

Herida penetrante de cráneo

Las heridas penetrantes de cráneo son diferentes, ya que suelen ser causadas por diversos objetos y armas.

Clasificación

Una clasificación las divide en heridas de alta velocidad, como las producidas por armas de fuego; de intermedia velocidad, como las producidas por armas neumáticas, y de baja velocidad, como las de cuchillos.

Las heridas por arma blanca han sido definidas como «aquellas causadas por un arma con una pequeña área de impacto y de baja velocidad». Este tipo de lesión ha sido llamado síndrome de Jael, por la forma en que Jael asesinó a Sisera, según se menciona en el Antiguo Testamento.

Las áreas más vulnerables del cráneo son: los forámenes naturales (órbitas, nariz, oral, foramen magno), huesos finos (temporal) y senos perinasales. La mayoría de las lesiones se producen como consecuencia de un asalto o agresión física, y otras son autoinfligidas.

Complicaciones

Incluyen lesiones hemorrágicas (hematoma intraparenquimatoso, epi- o subdural e intraventricular), edema cerebral, contusión cerebral, laceración cerebral, pneumoencéfalo, fracturas de cráneo, infecciones (absceso cerebral, fístula de líquido cefalorraquídeo, encefalitis, meningitis, otitis, sepsis de la herida), vasculares (aneurisma, malformación arteriovenosa) y neurológicas (defectos neurológicos focales).

[Epilepsia postraumática](#) en casi un 50% tras herida penetrante de cráneo en guerra ¹⁾.

Tratamiento

Para el tratamiento de este tipo de lesiones no existe un algoritmo predeterminado. El diagnóstico resulta fácil solo con el examen inicial y los intentos por extraer el objeto solo se deben hacer en el salón de operaciones, con manos expertas y en el ambiente propicio para ello.¹¹ La mayoría de los pacientes (aproximadamente el 75 %) ingresa con un estado neurológico adecuado, es decir con escala de coma de Glasgow mayor de 11 puntos. Las radiografías simples de cráneo resultan la mayoría de las veces suficientes para definir el tratamiento y la planificación del abordaje quirúrgico.

La TAC de cráneo inicial no siempre es necesaria e indispensable para definir la conducta, por los artefactos que ocasiona el arma blanca, pero sí resulta obligatoria para la evolución tanto operatoria (después de retirado el objeto) como posoperatoria.

Pueden ser necesarios otros estudios, como es el caso de la resonancia magnética, la angiogramografía y la angiografía cerebral, los cuales tienen indicaciones precisas.

La práctica de estos estudios dependerá también de los recursos del hospital y de la estabilidad del paciente.

El tratamiento quirúrgico está basado en la extracción del cuerpo extraño, la limpieza y asepsia de toda la zona afectada, la evacuación de hematomas y la descompresión de cerebro afectado. Las reconstrucciones estéticas y craneoplastias solo se realizarán después de varios meses de evolución satisfactoria, excluyendo complicaciones sépticas locales.

El tratamiento médico se basa en deshidratantes cerebrales, anticonvulsivantes, antibioticoterapia combinada y reactivación del toxoide tetánico. Se debe indicar de inmediato el uso de antibióticos de amplio espectro; no existe aún un protocolo para ello, por lo que su uso dependerá de la experiencia del médico. Una referencia cita a las cefalosporinas como el medicamento más utilizado por los neurocirujanos para el TPC; sin embargo, también se recomienda regímenes de dos o más antibióticos.

En las heridas por arma blanca penetrante en el cráneo hay que diferenciar entre los pacientes que ingresan con el arma retenida en la herida y aquellos que no la tienen retenida. En los primeros, luego de asegurada la atención de urgencia en el cuerpo de guardia y los estudios por imágenes, debe extraerse el arma durante el acto quirúrgico para evitar un sangrado profuso. Las lesiones producidas por armas blancas generalmente son focales y rara vez, como en el presente caso, alcanzan varios lóbulos y el sistema ventricular. En este paciente se ha conseguido una buena recuperación neurológica y en la actualidad se encuentra en terapia rehabilitadora para mejorar la hemiparesia derecha residual.

http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol50_2_11/cir10211.htm

1)

Salazar AM, Jabbari B, Vance SC, Grafman J, Amin D, Dillon JD. Epilepsy after penetrating head injury. I. Clinical correlates. A report of the Vietnam Head Injury Study. *Neurology* (1985) 35:1406-14.10.1212/WNL.35.10.1406

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN 1988-2661

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=herida_penetrante_de_craneo

Last update: **2019/09/26 22:26**

