

CONDUCTA SEGUIDA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL INSTITUTO DE NEUROLOGIA

Dra. M. D. BOTTINELLI *

El número de traumatizados de cráneo ingresados en el Instituto de Neurología, desde que éste funciona en el Hospital de Clínicas (mayo de 1958) hasta la fecha (noviembre de 1963), sobrepasa los 600.

Dada la limitación del tiempo de que disponemos, utilizaremos para nuestro análisis el material correspondiente al último año (1º-XI-62/1º-XI-63). Son 132 casos.

Hemos agrupado nuestros casos en la forma siguiente:

- I) Conmoción: 25 casos = 18,93 %.
- II) Fractura (de base con o sin fractura de bóveda): 10 casos = 7,42 %.
- III) Contusión cerebral: 74 casos = 54,55 %.
- IV) Contusión y hematoma (extracerebral y/o intracerebral): 16 casos = 12,12 %.
- V) Hematoma extracerebral: 7 casos = 5,3 %.

I) *Conmoción*.— Corresponde a los casos que presentaron pérdida de conocimiento fugaz, transitoria, con recuperación inmediata, que ingresaron lúcidos, algunos con cierto grado de obnubilación y/o excitación de breve duración. El examen neurológico fue normal y la evolución muy buena. Dos casos presentaron un síndrome postconmocional de poca duración.

II) *Fractura (de base con o sin fractura de bóveda)*.— Como en el grupo anterior, la pérdida de conocimiento inicial fue transitoria. Presentaron otorragia y/o epistaxis. El examen neurológico no mostró signos de lesión parenquimatosa y desde el ingreso o en la evolución aparecieron signos regionales correspondientes a la lesión ósea: parálisis del VII, VI par, lesión la-

* Instituto de Neurología, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

beríntica en las fracturas de peñasco; limitación de la motilidad ocular, midriasis paralítica de causa local, etc., en las lesiones orbitarias.

A este respecto, insistimos que todo signo neurológico debe ser juzgado en relación a la totalidad del examen del paciente, en particular al estado de las funciones de la vigilancia, para valorizar una midriasis o una limitación de la motilidad ocular extrínseca en la evaluación del síndrome herniario y del síndrome regional. La evolución de este grupo fue buena, con secuelas de sus parálisis de nervios craneanos y laberintitis traumática.

III) *Contusión cerebral*.— Este es el grupo que incluye mayor número de casos, pero que es necesario subdividir para su examen. De acuerdo a las condiciones del examen del ingreso y a su evolución, los 74 casos los hemos agrupado:

a) *Sin secuela*: 25 casos = 33,78 %.

Presentaron coma primario, de duración breve (transitorio a 24-48 hs.) sin síndrome vegetativo. Presentaron sintomatología focal neurológica que regresó rápidamente, o bien la lesión parenquimatosa sólo fue evidenciada en el EEG.

b) *Con secuela leve*: 17 casos = 22,97 %. Grupo similar al anterior, quedando secuela en regresión, sea por lesión de base de cráneo asociada, síndrome confusional o signos neurológicos focales discretos.

c) *Secuela mayor*: 22 casos = 29,72 %.

Presentaron coma grave, con síndrome vegetativo importante, fue necesario la realización de la traqueotomía y la terapéutica con cocktail lítico prolongada. Cuatro de ellos fueron operados. Como secuela quedó un síndrome focal y/o psíquico con grado de invalidez variable.

d) *Evolución a la muerte*: 10 casos = 13,53 %.

Presentaron coma grave, con síndrome vegetativo importante y la terapéutica instituida no logró sacarlos del coma irreversible. Siete casos fueron operados, algunos de ellos corresponden a heridas de arma de fuego.

IV) *Contusión y hematoma*.— Comprende 16 casos. En la sintomatología se observó progresividad de los signos focales y de la profundidad del coma, en algunos la gravedad y profundidad del coma ocultaron los signos focales.

Dos casos presentaron accidente de enclavamiento herniario bien manifiesto (a las 4 hs. y a los 9 días respectivamente). Once fueron sometidos a una intervención de urgencia y 4 entre 1 y 9 días después del trauma. Once fallecieron (10 de ellos operados). En 9 la muerte fue precoz, desde pocas horas a 15 días en coma irreversible; en 2 la muerte fue tardía: 1 caso a los

28 días en coma irreversible, 1 caso a los 45 días en estupor hipertónico. Estos 2 casos fueron los que hicieron accidente de enclavamiento herniario.

Los 5 casos que sobrevivieron fueron operados, evolucionando 1 caso a la recuperación total. Dos quedando con secuela focal; 2 evolucionaron al estupor hipertónico, uno de ellos posiblemente de carácter irreversible, el otro se recuperó del estado de estupor y siguió tratamiento de recuperación de su secuela focal.

Todos los casos fueron sometidos a intensa y prolongada terapéutica médica postoperatoria (cocktail lítico con o sin refrigeración), terapéutica a la que le damos gran valor para mantener la sobrevida del paciente.

V) *Hematoma extracerebral*.— Hemos tenido en cuenta en esta agrupación una razón más bien anatómica, la lesión dominante es la extracerebral. Del punto de vista pronóstico-evolutivo, además del anatómico en sí, hacemos una subdivisión:

a) *Hematoma extradural*: 3 casos.

Los tres fueron casos graves, llegaron a la operación luego de varias horas de accidente de enclavamiento herniario. Dos fallecieron en coma irreversible. Un caso pasó por periodo de estupor hipertónico, del que se recuperó quedando con secuela focal (lesión hemisférica, lesión del III par consecutiva al enclavamiento herniario, en regresión, y lesión de tronco cerebral).

b) *Hematoma subdural subagudo*: 4 casos.

No tuvimos en cuenta en esta agrupación el hematoma subdural agudo que lo incluimos en el grupo de contusión y hematoma, pues siempre es satélite de la contusión. En estos 4 casos la sintomatología apareció entre los 10 días y un mes del trauma, en forma de síndrome de hipertensión intracraneana y signos focales progresivos. Ninguno hizo accidente de enclavamiento herniario. Curaron con la operación: 1 caso con recuperación total, 2 con secuela psíquica en regresión y 2 con secuela focal leve.

Por último, considerando los medios de que disponemos para completar el estudio clínico del traumatizado de cráneo, nos referiremos en especial a los medios radiológicos contrastados y el EEG, sin entrar a considerar la punción lumbar y la radiología simple de cráneo. Daremos sólo las cifras estadísticas de nuestro material, pues estos dos aspectos serán desarrollados a continuación.

Arteriografía: Fue el único medio de contraste radiológico realizado. Se efectuó en 37 de 97 enfermos. No consideramos los grupos I y II (conmoción y fractura como lesión dominante) pues, como es obvio, no existe indicación para este estudio.

Contusión cerebral: se realizó en 24 de 74 casos (32,43 %).

Sin secuela: 3 en 25 casos.

Con secuela leve: 5 en 17 casos.

Con secuela mayor: 14 de 22 casos.

Evolución a la muerte: 2 en 11 casos.

Se desprende de estas cifras, por una parte, que hubo menos indicación en aquellos casos de contusión más benigna y, por otra parte, que en ciertas circunstancias el acto operatorio se impuso con tal urgencia como para no demorarlo con la realización de la arteriografía.

Contusión y hematoma: 7 en 16 casos (43,79 %).

Hematoma extradural: 2 en 3 casos (66,66 %).

Hematoma subdural subagudo: en los 4 casos (100 %).

Podemos hacer iguales consideraciones, con la aclaración que en los 2 casos de hematoma extradural, la noción de intervalo lúcido no fue clara, lo mismo que la sintomatología del ingreso, así como el hecho de que el medio de contraste fue realizado con la urgencia requerida.

Electroencefalograma: Se realizó en 65 de 132 casos.

Comoción: 10 en 25 casos (40 %).

Fractura como lesión dominante: 4 en 10 casos (40 %).

Contusión: 50 en 74 casos (67,56 %).

Sin secuelas: en 20 de 25 casos.

Con secuela leve: en 12 de 17 casos.

Con secuela mayor: en 17 de 22 casos.

Evolución a la muerte: en 1 de 10 casos.

Contusión y hematoma: 1 en 16 casos (6,25 %).

En estas cifras tenemos en cuenta el EEG realizado precozmente (dentro de los primeros 15 días) y en el preoperatorio en los enfermos que fueron operados.

Las cifras son suficientemente elocuentes para indicar que en aquellos pacientes que necesitaron mayor número de días de internación, por una parte, y en los que no se realizó la intervención de urgencia, por otra, fue donde este método de estudio se realizó con mayor frecuencia.