

TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO. HEMATOMA  
SUBDURAL AGUDO. OPERACION CURACION.

*Eduardo Vigil Soñora*

Señores traemos hoy a la consideración de ustedes un caso de traumatismo encefalocraneano que nos parece puede dar origen a comentarios de interés.

La historia clínica resumida es como sigue:

V. P. M., uruguayo, de 54 años. Ingresa al Hospital Pasteur en la madrugada del día 25 de marzo de 1945. A su ingreso se anota lo siguiente: Traído por la ambulancia, recogido en la vía pública sin conocimiento y con lesiones varias. Estado de profunda obnubilación, ebriedad manifiesta, enfriamiento periférico grande. Herida cortante del labio superior, leve contusión del lado izquierdo del cráneo, otorragia con pérdida de l.c.r. por el oído izquierdo. No contesta sino a las excitaciones violentas y lo hace mal. Discreta exaltación de reflejos osteoperiósticos. No hay Babinski. Pupilas normales y reflejos bien. Pulso 80. Temp. 36. Resp. 24. Pres. Art. 13-8.

<i>Horas</i>	<i>Pulso</i>	<i>Temp.</i>	<i>Pres. Art.</i>
10	80	37.8	12 — 8
11	80	37.7	12 ½ — 8
13	80	37.6	12 ½ — 7 ½
14	80	37.7	12 ½ — 7 ½
17	82	38.	12 ½ — 7 ½
19	82	38.	12 ½ — 7 ½
21	84	38.8	14 — 7 ½
23	82	37.8	14 — 7 ½
1	86	38.	14 ½ — 7 ½
3	80	37.2	14 — 7
5	76	37.8	14 — 7

Al día siguiente el enfermo está mejor, más despejado, contesta con mayor precisión, se alimenta por sus propios medios aunque está todavía soporoso y francamente confuso. Pulso, presión, resp. y temp. se han mantenido con poca variación.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

En los días sucesivos puede decirse que si bien las curvas de P. PA. y T. se mantienen bien, el estado mental del enfermo empeora y se ha vuelto más desatento y soporoso.

La fiebre que se presentó desde su ingreso y que se explicaba por un proceso bronquial difuso ya que la P. suboccipital efectuada por el Dr. Etchegorry, sólo mostró la reacción trivial en los líquidos luego de un trauma importante, fué descendiendo.

Así alcanzó al 6º día desde su ingreso en el que llegó a la apirexia con pulso muy bajo; manteniéndose así hasta el noveno día en el que el enfermo inicia un ascenso de la temperatura, aumento discreto del pulso y franca acentuación de su estado de obnubilación: está tirado en su cama, pierde la orina y las materias, ya se inicia una escara sacra que rápidamente crece, no se alimenta por sus propios medios, lengua seca, respiración profunda; no hay signos meníngeos. En los días 10 y 11 sigue igual. Se trata con suero, etc. En esta fecha nos hacemos cargo del enfermo al que por coincidencia nosotros mismos le dimos ingreso y le hicimos el primer examen. Hoy día 11º sólo tiene un Babinski del lado derecho y parece que su brazo derecho cae más pesadamente que el izquierdo. Presenta una ligera parálisis facial del lado derecho.

Visto de tarde el enfermo con la terapéutica instituida parece mejorar pero al día siguiente de mañana temprano lo vemos y tiene una hemiparesia derecha bien constituida predominando en el brazo.

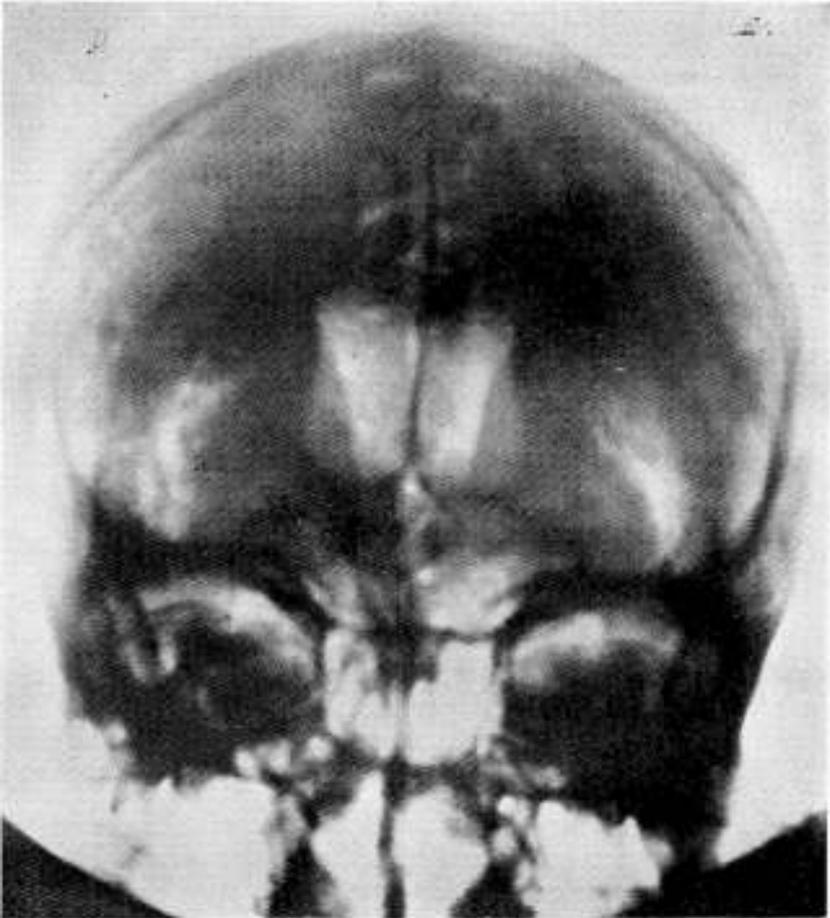
*Intervención:* 6 - IV - 45. Dr. Vigil. Pte. Escande. Nurse Malugani. Contralor del enfermo Nurse Alonso. Anestesia local con novocaína al ½ %. Incisión como para trepanación decompresiva clásica pero extendida algo más hacia arriba alcanzando la porción inferior del Rolando. Abierta la dura sale con fuerza un hematoma subdural a gran tensión con coágulos que salen casi todos espontáneamente por la brecha. Lavado con suero y evacuación de los coágulos que quedaron laxamente unidos a la cara interna de la dura. Dejamos drenaje con lámina de caucho que se quita 24 horas después. Cierre parcial de la dura y cuidadoso de la aponeurosis y de la galea. Cierre de piel.

Postoperatorio: Boletín del enfermo en las horas inmediatas a la intervención:

<i>Horas</i>	<i>Pulso</i>	<i>Presión Art.</i>	<i>Temperat.</i>	<i>Respiracion.</i>
15	100		38.1	32
16	104	12 ½ -- 8 ½	37 ½	32
17	104		37.2	
18	102		37.4	
19.35	104	12 — 9	37.1	32
20.15	98	12 ½ — 9		28
1.30	96	13 — 7 ½	37 ½	30
6	80	14 — 8	37.4	



Día 7. Enfermo más despejado. Se alimenta espontáneamente. No contesta con precisión a las preguntas persistiendo aún su estado de confusión. Se mantiene sentado en la cama. Las pupilas son normales y reaccionan bien a la luz. No tiene hematoma y sí un ligero edema en la vecindad inmediata de la herida. Están reapareciendo los movimientos del brazo y pierna paralizados aunque dificultosamente. Los reflejos osteoperiósticos del lado izquierdo salen normalmente. Del lado derecho salen exagerados todos. No hay Babinski. Los reflejos cutáneos están abolidos.



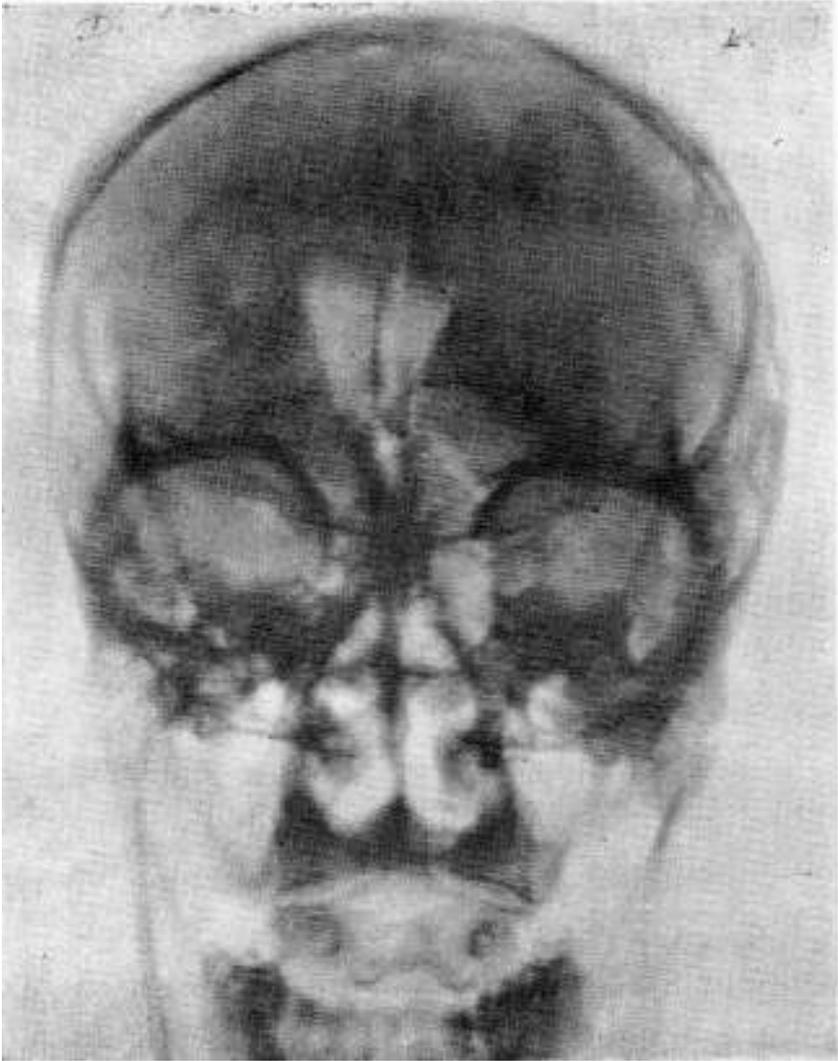
Día 9: Función suboccipital.

Día 11: Se levanta. Le cuesta ponerse de pie por la parálisis del lado derecho, pero con dificultad da sus primeros pasos.

En los días siguientes esta mejoría no se acentúa y por el contrario retrocede, empeorándose notablemente: el dolor de cabeza frontal de que se quejaba ocasionalmente antes de ahora, al llegar al día 10º de la intervención se hace fuerte, continuo y se acompaña de una nueva caída en marcada obnubilación. Se desinteresa por lo que lo rodea y no se alimenta.

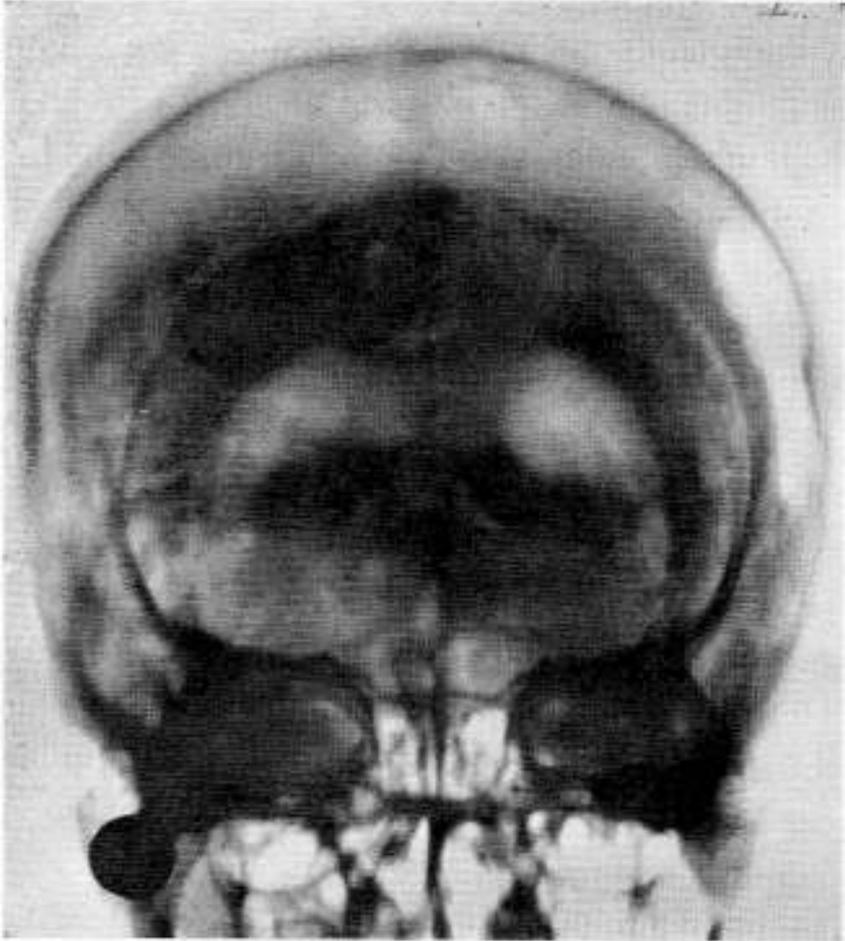
Sospechando que se haya reformado el hematoma le hacemos una encefalografía.

17 - IV - 45. Encéfalo. Dr. Vigil. En posición fronto-placa se ve la pérdida de substancia de la trepanación (lado izquierdo). La parte posterior de los



ventrículos llenos de aire. Hay un desplazamiento general del sistema ventr. hacia la derecha. Ventrículo derecho chico, ventr. izquierdo deformado con sus dos sectores en forma de ángulo recto, cuyo vértice marcado por una dilatación de su pared externa tiende a acercarse al sitio de la trepanación. Una pincelada de aire en el seno de este ángulo probablemente corresponde a la tienda del cerebelo.

En occipito placa dislocación del sistema ventricular mostrando:



- 1) que el septum está empujado hacia la derecha
- 2) que el tercer ventriculo está oblicuamente colocado, formando un ángulo obtuso abierto a la izquierda
- 3) que el ventriculo derecho tiene una forma y disposición normales
- 4) que el ventriculo izquierdo en cambio aparece aplastado de arriba abajo empujado de izquierda a derecha y con el cuerno frontal menos evidente que el otro. Aquí también hay un desplazamiento del sistema ventricular hacia la derecha.

En las radiografías laterales no hay anomalía digna de mención.

Es en estos días que aparecen los trastornos más llamativos de su postoperatorio: *Hemianopsia bilateral homónima derecha, afasia del tipo de Wernicke, una necrosis del extremo distal del dedo gordo del pie derecho, coronada por una flictena de contenido rosado, una serie grande de escaras en todos los puntos de apoyo y un dolor muy grande en la región del hueso poplíteo de la pierna derecha que le impide la extensión.*

La oscilometría de la que no damos las curvas para no alargar excesivamente la comunicación, es normal y no hay diferencias entre un lado y otro y entre los diversos sectores del mismo lado.

Lentamente mejora de todos estos trastornos y llegamos al 28 de Mayo en que le hacemos una última encéfalo que muestra:

28 - V - 945. Encefalog. Dr. Vigil. Extracción 70 cc. del L. C. R.

Fronto placa: Excelente relleno de los espacios y ventrículos. Del lado operado hay un mejor relleno de los espacios aracnoideos que del otro. Hay desplazamiento del sistema que aparece algo desplazado a la izquierda. Aquí la forma de los ventrículos es exactamente opuesta a la encontrada en la encéfalo anterior, un poco porque el tironeo cicatrizal ya se hace efectivo, otro poco porque el cráneo aparece rotado en la placa.

Occipito placa: Sistema ventricular perfectamente simétrica. Tercer ventrículo en la línea media; ventrículo izquierdo aun se conserva algo menor que el otro. Espacios aracnoideos bien rellenos, pero aun lo están más del lado no operado, igual que en la fronto placa.

Los perfiles de ambas posiciones descritas (posiciones 3 y 7 de Lysholm): Normales.

Prolongaciones esfenoidales de cada lado (10A y 10B): relleno de ambos sistemas ventriculares. El sistema izquierdo tiene en la zona del carrefour una dilatación que es probablemente la que se ve en la otra encéfalo. En resumen el trastorno del hematoma ha desaparecido iniciándose el período cicatrizal.

1º - VI - 945. — Sigue bien. Le hacemos horno e infiltraciones de novocaína en el hueso poplíteo del lado derecho lo que lo alivia.

7 - VI - 945. — Alta definitiva.

Vuelto a ver en Agosto 20 de 1945 sigue en perfectas condiciones y trabaja.

**Consideraciones.** — El hematoma subdural agudo no se presenta como lesión única y quirúrgicamente tratable con frecuencia.

El clásico hematoma subdural es el crónico de meses y aun de años de evolución; no es nuestra intención retrazar aquí el cuadro de esta lesión: oportunamente presentaremos un enfermo

operado y curado con un típico hematoma subdural crónico. El que nos ocupa ahora al ser agudo lleva por ello algunas características de su anatomía patológica que repercuten sobre su evolución e imponen ciertas directivas terapéuticas. Aquí no hay dos membranas como allá bien diferenciadas que pueden ser extirpadas de modo completo o casi: aun no han tenido tiempo de organizarse esos elementos limitantes. De ello que su terapéutica sea más sencilla y que como en el caso que presentamos sólo el drenaje sea bastante para asegurar una curación definitiva.

2º Estudiaremos ahora el conjunto de accidentes que interrumpieron el postoperatorio de este enfermo y que señalamos ya al relatar su historia.

A) Accidentes cerebrales.

B) Accidentes periféricos.

Los primeros, afasia y hemianopsia, deben ser estudiados juntos ya que su evolución clínica ha sido exactamente paralela. Hemos dicho que la afasia era de las del tipo de Wernicke. Ella consistía predominantemente en el olvido de los nombres de las cosas y en la imposibilidad de encontrar la palabra ajustada. El enfermo era consciente de su trastorno y cuando se le decía la palabra que él buscaba sin hallarla solo agregaba después de decirla sin ninguna dificultad: "eso es. No me acordaba...".

Muy difícil fué completar este estudio con el de los demás aspectos de la afasia por su hemianopsia concomitante.

La hemianopsia era bilateral derecha homónima muy evidente. Por dificultades del medio fué imposible obtener un campo visual que la documentara y ayudara a estudiarla.

Esta asociación sin embargo tan estrecha en su aparición y en su evolución hasta la cura de ambos síndromes nos pone creemos sobre la pista de su común patogenia vascular, ya que las radiaciones ópticas terminan en el lóbulo, occipital después de haber costado por fuera parte del carrefour ventricular y su prolongación occipital para terminar en la corteza vecina de la cisura calcarina y que las zonas de la afasia radican principalmente en el pliegue curvo, porción inferior y posterior de la primera temporal, etc.

En efecto, hay un síndrome vascular que presenta estas mismas características y que cuando asienta en el lado derecho pre-

senta como en nuestro caso la afasia. Esta alteración que corresponde a la parte posterior de la silviana abarca la parietal posterior, la temporal posterior y la arteria del pliegue curvo total o parcialmente y en proporciones variables en cada caso. No entramos en más detalles del punto de vista patogénico porque faltan comprobaciones fundamentales que podrían apoyar o invalidar nuestra interpretación.

B) Accidentes periféricos. Estos pueden y seguramente tienen también como los anteriores un origen vascular. En el caso de las lesiones del dedo gordo del pie derecho y de los dolores violentos a nivel del hueso poplíteo la filiación parece neta. En el dedo gordo había una flictena de líquido rojizo de un tamaño aproximado de 1 c.c. de lado y asentaba sobre una zona necrosada obscura de la piel del extremo, esta porción necrosada se extendía hasta invadir por debajo de la uña. Toda esta zona era indolora e insensible. En el resto no habían cambios de calor ni color evidentes.

La lesión del hueso poplíteo se inició con sintomatología dolorosa exclusivamente impidiendo la extensión completa del miembro afectado que por lo demás era el del lado derecho paralizado por la lesión central. No encontrando nada en los primeros días del punto de vista periférico (flebitis lesión vascular) oscilaciones conservadas (lesiones articulares u óseas, etc.) pensamos en la posibilidad de su origen central en relación con la lesión causal, en consecuencia le hicimos la segunda encefalografía de cuyos resultados damos el resumen aparte. La aparición de una fibrosis que llenaba el hueso poplíteo nos demostró la naturaleza local del mal y la posibilidad del nexo vascular de su origen.

Las pequeñas múltiples escaras que aparecieron simultáneamente a nivel de los puntos de apoyo de todo el cuerpo tienen seguramente también una razón vascular como último determinante aunque la causa inmediata deba sin duda ser buscada en el empecramiento del estado general por su lesión encefálica, hecho que se ve con relativa frecuencia: las escaras aparecen a veces en estos enfermos con rapidez verdaderamente sorprendente. La escara sacra que tenía este hombre iniciada en los primeros períodos de su enfermedad sufrió en este momento un aumento considerable, pero una vez pasado este período crítico lentamente se consiguió la cicatrización de todas sus lesiones.

3º Las encefalografías nos muestran dos grandes elementos a considerar:

- A) Alteraciones en el sistema ventricular que comprenden:
  - a) desplazamiento
  - b) dislocación
  - c) deformación

2º Diferencia en el relleno de los espacios aracnoideos.

- a) desplazamiento en posición 1: (primera encéfalog.)

El septum pasa la línea media hacia la derecha, lo que se evidencia porque la proyección de la hoz cae dentro del área del ventrículo izquierdo. El tercero se proyecta igualmente en la mitad derecha del cráneo

en posición 1: (segunda encéfalog.)

El septum casi exactamente se superpone a la línea media y sólo en su parte más baja aún permanece llevado suavemente a la derecha: en conjunto describe una S extremadamente alargada.

El tercero ocupa francamente la línea media.

En suma pues, son los dos extremos el superior del septum y el inferior del tercer ventrículo que han alcanzado la línea media. Por lo demás, los puntos que menor desplazamiento habían sufrido.

en posición 5 (en primera encéfalo)

Hay un desplazamiento evidente del septum que pasa la línea media.

en posición 5 (en segunda encéfalog.)

El desplazamiento a que nos referíamos no sólo ha sido corregido sino que el septum va siendo llevado a la izquierda por la acción cicatrizal.

- b) el sistema está dislocado.

De ello es prueba suficiente el ángulo que forman entre sí septum y tercer ventrículo: enorme en la primera encéfalo en posición 1, poco evidente en la segunda encéfalo en igual posición.

Hay un acentuado desnivel en el límite superior de la sella media en la posición 1 de la primera encéfalo que desaparece en la segunda.

- c) el sistema está deformado  
en posición 1 (primera encéfalo)

La pared lateral del ventrículo izquierdo está empujada adentro y el cuerno frontal mal relleno

en posición 1 (segunda encéfalo)

Ambos ventrículos iguales

en posición 5 (primera encéfalo)

Enorme deformación del ventrículo izquierdo, mientras que el derecho adopta una forma globulosa

en posición 5 (segunda encéfalo)

Deformación exactamente inversa: el ventrículo globuloso es el izquierdo. El angulado es el derecho. La línea media ventricular aparece tirada a la izquierda.

En conclusión se evidencia así con documentos gráficos la evolución de la lesión y nos permite afirmar que las incidencias anotadas no eran debidas a causas que tuvieran tratamiento quirúrgico. Radica justamente su mayor interés en que puedan contribuir a establecer o desechar la indicación operatoria. En comunicaciones próximas destacaremos su interés en casos exactamente inversos.

## OSCILACIONES

2 - V - 45.

**Víctor Manuel Peña**

**Brazo izquierdo**

**Brazo derecho**

12	.....	$\frac{1}{2}$	.....	$\frac{1}{2}$
11	.....	$\frac{1}{2}$	.....	$\frac{1}{2}$
10	.....	1	.....	1
9	.....	$1\frac{1}{2}$	.....	$1\frac{3}{4}$
8	.....	$1\frac{1}{2}$	.....	$1\frac{3}{4}$
7	.....	$1\frac{1}{2}$	.....	$1\frac{1}{2}$
6	.....	$1\frac{1}{2}$	.....	$1\frac{1}{2}$
5	.....	1	.....	1
4	.....	$\frac{1}{2}$	.....	$\frac{1}{2}$

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

	<b>Antebrazo izquierdo</b>	<b>Antebrazo derecho</b>
13	$\frac{1}{2}$ .....	$\frac{1}{2}$
12	1 .....	$\frac{3}{4}$
11	1 .....	1
10	$1 \frac{1}{2}$ .....	$1 \frac{1}{2}$
9	$1 \frac{1}{2}$ .....	2
8	$1 \frac{1}{2}$ .....	$2 \frac{1}{2}$
7	1 .....	2
6	1 .....	$\frac{1}{2}$
5	$\frac{1}{2}$ .....	$\frac{3}{4}$
4	$\frac{1}{2}$ .....	1
3	$\frac{1}{2}$ .....	$\frac{3}{4}$
2		

	<b>Pierna izquierda</b>	<b>Pierna derecha</b>
15		
14		
13	1 .....	1
12	$1 \frac{1}{2}$ .....	$1 \frac{1}{2}$
11	$1 \frac{1}{2}$ .....	$1 \frac{1}{2}$
10	2 .....	2
9	$2 \frac{1}{2}$ .....	2
8	$2 \frac{1}{2}$ .....	$2 \frac{1}{2}$
7	$1 \frac{1}{2}$ .....	2
6	1 .....	$1 \frac{1}{2}$
5	$\frac{1}{2}$ .....	1
4	$\frac{1}{2}$ .....	$\frac{1}{2}$

	Muslo izquierdo	Muslo derecho
15	1/2	1/2
14	1/2	1/2
13	1	1
12	1 1/2	1
11	1 1/2	1 1/2
10	2	2
9	2 1/2	2 1/2
8	2	2 1/2
7	2	2
6	1 1/2	1 1/2
5	1	1 1/2
4	1	1
3	1/2	1/2

**Dr. Etchegorry.** — Quiero hacer notar la importancia que tiene el trabajo del Dr. Vigil, que en realidad resaltaré aun más cuando pueda ser leído detenidamente, porque es una demostración de que en este tipo de enfermos hay alternativas que deben observarse hora a hora y son para mí de tal importancia que de acuerdo con ellas se modifican también las conductas terapéuticas. Vigil nos ha ahorrado números, por eso el hecho no resalta tan claramente.

Conozco muy bien a este enfermo: estaba en la sala 11; en los primeros días con terapéutica de expectativa no operado, mejora, no mostrando ningún signo de localización. Una tarde la inicia. Aconsejo al autor intervenga: es el momento oportuno para hacerlo; trepanar antes al azar, no es una maniobra inocua. Puede acertarse con el primer agujero del trépano, pero no es nada difícil suceda lo contrario y haya que repetir la maniobra multiplicando los agujeros, como lo hace Cloris Vincent, lo cual me parece perjudicial para el enfermo. Tengo experiencia personal al respecto.

Creo que ha hecho bien en llamar la atención de todos sobre la importancia que tiene la evolución en estos casos, a fin de realizar la conducta terapéutica adecuada. Cuando hay síntomas de localización se debe intervenir; en los otros casos yo por ahora soy anti-intervencionista.

**Dr. Vigil.** — Agradezco las manifestaciones del Dr. Etchegorry, no sólo por su colaboración en este trabajo y el hecho de que haya tomado parte en la discusión para apoyar nuestra posición, sino su desinteresada

y generosa colaboración en el sentido de que nos permite tratar en su sala estos enfermos con libertad de acción.

Quiero hacer notar una sola cosa, a propósito de la discusión y es que, como lo decía, los hematomas agudos subdurales son raros; el hematoma subdural es casi siempre crónico. El inmenso número de los casos que se operan se trepanan y se tratan, son siempre crónicos.

Los hematomas subdurales agudos forman parte, casi siempre, de un complejo anatómico-patológico mucho mayor y mucho más grave. Lo que me interesa destacar aquí es que se trata de un hematoma agudo evolucionando como lesión principal y que una vez eliminado el enfermo cura.

El segundo aspecto que quería destacar es que la encefalografía puede ser un complemento a veces fundamental en el estudio de estos enfermos. Tal lo que pasó en nuestro caso: una vez el enfermo operado, mejora y sucede, pronto, un período de agravación. ¿Qué debíamos pensar? Simplemente que el hematoma se había rehecho o que otra causa desconocida en ese momento provocaba de nuevo la aparición de los mismos síntomas que motivaron la intervención primera. Pues bien, la encefalografía, hecha en este momento, demostró que no había una lesión quirúrgicamente tratable ya que la normalización de los sistemas ventriculares progresaba.

En consecuencia había que buscar la patogenia de los accidentes en otro lado.

Ya dijimos, en la presentación de este caso, cómo todos estos accidentes nos parecen poder imputarse a trastornos vasculares. Creemos que esa unidad patogénica le confiere fuerza a la sugestión y la evolución del enfermo así lo muestra. La encefalografía, pues, nos mostró paso a paso la normalización del sistema ventricular frente a lesiones que ocupan espacio y nos permitió descartar la existencia de una tal lesión en el momento oportuno.