

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

Discusión

Dr. YANNICELLI.— En algunas circunstancias el traumatizado de cráneo ofrece una sintomatología dudosa a los efectos de la intervención quirúrgica. Hemos visto que eso sucede incluso para los neurocirujanos. Con más razón debe existir para los no especializados.

Aspiraría a que en forma sintética los neurocirujanos expresaran a los cirujanos, como un consejo, cuándo debe hacerse una intervención y cuándo no se debe intervenir.

En segundo lugar quería plantear lo siguiente. Frente a esto que estamos viendo, desde el punto de vista traumatológico, de las proyecciones electroencefalográficas, de la mortalidad, en ciertos deportes, no en el fútbol, sino en el box por ejemplo, ¿no corresponde que este Congreso Uruguayo de Cirugía aporte algo en la discusión pública que se ha realizado?

En ese sentido, yo me permitiría formular una moción condenando el box en la forma que aquí se realiza, deporte completamente inhumano, lesivo a la personalidad física humana. Digo esto con este motivo: hace un tiempo se produjo una discusión pública en la televisión, y en esa oportunidad se hicieron una serie de manifestaciones. Creo que la palabra de este Congreso Uruguayo de Cirugía podría contrarrestar toda la serie de intereses que se mueven alrededor del box para mantenerlo en la forma actual. Creo que esa actividad hay que condenarla, no sólo por ella en sí, sino por el estímulo que se da a un sentido un poco animal que podemos tener todos en determinado momento, y que nosotros como médicos tenemos que prevenir.

Cuando se busca el shock neurogénico o lo que sea, para entusiasmar a la masa y para declarar un vencedor y un vencido, nosotros, que permanentemente estamos luchando contra ese shock, no tenemos más remedio que condenar un deporte que busca tal finalidad. La liquidación brusca de la personalidad, es aplaudida, inclusive por médicos que concurren a esos espectáculos.

Me pregunto si nosotros no tendríamos que influir para tratar, por lo menos, de humanizar ese deporte.

Dr. PALMA.— Agradecemos el juicio que se ha emitido con respecto al relato realizado. En lo que se refiere al planteamiento que ha hecho y a si es posible establecer los casos en los cuales la intervención quirúrgica puede

perjudicar al paciente debemos decir que, en general, en un relato sintético de un tema tan amplio, hemos planteado los casos de indicación quirúrgica, de lo cual surge que fuera de esos casos la indicación es la abstención quirúrgica, y el tratamiento médico cuidadoso vigilado del paciente.

Es decir, las indicaciones operatorias de extrema urgencia son los síndromes de hernia occipital, de hernia tentorial, de hemorragia extradural o de hemorragia subdural de evolución aguda, o de hipertensión endocraneana que no puede controlarse con tratamiento médico. A su vez las indicaciones relativamente urgentes, son aquellos casos en los cuales hay hematoma subdural, hematoma intracerebral, o aquellos casos en los cuales a pesar del tratamiento médico instituido el paciente mantiene una tensión intracraneana seria.

Fuera de esos casos la intervención no es urgente y los pacientes deben ser vigilados cuidadosamente. Y el tratamiento médico debe ser realizado en las líneas anteriormente establecidas, luchando fundamentalmente contra el edema cerebral. En ese sentido las guías esenciales de la asistencia del paciente, están dadas por los síntomas vegetativos, pulso, presión, temperatura, respiración, síntomas periféricos, y sobre todo el estado de conciencia.

Hay pacientes traumatizados que pueden estar en estado de estupor durante semanas y meses, y que no deben ser operados siempre que no haya una hipertensión endocraneana que se descompense.

De tal manera sobre esa base hay que añadir como complemento que deben operarse las heridas penetrantes encefalocraneanas. Y esto con la finalidad de evitar la infección. La intervención puede tener dos aspectos: uno, el de efectuar la corrección de una lesión progresiva hipertensiva intracraneana, determinada por la hemorragia, por un bloqueo o por una hernia; o simplemente la intervención puede estar destinada a obtener el tratamiento de la herida penetrante encefálica. Reparar partes blandas, reparar hundimientos óseos, y reparar en lo posible la duramadre.

Es decir, que toda herida penetrante encefalocraneana tiene indicación operatoria. No así las fracturas de la base, que en otro tiempo se consideraban quirúrgicas, y que no son quirúrgicas, salvo que haya alguna complicación.

En ese sentido y establecidos esos lineamientos generales, es preferible abstenerse de la intervención quirúrgica hasta que aparezca una complicación. Los pacientes pueden ser sometidos a diversos tratamientos médicos; pero en general deben ser sometidos a una dieta pobre en sales, en cloro, en cloruro de sodio, rica en proteicos, rica en vitaminas. En las primeras 24-48 horas con un mínimo de aporte hídrico, para favorecer la deshidratación posible de los parénquimas; se puede agregar diuréticos, y utilizar sustancias que originen presión osmótica, principalmente el sorbitol o el plasma concentrado, y combatir la hipertermia, tratando de mantener en lo posible una normotermia, puesto que se sabe que el aumento de temperatura genera edema y aumenta la hipertensión endocraneana.

Hay quien ha preconizado la refrigeración y la hibernación. En mi opinión —que es también la de algunos centros internacionales—, esa acción no favorece al paciente. Es suficiente tratar de obtener por medios externos la normotermia del paciente, que es el estado fisiológico más favorable. En nuestra opinión, repito, la hibernación y la refrigeración, no es necesaria.

Los pacientes deben ser sometidos a cuidados generales, intubados por el tubo digestivo por sonda, sonda vesical, y muy a menudo hay que practicar la traqueotomía. Desde luego, uso de antibióticos.

La intervención sistemática no está indicada.

Repito, haciendo una síntesis, salvo que haya hipertensión endocraneana, que no se controle por medios médicos, o hemorragias o hernias internas.