiento con hernia subtentorial.

DISCUSION

A pesar de que en todo libro de cirugía de urgencia se describe la técnica, los cirujanos generales parecen haber olvidado lo simple de las maniobras que pueden salvar la vida al paciente (3, 4, 5, 6, 8, 9).

Como todo traumatizado es necesario la corrección de los trastornos generales y en especial los respiratorios, con una correcta corrección de volemia, intubación, etc., medidas en las que por elementales no entraremos.

La clínica a veces es suficiente para indicarnos el lugar del hematoma, a lo que se agrega el trazo de fractura constituyendo la tríada sintomática que Larghero había enseñado treinta años atrás: "Chichón", trazo de fractura, hematoma extradural".

A ello se le puede agregar la sintomatología neurológica que se instale o se agrave.

Frente a esta eventualidad y en especial frente a una pupila que se dilata unilateralmente ("el hematoma extradural está en el mismo lado que la midriasis paralítica") el cirujano debe saber que la muerte sobreviene a veces en minutos, y que sólo una intervención inmediata salva al paciente (2) y esta intervención salvadora, primaria si se quiere, es de una simplicidad tal, que a nuestro criterio no justifica el retardo.

Se trata de una pequeña trepanación craneana con anestesia local. Si se piensa cuántas laparotomías exploradoras con anestesia general se efectúan por la sospecha de una apendicitis, uno se asombra de cómo mueren los hematomas extradurales sin ser intervenidos o por perder tiempo estudiándolos.

Una vez afeitado el paciente, se aborda con anestesia local, con un triple plan:

- 1) evacuar la colección,
- 2) asegurar la hemostasis,
- 3) evitar la recidiva del hematoma.

Se podrá decir que el cirujano puede no encontrar el hematoma sin el auxilio de la arteriografía previa. Creemos que esa posibilidad es a tener en cuenta, pero con reproducir los agujeros de trépano se tiene una exploración casi total del cráneo; sólo podrá escapar un hematoma basal que por otra parte, también escapa muchas veces a la intervención neuroquirúrgica, situación de la que tenemos dos ejemplos.

Otra posibilidad es que exista una lesión subdural o intracerebral. Ahí es importante recordar la opinión de Houdart [citado por Puyanne (8)], "hasta la duramadre la cirugía craneana puede pertenecer tanto al cirujano general como al neurocirujano, por dentro de ella el dominio es de este último".

El hecho de no encontrar un hematoma extradural, incluso es un elemento diagnóstico y de balance lesional de gran importancia pues una vez descartado la lesión que *no da tiempo a la espera*, el paciente se puede poner en manos del neurocirujano.

CONCLUSIONES

Se presentan tres casos de hematomas extradurales, que mataron al paciente por la tardanza en ser intervenidas. Ella responde en general a dos mecanismos fundamentales:

1º) La actitud pasiva del cirujano general de urgencia. Actitud que se traduce en un único gesto, el ordenar un traslado a un cen-

tro neuroquirúrgico sin tener muchas veces en cuenta que la tardanza matará al paciente antes de que se pueda actuar.

2º) El afán de una exacta localización por medio de los estudios angiográficos, lo que representa a su vez otro factor de pérdida de tiempo.

Consideramos que frente a un cuadro claro (y casi siempre la clínica y la radiografía simple son suficientes para diagnosticarlos y muchas veces ubicarlos), el cirujano debe proceder a la craneotomía exploradora sólo así se podrán salvar un número de pacientes cuya cifra total escapa pero de los que hoy hemos traído tres casos muy demostrativos.

El objetivo de nuestra presentación es reivindicar el lugar *activo* que le corresponde al cirujano de urgencia en el manejo del traumatizado de cráneo. Repitiendo un concepto expuesto por el Dr. Pedro Larghero Ibarz hace más de quince años: "...La necesidad de crear un centro neuroquirúrgico especializado y técnicamente utilizado para la atención de este tipo de accidentes, es un ideal que no todos los países han logrado y que no es incompatible con la exigencia apremiante de un accidentado que ingresa al hospital más próximo y debe y puede recibir atención adecuada, y aunque tal organización pudiera ser resuelta existirán siempre hematomas extradurales que imponen la trepanación decompresiva de extrema urgencia y contusiones cerebrales que no deben ser transportadas debiendo ser correctamente atendidos con conocimientos de clínica, fisiopatología y directivas de tratamiento perfectamente accesibles a todo cirujano general".

RÉSUMÉ

Rôle du chirurgien général dans les cas du traumatisé cráneo-encephalique.

Présentation de 3 cas d'hématomes extraduraux qui furent mortels en raison du retard dans l'intervention, dû lui-même, dans deux cas, à l'attitude passive du chirurgien général concerné, dont l'unique initiative fut d'ordonner le transport des malades à un Centre Neurochirurgical et, dans le troisième cas, aux efforts pour localiser avec précision l'hématome par étude angiographique. Tout cela représente un important retard, alors que les tableaux cliniques étaient clairs et que la décompression d'urgence s'imposait.

Comme l'auteur le souligne ces situations sont de plus en plus fréquentes depuis la création de Centres Neurochirurgicaux spécialisés, et il plaide en faveur du rôle actif qui doit incomber au chirurgien général d'urgence dans le traitement de ces malades, tout en énonçant les principes généraux de la technique à suivre.

SUMMARY

The rôle of the general surgeon in the management of craneoencephalic traumatism.

The cases of three patients with extradural hematomas who died because of delay in surgery, are presented. In two cases this was due to the passive attitude of the general surgeon on duty, whose only gesture was to order the transfer of the patient to a

Neurosurgical Center. In the third case, the concern shown in wanting to localize with exactitude the hematoma by means of an angiographical study caused great delay, in the presence of clear clinical evidence, which demanded urgent decompression.

The author mentions the increasing frequency of these cases since the specialized Neurosurgical Centers were created.

He argue for a more active rôle for the general surgeon in the management of this injuries and describes the basical technical principles that must be followed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BOSCH DEL MARCO, LM. Hematoma extradural. Hemiplejía. Ausencia de coma. *Bol Soc Cir Urug* 21: 109, 1950.
2. FREGEIRO, O. Tratamiento de los traumatismos encefalo craneanos en el interior del país. Tratamiento en el hospital no especializado. *Cir Urug* 43: 151, 1973.
3. LARGHERO IBARZ, P. Hematomas intracranianos traumáticos. Buenos Aires. Intermédica. 1959.
4. Mac KISSOCK, W, TAYLOR, J, BLOOM, W and TILL, K. Extradural hematomas. *Lancet* 2: 167, 1967.
5. NORTHFIELD, D. Recent advances in Surgery. IV: 244, 1948. Philadelphia. Blakestone. 1948.
6. PERTUISSET, NB. Traité des urgences en chirurgie. Paris. Masson. 1956.
7. PERTUISSET, NB et FOHANNO D. Traumatismes cráneo-cérebraux. *Rev Prat* 21: 1141, 1971
8. PUYANNE H et BIOULAC B. L'hematome extradural et le chirurgien généraliste. *Rev Prat* 21: 1197, 1971.
9. ROWBOTHAM, G. Acute injuries of the brain. Edinburgh. Livingstone. 1949.
10. SIMONIN, C. Medicina Legal Judicial. Barcelona. JIMS. 1962.

DISCUSION

DR. EDUARDO ANAVITARTE.— Como yo también fui discípulo del Prof. Larghero, conozco muy bien los trabajos que publicó y lo que luchó para que los traumatizados de cráneo fueran operados apenas se sospechara un hematoma extradural.

Voy a contar un caso que vi en la puerta del Hospital Maciel cuando era médico de guardia. Vino un muchacho basketballista que había tenido traumatismo de cráneo. recuperó la lucidez e ingresó caminando al hospital. Allí le sacó una placa de cráneo el Sr. Gabriel Benquet con su habilidad característica y la radiografía era tan perfecta, que se veía el trazo de fractura seccionando a la arteria meníngea media. Era un cruce inevitable el de los dos trazos, el de la arteria meníngea media y yo diría que se veían hasta sus anillos y el trazo de la fractura. Llamé al cirujano de guardia, quien vino, vio la placa y con el enfermo en plena lucidez lo intervino. Ese enfermo tenía la arteria meníngea media sangrando en el momento de la intervención.

De manera que creo que ese fue el diagnóstico más precoz que se pueda hacer de sección meníngea media. El cirujano que lo operó fue el Dr. Pérez Fontana. Se le hizo la ligadura y el enfermo marchó como si le hubieran extraído un quiste sebáceo, esa es la verdad.

De manera que estoy en completo acuerdo con lo que acaba de expresar el Dr. Ríos y creo que no sólo los traumatizados de cráneo son los que pierden muy a menudo el tiempo yendo y viniendo de los estudios radiológicos, sino que hemos visto fallecer también a otro tipo de traumatizados por hacerles un estudio demasiado perfecto.

DR. WOLFGANG GOLLER.— Yo recuerdo haberle oído decir al Prof. Larghero que en un caso en que se sospecha que por un traumatismo de cráneo pueda haberse producido un hematoma extradural, y operado de ese lado no se encuentra el hematoma y la sintomatología continúa, hay que abordar al enfremo del otro lado en el mismo acto quirúrgico.

Me interesaría saber qué experiencia tiene el Dr. Ríos al respecto.

DR. ALBERTO VALLS.— Este trabajo es muy importante por lo que significa en sí y por lo que significa para corregir la organización de nuestro servicio de emergencia en todos los hospitales.

Antiguamente nosotros, que no teníamos servicio de neurocirugía de urgencia en el Hospital Pasteur, tuvimos que operar a una enferma con un hematoma extradural; le hicimos el diagnóstico, la operamos en seguida y se salvó.

Después tuvimos otro problema con la neurocirugía de urgencia; en un primer período había cirujanos que hacían la cirugía de urgencia, pero después dejaron de ir, lo que nos obligó a entrevistar al director del Hospital y nos dijo que nosotros no podíamos hacer neurocirugía de urgencia, que teníamos que hacerla pasar al Hospital de Clínicas, y es por eso que aparecen en esta estadística enfermos enviados de otros hospitales. Es por eso que nosotros después enviábamos a los enfermos en la ambulancia acompañados por el practicante interno de guardia, con el temor de que el enfermo se muriera en el camino. Siempre he planteado yo esa angustia de que el enfermo se pudiera morir como consecuencia de un traslado.

DR. FOLCO ROSA.— Yo pido disculpas al Dr. Ríos por no haber oído el trabajo pero quiero referirme a un caso trágico que viví y que quizás sea por exceso de exámenes. Se trataba de un niño de 13 años que cayó de un caballo y tuvo traumatismo craneoencefálico, se obnubiló y lo llevaron al Hospital Pasteur; dijeron que había mejorado, que no tenía nada y lo dieron de alta. Fue caminando unas pocas cuadras y empezó a sentir cefaleas y adormecimiento del miembro superior izquierdo; lo llevaron al Pereyra Rossell y tenía una hemiparesia izquierda, como único síntoma; no tenía midriasis y no se observó ninguna fractura en la radiografía. Se llamó al Clínicas y el neurocirujano pidió que lo trasladaran para hacerle una arteriografía. En ese momento apareció el neurocirujano del hospital y estuvo de acuerdo en hacerle una arteriografía también. Se le envió al Clínicas con un practicante en la ambulancia.

Llegó y cuando lo vieron dijeron que no tenía fractura, por lo que no podía tener hematoma extradural. El niño para ese entonces ya estaba mucho más obnubilado, casi en coma, y la hemiparesia era ahora una hemiplejía. Pero dijeron que había que hacerle otra placa y como no tenía fractura pensaron que era un hematoma cerebral. Todo esto sin verlo el neurocirujano ni el cirujano de guardia quienes no fueron llamados. El enfermo que había ingresado a las once de la mañana, murió a las cinco de la madrugada. El Dr. Ríos le hizo la autopsia y tenía un enorme hematoma extradural. Si a ese niño se le hubiera hecho un orificio pequeño en el cráneo, se hubiera salvado. El exceso de exámenes fue fatal.

DR. RÓMULO DANZA.— Yo considero que tiene un gran interés el trabajo que nos ha traído el Dr. Ríos en este momento. Nosotros tuvimos un pasaje por neurocirugía hace años y actualmente no la hacemos

más y comprendemos que hay casos que son de resorte del cirujano experimentado porque indudablemente los resuelve mucho mejor una persona que tenga experiencia en el tema e instrumental adecuado. Pero el caso del hematoma extradural es dramático. Yo recuerdo el caso de una muchacha joven que ingresó al Hospital de Clínicas con un traumatismo de cráneo sin elementos focales y a la hora y media nos llaman de puerta diciendo que estaba en coma y que tenía una midriasis típica de uno de los lados.

Llamamos al neurocirujano, que no se encontraba en el momento y no dudamos, la hicimos subir al block y empezamos la craneotomía. En ese momento llegó el neurocirujano y la resolvió él.

En ese momento tal vez al neurocirujano no le pareció la ideal esa conducta que habíamos adoptado, pero al día siguiente cuando lo encontramos me dijo que el resultado que había obtenido era el mejor entre los hematomas extradurales que había operado. Era una enferma que la demoramos sólo tres cuartos de hora entre el diagnóstico y la craneotomía.

De manera que creo que es muy interesante lo que se ha presentado.

DR. LORENZO MÉROLA.— Todos hemos vivido casos poco felices y muchos desgraciados sobre esta patología. Cuando yo estaba en la Morgue Judicial, tuve que hacer varias autopsias de enfermos operados de hematoma extradural; porque estadísticamente sin ir a discriminar exactamente en cuántas horas o minutos se demoró la intervención, mundialmente, hasta hace muy pocos años fallecían el 50 % de los hematomas operados. De manera que hay un primer problema que es la gravedad de esta patología aun haciendo bien el diagnóstico y operándolos bien.

La anécdota más interesante que yo recuerdo fue un hematoma operado por el Dr. Guglielmone cuando era médico de guardia de Traumatología, quien por imposibilidad instrumental y material de ligar la meníngea sangrando a vaso abierto después de haber hecho la craneotomía y con el enfermo que recuperó violentamente la lucidez y se empezó a excitar y no lo podía dominar, terminó haciendo la hemostasis por ligadura de la carótida externa y por un mechado más o menos precario que felizmente salvó la vida del enfermo. Esa anécdota es la más dramática que yo conozco y justifica a la tan vapuleada y maltratada anatomía: el concepto fisiopatológico, de cirugía topográfica y de anatomía funcional; cuando un cirujano tiene la noción de que una meníngea media se puede bloquear por una ligadura de carótida externa.

Mi opinión es la siguiente: yo creo que tiene que hacer las cosas el que está enfrentado al problema porque no lo puede resolver el que no está. Por eso es que cirujanos generales hemos resuelto problemas de ginecología, de traumatología, de cirugía reparadora de mano, aguantando la crítica después cuando las cosas salen mal. Porque puede pasar que un cirujano general aborde un hematoma extradural, le ligue la meníngea media y el enfermo se recupere; pero puede suceder lo contrario: el cirujano puede abordar bien, ligar bien, pero el enfermo se le muere igual y entonces ahí, ¡pobre cirujano general!

Frente al segundo problema que es el traslado: en el Uruguay es trágico. Yo decía una vez, que si algún día sucediera una asonada o algún problema en el centro de la ciudad, por ejemplo, y resultaran 20 heridos, se tardaría un mes en hacer llegar a todos esos heridos para que los traten, si multiplico el tiempo que yo he perdido por trasladar a un enfermo des-

de el Banco de Seguros al Clínicas y del Clínicas al Banco de Seguros, o del Banco de Seguros al Sindicato por ejemplo. Yo me decidí un día a tratar una fractura de ambos fémures en una persona que había hecho seis veces el viaje desde el Clínicas al Banco de Seguros, porque allá decían que era un accidente de trabajo y aquí decían que no y así estaba que iba y venía. La sexta vez yo lo detuve, lo transfundí y se salvó porque el enfermo se estaba muriendo. Existe también el concepto de sacarse a los enfermos de encima. Ese es otro problema que estamos viviendo desgraciadamente en el Uruguay, por carencia de camas, etc.

Hemos visto morir a enfermos por el traslado. Yo vi a un enfermo que había sido perfectamente tratado en el Clínicas, con un neumotórax hipertensivo, le pusieron un catéter, lo expandieron: ¡fantástico! Pero a los que lo trasladaban se les ocurrió sacarle la sonda pleural, llevarlo desde el Clínicas al Banco de Seguros porque era un accidente de trabajo. Este enfermo se había lesionado en el Vilardebó, de ahí a Traumatología y de allí al Clínicas y al Banco de Seguros donde murió en la puerta.

Lo que plantea el Dr. Ríos, aunque sea un poco ridícula la frase, "desde duramadre para afuera el cirujano, y de duramadre para adentro el neurocirujano", es válido. Yo creo que si no se obtiene el traslado del enfermo y el cirujano general hace el diagnóstico correcto, mediando o no la prohibición del Director del Hospital, el cirujano general debe hacer la intervención y esa es la enseñanza que se saca del trabajo presentado por el Dr. Ríos.

DR. GUAYMIRÁN RÍOS (cierra la discusión).

Agradezco a los colegas las opiniones emitidas y quiero explicar qué fué lo que a mí me guió al traer este trabajo. Ya lo expresé muy bien el Dr. Mérola, creemos que hay que volver a la época en la que cada cirujano resolvía el problema de su paciente y yo no sé por qué raro mecanismo no está sucediendo así en la actualidad. Nosotros que trabajamos en emergencia lo vivimos diariamente. Es un problema administrativo, de falta de camas, la angustia de sacarse a los enfermos de encima, esa angustia la vivimos a toda hora.

Quiero aclarar que no es mi interés negar la neurocirugía, cosa que sería ridícula. Quiero contarles como anécdota que yo antes de presentar esto aquí, lo hice en un ateneo en el Hospital de Clínicas donde la mayoría de los presentes eran neurocirujanos. La verdad es que algunos de ellos se sintieron muy molestos y aprendí muchas cosas, por ejemplo: insisten en que la arteriografía es esencial para resolver a este tipo de enfermos porque hay toda una patología asociada que si no se resuelve de entrada a veces no se resuelve bien. Esto, repito, no es negar la neurocirugía, el objeto es reafirmar que hay enfermos que no pueden ser trasladados y el cirujano de emergencia tiene que estar en condiciones de tratarlos.

Si uno saca la cuenta de los traslados que sufre un enfermo desde el momento que sufre el accidente hasta la intervención, a veces llegan a 12 o 13 traslados, y eso no lo aguanta ni un hombre sano, mucho menos ellos. Si el Prof. Larghero se levantara y oyera esto no sé lo qué haría, él que durante tantos años predicó lo mismo. Pero lo cierto es que en estos últimos 5 o 10 años, los cirujanos generales casi no hemos tratado hematomas extradurales y que tal vez si lo hubiésemos hecho algunos pacientes aún estarían vivos como lo demuestran algunos de los casos que hemos traído hoy a esta reunión.