

---

## DE INTERÉS PEDIÁTRICO

---

### Traumatismos Encéfalocraneanos \*

Tanto el Pediatra como el médico general, se enfrentan con mucha frecuencia a problemas de este tipo. De allí su gran importancia en el campo de la medicina general. Sin embargo, el índice de mortalidad es bastante bajo, calculándose en un 0.5%.

**CLASIFICACIÓN:** A.—TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO AGUDO.

1) Cerrado; 2) Abierto.

B.—COMPLICACIONES.

C.—SECUELAS.

#### TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO AGUDO CERRADO

- |                        |  |
|------------------------|--|
| 1.—Fractura.           | 5.—Hundimiento con compresión cerebral.    |
| 2.—Hundimiento simple. | 6.—Compresión o sección del nervio óptico. |
| 3.—Contusión cerebral. |  |
| 4.—Edema cerebral.     |  |

#### TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO AGUDO ABIERTO

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1.—Fractura.                         | 6.—Fractura de cráneo y compromiso de cavidades anexas. |
| 2.—Hundimiento simple.               | 7.—Herida de bala sin salida de proyectil.              |
| 3.—Hundimiento y explosión cerebral. | 8.—Herida de bala con salida de proyectil.              |
| 4.—Contusión cerebral.               | 9.—Licuorea.  |
| 5.—Edema cerebral.                   |   |

#### B.—COMPLICACIONES

- |                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1.—Hematomas intracraneanos. | 6.—Encefalitis.                  |
| 2.—Higroma subdural.         | 7.—Licuorrea.                    |
| 3.—Meningitis.               | 8.—Compresión del nervio óptico. |
| 4.—Absceso agudo.            | 9.—Osteomielitis.                |
| 5.—Aracnoiditis.             |                                  |

\* Protocolo presentado por los Bachilleres Gilberto Zelaya Martínez e Hiram Flores Várela, alumnos del 5o. Curso. Facultad de Ciencias Médicas.

## C—SECUELAS

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| 1.—Pérdidas óseas.                         | 6.—Alteraciones psíquicas.      |
| 2.—Lesión de nervios craneanos.            | 7.—Fístulas carotidocavernosas. |
| 3.—Síndrome postcontusional.               | 8.—Epilepsia posttraumática.    |
| 4.—Alteración del lenguaje.                | 9.—Lesión de vías ópticas.      |
| 5.—Alteraciones motoras y de sensibilidad. | 10.—Hematomas crónicos.         |
|  | 11.—Infecciones crónicas.       |

**El traumatismo encéfalo craneano agudo** tiene expresiones clínicas variadas y el grupo de fenómenos que ocurren en el momento del golpe está constituido por alteraciones de la conciencia, el shock traumático y por síntomas y signos neurológicos.

**Pérdida del conocimiento:** Es un signo fundamental que tiene gran valor en lo que a gravedad y el pronóstico del traumatismo se refiere. En este fenómeno se observa: 1) Completa parálisis de las funciones cerebrales; 2) Apnea; 3) Aumenta la presión arterial con alteraciones en el pulso.

**Signos y síntomas neurológicos:** Se refieren a: 1.—Alteraciones motoras; 2.—Alteraciones de nervios craneanos (consistentes en: a) Lesión o compresión del VII par; y b) De los oculomotores, traduciendo clínicamente por: Miosis o Midriasis ,uni o bilateral y estrabismo en cualquiera dirección; 3.—Alteración de los reflejos: Consistente en: 1) Disminución o abolición de éstos, según el grado del coma, que puede persistir hasta 48 horas; 2) Superación de esta etapa y aparición de hiperreflexia propia de las lesiones piramidales.

Quando la mejoría se acentúa, es posible practicar exámenes neurológicos completos y precisar si hay compromiso de nervios craneanos ,vías motoras, sensitivas, ópticas, del lenguaje ,de la praxia o de la gnosis.

### TRAUMATISMO ENCÉFALOCRANEANO AGUDO ABIERTO

En caso de hundimiento ,puede conservarse o no el plano meníngeo, siendo más reservado el pronóstico en este último caso. Si hay compromiso del hueso etmoidal, observaremos clínicamente salida de L. C. R. y/ de sangre por la nariz. Si hay compromiso del macizo petromastoideo, podre-

mos observar clínicamente otorragia, salida de L.C.R. por el oído y/o parálisis facial periférica. En caso de herida de bala, puede haber salida o no de proyectil y el cuadro clínico varía de acuerdo a las zonas afectadas y a la extensión de las lesiones.

**Complicaciones; Las** más frecuentes son: a) El Hematoma Extradural; b) El Hematoma Subdural; y c) Hemorragia Intracerebral.

**Hematoma Extra y Subdural.—Sintomatología:** a) Hipertensión intracraneana; b) Alteración de la conciencia; c) Fenómenos compresivos que se traducen clínicamente por: 1) Paresia del miembro inferior del lado opuesto a la lesión; 2) Compromiso facial central. Si hay compresión sobre el III par, habría: 1) Caída del párpado; 2) Dilatación pupilar, sin reflejo a la luz ni acomodación del lado de la lesión; 3) Parálisis de los músculos intervados por éste. Si hay compresión sobre el tronco cerebral, hay signos de descerebración que se traducen por: 1) Detensión del ritmo respiratorio; y 2) Contractura en extensión.

**Higroma Subdural:** Su sintomatología es similar a la del hematoma, sólo que atenuada.

**Diagnóstico: 1.**—Una buena historia y examen físico con hincapié en la exploración neurológica. 2.—Rx. simple de cráneo. 3.—La punción lumbar está contraindicada, excepto en aquellos casos en que se sospecha meningitis como complicación. 4.—La neumoencefalografía también está contraindicada. 5.—Angiografía, en caso de sospechar hemorragia extra o subdural.

**Tratamiento: La** contusión cerebral, como representa la destrucción de un tejido que no se regenera, su tratamiento es: Después de establecido el diagnóstico: 1.—Tratamiento de la complicación (si existe). 2.—Cuidados estrictos de enfermería, consistentes en:

- a) Tomar signos vitales (pulso, presión, temperatura, respiraciones en el plazo señalado por el médico.
- b) Aspiración de secreciones; si no da resultado la aspiración, usar atropina .intubación traqueal o traqueotomía sin fuera necesario.
- c) Cambiar de posición al paciente a los decúbitos laterales cada dos o tres horas.
- d) Sondeo vesical permanente, cada 8 horas, o uso de preservativos, según el caso.

- e) Control de evacuación de heces.
  - f) Informar al médico el estado de conciencia del paciente.
- 3.—Administración adecuada de líquidos, proteínas y sales por vía oral, parenteral o por sonda gástrica, según lo requiera el caso.
  - 4.—Administración de hipnóticos o tranquilizantes, en especial del tipo de las fenotiacidas o pentotal sódico. El uso de estas drogas debe hacerse previa valoración del caso ,ya que podrían considerarse como arma de dos filos. Están contraindicados al haber sospecha de hematoma.
  - 5.—Si se sospecha Edema Cerebral, hay que limitar la ingestión de líquidos y de cloruro de sodio; se puede utilizar el sulfato de magnesio en solución al 20% en dosis de 0.1 a 0.2 ce./kilo de peso cada 6 horas ,por vía I. M. o vía indovenosa.
  - 6.—Hipotermia, cuando se sospecha compromiso del tronco cerebral o desorganización neurovegetativa de causa central.

**Tratamiento quirúrgico:** Se utiliza en todos los casos de traumatismo encefalocraneano abierto (también en caso de complicación de hemorragia intracerebral en el caso de los cerrados); es aconsejable realizarla en las primeras 12 hrs., pero hay que tener presente no operar si el paciente se halla en estado de shock. A la preparación de la zona operatoria se le atribuye una gran importancia.

Se utilizan antibióticos para evitar una posible infección, o cuando ésta se halla presente.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.—Brennemann-Kelley.—Practice of Pediatría. Vol. IV.
- 2.—Shristopher.—Patología Quirúrgica, VIII Edición.
- 3.—Cecil-Loeb.—Tratado de Medicina Interna, XI Edición.
- 4.—Nelson— Tratado de Pediatría. VIII Edición.
- 5.—Robbins.—Tratado de Patología. 11 Edición.
- 6.—Silver-Kempe-Bruyn.—Pediatrics, Six Edition.
- 7.—Wilson-Mc Donald.—Surgery ,Secundo Edition.
- 8.—Drñ Héctor Valladares A.—Revista de Neurocirugía. Del VIII Congreso Latinoamericano de Neurocirugía, 1960.
- 9.—Dr. René Valladares.—Conferencia Clínica sobre Traumatismos Encéfalocraneanos ,del 8 de noviembre de 1966.